

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
ТА АДМІНІСТРУВАННЯ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)

на тему:

**РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ
ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ**

Виконала: студентка 639МЗ групи
галузі знань:
28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:
281 Публічне управління та адміністрування
Власенко Ірина Олександрівна

Керівник: доктор наук з державного
управління, професор
Ємельянов Володимир Михайлович

Рецензент: доктор політичних наук, професор
Євтушенко Олександр Никифорович

м. Миколаїв – 2022 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОНКОЦЕНТРАМИ В УКРАЇНІ	9
1.1. Стан здоров'я населення України та країн Європи: види та складові	9
1.2. Особливості стану захворюваності населення на онкологію в Україні	19
РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МОНІТОРИНГУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	27
2.1. Запровадження інвестиційно-інноваційних процесів у сфері надання медичних послуг онкохворим в Україні	27
2.2. Сучасний стан підходів до фінансування онкоцентрів та онкохворих в Україні	38
РОЗДІЛ 3. ЕЛЕКТРОННІ ПОСЛУГИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ	48
3.1. Механізми впровадження електронної системи охорони здоров'я на прикладі онкологічних центрів	48
3.2. Напрямок вдосконалення електронних послуг в онкологічних центрах України	59
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	75
ДОДАТКИ	86

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ – амбулаторія загальної практики – сімейної медицини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГЗ – громадське здоров'я

ДМС – добровільне медичне страхування

ЄС – Європейський Союз

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

ЗУ – злочинне утворення

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НКР – Національний канцер-реєстр України

НСУЗ – Національна служба управління здоров'я

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПМГ – Програма медичних гарантій

СМС – соціальне медичне страхування

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Одним із основних критеріїв благополуччя суспільства та держави є стан здоров'я населення. В усіх цивілізаційних країнах здоров'я нації визнається найважливішою цінністю, що характеризує рівень розвитку. У зв'язку з цим проблема зміцнення здоров'я населення є однією з пріоритетних у діяльності публічних органів. Проте аналіз сучасної демографічної ситуації визначає тенденцію погіршення здоров'я всіх вікових груп, скорочення народжуваності та зростання смертності, розвитку депопуляції та поширення онкологічних захворювань. Середня тривалість життя в Україні одна із найнижчих серед індустріально розвинених країн світу. Особливе занепокоєння викликає здоров'я працюючого населення працездатного віку. За офіційними даними за останні роки втрати осіб працездатного віку випереджають втрати населення загалом. На жаль, ця тенденція збережеться і в найближчі 10-15 років, коли загальні втрати робочої сили за 5-10 років становитимуть понад 1 мільйона щорічно. Тому збереження та розвиток здорового трудового потенціалу є сьогодні актуальною проблемою. Формування установки для здоров'я, як джерела соціально-економічного благополуччя у системі ринкових взаємовідносин виступає важливим напрямом публічної політики у сфері охорони здоров'я. Це вже проблема не лише медична, а й публічна, вирішення якої потребує інтеграції фундаментальних знань та міждисциплінарних досліджень. Здоров'я населення останніми роками є предметною областю вивчення низки наук, у тому числі, публічного управління. Хоча це поняття можна вважати досить розробленим як наукову категорію, проте залишається малодослідженим, як публічний феномен. Тим часом ясно, що зрозуміти та визначити здоров'я неможливо у відриві від конкретного середовища, в якому живе людина, у відриві від різних сфер проявів її життєдіяльності, поза зв'язком з цілями та призначеннями людини.

З огляду на недостатню розробленість категорії здоров'я є необхідним вивчення зумовленості здоров'я, його місця у системі соціокультурних цінностей, що регулюють ставлення людини до здоров'я. У теоретичному аспекті розробки категорії сучасного стану здоров'я є актуальними для вивчення понять статусу, цінності, культури здоров'я; визначення співвідношення категорій соціального здоров'я та здоров'я населення. Необхідним є дослідження відповідних показників здоров'я, включаючи соціальні настанови і самозберігальну поведінку людей, визначення соціально-культурних чинників, які впливають на здоров'я та механізми цього впливу, особливо за умов поширення онкологічних захворювань. Вирішення цих питань має особливе значення у процесі вивчення здоров'я працівників публічної сфери. Соціальна діагностика здоров'я цієї категорії працюючого населення дозволить розробити технологію профілактики та корекції соціального ризику, охорони соціального здоров'я, підвищення життєдіяльності працівників тощо.

Питання щодо вивчення та корекції факторів, що обумовлюють здоров'я людей на різних рівнях, практичної допомоги дезадаптованій людині внаслідок важкого захворювання розробляються у дослідженнях М. Бадюка, О. Микити, А. Губара, О. Ціборовського, С. Істоміна, В. Сороки та ін. Про необхідність дослідження ціннісно-мотиваційної структури особистості та цінності здоров'я у вказаній структурі наголошується в роботах А. Свінцицького, О. Висоцької тощо. Проблематика взаємозв'язку захворюваності та способу життя населення, дослідження факторів ризику відображена у наукових працях А. Гайсенко, І. Мотузюк, З. Федоренко та ін. Але, незважаючи на наявні у спеціальній науковій літературі публікації з проблеми здоров'я та онкологічних захворювань, практично не вивчено питання зумовленості здоров'я працівників публічної сфери, їх соціальні настанови та самозбережна поведінка. У сучасних умовах формування ринку праці назріла необхідність розробки методичних підходів до управління

здоров'ям працівників через систему впливів на соціальні параметри їхнього способу життя.

Об'єктом дослідження – є реформування сфери охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження – є особливості реформування сфери охорони здоров'я для онкохворих пацієнтів.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості реформування в сфері охорони здоров'я шляхом системного удосконалення процесів та структури на прикладі онкологічних хворих в Україні.

Поставлена мета зумовила вирішення наступних завдань:

- проаналізувати стан здоров'я населення України та країн Європи;
- обґрунтувати особливості стану захворюваності населення на онкологію в Україні;
- охарактеризувати основні механізми публічного управління системою моніторингу охорони здоров'я;
- визначити застосування електронних послуг в сфері охорони здоров'я на прикладі онкологічних хворих.

Методи дослідження. В основу методології роботи покладено: аналіз статистичних даних, гіпотез, теорій та літератури на тему дослідження, порівняльний метод, узагальнення та спостереження; використання логіко-діалектичного методу пізнання дозволило з'ясувати сутність поняття «людські ресурси», «механізми реформування», «система охорони здоров'я»; методи системного аналізу та синтезу, порівняння, абстракції, систематизації допомогли забезпечити визначення взаємозв'язків між елементами моделі публічного управління системою охорони здоров'я як основою реформування вітчизняної медичної галузі, а також систематизувати основні підходи до проблематики дослідження та наукових підходів до понятійно-категоріального апарату дослідження; використання міждисциплінарного підходу надало змогу комплексно розглянути нормативно-правове регулювання процесів розвитку публічного управління системою охорони

здоров'я, а також закономірності та принципи реформування механізмів публічного управління вітчизняною системою охорони здоров'я в контексті європейського виміру боротьби з онкологічними захворюваннями; системний підхід було використано для розробки й обґрунтування удосконалення механізмів публічного управління вітчизняною системою охорони здоров'я з урахуванням зарубіжного досвіду формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в боротьбі з онкологічними захворюваннями; застосовувався порівняльно-правовий метод щодо процесів виявлення закономірностей розвитку різних моделей формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я; моделювання – з метою розробки моделі публічного управління системою охорони здоров'я як основи реформування медичної галузі в Україні.

Наукова новизна полягає в тому, що здійснено комплексну характеристику необхідності реформування сфери охорони здоров'я за обсягом, складом та місцем надання медичної допомоги на прикладі контингенту онкологічних хворих, яке потребує радикального переформатування механізмів публічного управління сфери охорони здоров'я; рівень та якість здоров'я відповідним чином характеризує якість та рівень життя, соціальний добробут та життєздатність людей, які проживають на певній території держави, регіону. В основі здоров'я суспільства як цілісної системи знаходиться здоров'я особистості та її репродуктивний потенціал, а також здоров'я населення.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що реалізація запропонованих змін системи охорони здоров'я та профілактики соціальних факторів ризику онкологічних захворювань спрямована на збереження здоров'я та працездатності як фактора відтворення економічно активного населення; результати дослідження, висновки та рекомендації можуть бути використані у діяльності відповідних державних служб, які займаються управлінням здоров'я; теоретичні положення дослідження можуть використовуватися під час викладання курсів лекцій та спецкурсів з

дисциплін «Публічне управління», «Культура здоров'я»; узагальнення та висновки, що містяться в дослідженні, можуть бути рекомендовані для обґрунтування проектних документів (концепцій, програм, планів) з охорони здоров'я, що розробляються, у сфері публічного управління; на основі використаної в роботі методики вивчення необхідних змін здоров'я можна проводити дослідження інших категорій працездатного населення.

Апробація результатів дослідження. Матеріали магістерської роботи стали підґрунтям для написання тез доповідей на конференцію «Могилянські читання-2022» на тему «Особливості реформування сфери охорони здоров'я в Україні».

Структура дослідження. Специфіка теми, сформульовані мета і завдання визначили послідовність викладення матеріалу і структуру роботи. Робота загальним обсягом 94 сторінки, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ОНКОЛОГІЧНИМИ ЦЕНТРАМИ В УКРАЇНІ

1.1. Стан здоров'я населення України та країн Європи: види та складові

На сьогодні, на думку більшості дослідників, здоров'я – це одна з основних цінностей життя, й ця цінність перебуває на найвищому щаблі в системі людських запитів. Здоров'я також – це одна з найважливіших складових, що утворюють у загальному розумінні людське щастя. Здоров'я важливе не тільки для оцінки успішності життя однієї людини, але й для оцінки умов успішного економічного та соціального розвитку суспільства загалом та його держави. Реалізація фізичного, інтелектуального, морально-духовного та репродуктивного потенціалу кожного з жителів країни можлива лише у суспільстві, в якому здорові усі його члени та воно є здоровим загалом. Одним із основних критеріїв високого рівня життя є гарний стан здоров'я населення. У ХХІ ст. у всіх цивілізованих країнах здоров'я нації визнається «найважливішою соціальною цінністю, що визначає високий чи низький рівень соціального розвитку» [1, с. 56-57]. У зв'язку з цим проблема забезпечення, зміцнення та підтримання здоров'я населення є однією з пріоритетних у діяльності державної влади.

Одночасно з таким розумінням завдань влади кожного громадянина не ігнорується особиста відповідальність: турбота про власне здоров'я є безпосереднім обов'язком кожного. Ні оточуючі, близькі люди, ні сім'я, ні суспільство не зможуть повністю звільнити громадянина від виконання такого обов'язку. Тим більше, це неможливо зробити по відношенню до

людей, які не тільки не зберігають здоров'я, а й руйнують його. У кожному суспільстві є «люди, які ведуть неправильний образ життя, зловживають шкідливими звичками, гіподинамією, переїданням вже до 20-30 років доводять своє здоров'я до катастрофічного стану» [6, с. 44-45]. Зазвичай у таких випадках такі люди «сподіваються на медицину, забуваючи, що навіть у розвинених сучасних країнах медицина, якою б досконалою вона не була, не може позбавити кожної людини всіх хвороб» [8, с. 32-33].

У різних культурах, у різних народів, у різні періоди розвитку людської культури існувало значне розмаїття уявлень у тому, що таке здоров'я та як воно вимірюється, про що свідчить наявність понад ста визначень цього поняття [11, с. 22-23]. Розглянемо дві фундаментальні проблеми, які виникають, коли починаємо працювати над створенням визначення здоров'я.

Перша проблема відображає протиставлення двох якісно різних станів: здоров'я та хвороби. Ці два поняття розрізняються кардинально: один із станів нормальний, фізіологічний (йому відповідає поняття «здоров'я»), а другий – порушений, патологічний (синонімом якого є поняття «хвороба») [14, с. 27-28]. Однак, перейшовши з області абстрактних визначень у практичну область, бачимо, що в реальному житті у кожного з нас між хворобою та здоров'ям існує безліч перехідних станів. Відчуття здоров'я, хороше самопочуття не виключає наявності в організмі хвороботворного початку, що ще не проявився, й може бути передумовою розвитку хвороб із тривалим латентним станом. Крім того, людина може, в цілому вважаючи себе здоровою, найчастіше добре себе почуваючи, іноді відчувати «суб'єктивні коливання у самопочутті, пов'язані з сезонними змінами, метеозалежністю, порушеннями режиму дня, надлишковим харчуванням тощо» [22, с. 31-32]. У людини може бути постійна перенапруга захисно-приспосувальних сил, якщо її робота пов'язана з тривалим впливом на організм надзвичайних подразників, до яких можна віднести низькі температури в умовах холодного клімату, виробничий шум, великі фізичні

навантаження чи значне емоційне «вигоряння» [27, с. 33]. Згодом це може призвести до розвитку хвороби.

Суть іншої проблеми, що виникає під час створення визначення здоров'я, – це «розуміння різних системних рівнів, на яких у сучасній науці аналізується поняття здоров'я» [30, с. 9]. Як полюсні варіанти прийнято розглядати «здоров'я індивіда» та «популяційне здоров'я», чи здоров'я населення [39, с. 33]. Для опису здоров'я населення не можуть бути застосовані ті ж терміни, які використовуються під час опису здоров'я індивіда. Здоров'я людини зазвичай визначається як «динамічна рівновага функцій всіх внутрішніх органів та їх адекватне реагування на вплив довкілля» [42, с. 32]. А інший системний рівень, рівень здоров'я населення, розглядається більшістю дослідників у сучасній науці як категорія соціально-економічна [43, с. 51]. На цьому рівні для оцінки здоров'я враховується не правильне функціонування одного організму, а можливості «відтворення виду, показники тривалості життя в цілому в країні, при цьому якість життя на всіх вікових етапах і особливо у похилому віці не береться до уваги, нехай навіть при цьому тривалий старечий вік протікає не тільки без участі в житті суспільства, а й є важким випробуванням для індивіда внаслідок хронічних захворювань, наприклад, таких, що повністю знерухомлюють людину» [46, с. 33-34].

Прикладом успішного компромісу двох системних рівнів у визначенні здоров'я служить відоме визначення, зафіксоване у Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), відповідно до якого «здоров'я є станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутності хвороб та фізичних дефектів» [58, с. 9].

Розглянемо три види здоров'я: фізичне, психічне та моральне (соціальне):

– фізичне здоров'я – «це природний стан організму, зумовлений нормальним функціонуванням всіх його органів та систем» [76, с. 11]. Організм людини – система саморегульована, у природному стані він

правильно функціонує та розвивається, здатний вносити необхідні поправки в роботу органів та систем, взаємно заміннювати їх;

– психічне здоров'я – це «стан психічної сфери, що визначається декількома компонентами: мотиваційно-емоційними, розумовими та морально-духовними» [76, с. 12]. Виявляється психічне здоров'я через стан емоційного комфорту, що забезпечує розумову працездатність та правильну, моральну поведінку людини у суспільстві;

– соціальне здоров'я визначається тими «моральними принципами, які є основою соціального життя людини у певній країні у певний період історичного поступу» [76, с. 12]. Відмінними ознаками соціального здоров'я людини є свідоме ставлення до праці, оволодіння скарбами культури. У поняття соціального здоров'я входить також активне неприйняття вдач і звичок, що суперечать нормальному способу життя і завдають морального та економічного збитку суспільству та державі. Здорова й духовно розвинена людина щаслива – вона відмінно себе відчуває, отримує задоволення від своєї роботи, прагне самовдосконалення, досягаючи нев'янучої молодості духу та внутрішньої краси. Гармонія психофізичних сил організму підвищує резерви здоров'я, створює умови для творчого самовираження у різних галузях нашого життя. Соціальне здоров'я вважається найвищим показником людського здоров'я [81, с. 44]. Для оцінки здоров'я певної групи людей чи населення загалом прийнято використовувати такі групи індикаторів:

- показники медико-демографічних процесів;
- показники захворюваності;
- показники інвалідності;
- показники фізичного здоров'я [84, с. 22].

Існують комплексні оцінки здоров'я окремих пацієнтів, населення загалом, при цьому виділяють такі п'ять груп здоров'я:

I група – здорові;

II група – здорові особи, у яких відсутня будь-яка хронічна хвороба, але є різні функціональні відхилення, зниження імунологічної резистентності, часті гострі захворювання та ін.;

III група – хворі з тривало поточними (хронічними) захворюваннями при збережених переважно функціональних можливостях організму;

IV група – хворі з тривало поточними (хронічними) захворюваннями зі зниженням функціональних можливостей організму;

V група – важкі хворі, які потребують суворого дотримання постільного режиму [90, с. 33].

Здоров'я – це «цілий комплекс факторів, це спосіб життя людини, середовище її проживання, спадковість та стан системи охорони здоров'я» []. Загальноприйнято таку класифікацію факторів, що визначають стан здоров'я населення:

- соціально-економічні (спосіб життя, умови праці, житлові умови, матеріальний добробут);
- соціально-біологічні (вік, стать, спадковість);
- еколого-кліматичні (стан повітря, води, ґрунту, рівень сонячної радіації);
- медико-організаційні (якість, ефективність, доступність медико-соціальної допомоги) [93, с. 44].

Варто звернути увагу, що на сьогодні є актуальними пошуку відповідей на такі питання: які з наведених факторів є найважливішими? наскільки від самої людини залежить збереження та підтримання здоров'я? чи багато в силах людини, бажаної тривалого, здорового, повноцінного життя? На думку деяких дослідників, здоров'я на 50 і більше відсотків залежить від умов та способу життя, на 20% – від стану (забруднення) навколишнього зовнішнього середовища, на 20% – від генетичних факторів та на 10% – від стану охорони здоров'я [97]. Як бачимо, людина сама «коваль свого щастя», вона значною мірою сама зможе створити відчуття комфорту життя, що забезпечується здоров'ям.

Окрім безпосередніх причин захворювань (віруси, бактерії тощо) існують фактори ризику, до яких належать стан навколишнього середовища, рівень медичного обслуговування у суспільстві. Розробку та реалізацію комплексу профілактичних заходів щодо зниження впливу даних факторів повинна забезпечити держава. Здоровий спосіб життя включає такі основні елементи: плідна праця, раціональний режим праці та відпочинку, відсутність шкідливих звичок, оптимальний руховий режим, особиста гігієна, гартування, раціональне харчування.

1) Плідна праця – важливий елемент здорового способу життя. У трудовій діяльності реалізуються різні людські потреби, здійснюється зростання професійних та творчих можливостей.

2) Режим праці та відпочинку – необхідний елемент здорового способу життя. При правильному і строго дотримуваному режимі виробляється чіткий і необхідний ритм функціонування організму, що створює оптимальні умови для роботи та відпочинку та цим сприяє зміцненню здоров'я, поліпшенню працездатності.

3) Відсутність чи викорінення шкідливих звичок (куріння, алкоголь, наркотики) є наступною ланкою здорового способу життя. Ці порушники здоров'я – причина багатьох захворювань, вони різко скорочують тривалість життя, знижують працездатність, згубно відбиваються на здоров'ї підростаючого покоління та на здоров'ї майбутніх дітей [9].

Існує два основні закони раціонального харчування, порушення яких небезпечно для здоров'я. Перший закон, що забезпечує правильне здорове харчування, – рівновага одержуваної та витратної енергії. У сучасних розвинених країнах система харчування така, що організм, зазвичай, отримує енергії більше, ніж витрачає. В умовах цілодобового постійного температурного режиму у квартирах, наявності громадського транспорту у всіх напрямках по великих містах та за їх межами отримана кількість калорій просто не може бути використана, у той час як більшість населення великих міст споживає висококалорійну білкову їжу внаслідок певних традицій

харчування, недостатньої культури харчування, відсутності перевіреної достовірної науково обґрунтованої інформації про правильне харчування [12]. Так виникає проблема зайвої ваги та пов'язаних з нею захворювань. Ця проблема набула великого розмаху: більше третини населення нашої країни, включаючи дітей, має зайву вагу.

Другий закон – необхідність співвідносити хімічний склад раціону з фізіологічними потребами організму у харчових речовинах. При цьому раціон у кожному випадку має відповідати наявності чи відсутності фізичних навантажень, необхідності забезпечення певних систем організму, наприклад, нервової системи або опорно-рухової [16]. У всіх цих випадках забезпечення потреби білках, жирах, вуглеводах, вітамінах, мінеральних речовинах, харчових волокнах різне.

Стан навколишнього середовища має важливий вплив на здоров'я. Забруднення поверхні суші, гідросфери, атмосфери та Світового океану позначається на стані здоров'я людей, ефект «озонової дірки» викликає утворення злоякісних пухлин, забруднення атмосфери негативно позначається на стані дихальних шляхів, а забруднення вод – на травленні, крім того, різко погіршує загальний стан здоров'я людства, знижує тривалість життя [19]. Впливають на наше здоров'я й біологічні ритми. Однією з найважливіших особливостей процесів, що протікають у живому організмі, є їх ритмічний характер. В даний час встановлено, що понад триста процесів, що протікають у організм людини, підпорядковані добовому ритму [20].

Здоров'я неможливе без руху, активного, постійного, достатнього. Для одних будуть достатніми систематичні заняття фізичними вправами, інших – серйозне зайняття спортом. Збереження здоров'я та рухових навичок в осіб літнього віку також неможливе без правильного рухового режиму, а крім того для посилення профілактики несприятливих вікових змін. Основними якостями, що характеризують фізичний розвиток людини, є сила, швидкість, спритність, гнучкість та витривалість. Вдосконалення кожної з цих якостей сприяє і зміцнює здоров'я, але не завжди забезпечує довголіття.

Варто наголосити, що при хорошій фізичній підготовці все ж таки слід пам'ятати про необхідність сформувати достатню стійкість до хвороботворних впливів. Загартовування проводиться для ефективного оздоровлення та профілактики хвороб, воно дозволяє тренувати та вдосконалювати одну з найцінніших якостей – витривалість, що забезпечить зростаючому організму надійний щит проти багатьох хвороб. У більшості країн гартування здавна було масовим, незважаючи навіть на холодний клімат, тривалі зими. Прикладом можуть бути сільські парні лазні зі сніговими ваннами [14, с. 31]. Здавна застосовувалося зимове купання в ополонці. З незапам'ятних часів відомо, що ходьба босоніж – чудовий засіб, що гартує. Користь загартовування доведено величезним практичним досвідом і спирається на солідне наукове обґрунтування [14, с. 32]. Широко відомі різні способи загартовування – від повітряних ванн до обливання холодною водою. Основні принципи їх правильного застосування мають знати всі:

- систематичність та послідовність;
- облік індивідуальних особливостей, стану здоров'я та емоційних реакцій на процедуру [16].

Однак у наші дні ці традиції втрачаються, більшість людей нічого не роблять для загартовування як себе, так і своїх дітей. Багато батьків з побоювання застудити дитину вже з перших днів та місяців її життя починають займатися пасивним захистом від застуди: загортають її, закривають кватирки тощо. Тому проблема пошуку та розробки доступних методів загартовування, інформування населення про них, привернення уваги населення до нових ефективних форм зміцнення стійкості організму до простудних захворювань залишається однією з найважливіших [17].

Гармонійний розвиток людини неможливий без систематичного виконання фізичних вправ. Експериментально доведено, що регулярні заняття фізкультурою, які раціонально входять у режим праці та відпочинку, не тільки сприяють зміцненню здоров'я, але й суттєво підвищують

ефективність виробничої діяльності. Часто, втомлюючись від постійних рухових дій, виконуваних у побуті та процесі роботи, людина вважає своє фізичне навантаження достатнім. Це поширена помилкова думка. Корисними для гармонійного фізичного розвитку є тільки рухи, що спеціально підбираються для впливу на різні органи та системи, розвитку фізичних якостей, корекції дефектів статури [22, с. 44]. Людина сама завжди може коригувати розміри навантаження, просто відповідаючи на реакцією організму. Це потрібно для того, щоб не завдати собі шкоди, наприклад, якщо є порушення з боку серцево-судинної системи, вправи, що вимагають суттєвої напруги, можуть призвести до погіршення діяльності серця.

Важливий елемент здорового способу життя – особиста гігієна. Вона включає в себе раціональний добовий режим, догляд за тілом, гігієну одягу та взуття. Особливого значення має і режим дня. При правильному та строгому його дотриманні виробляється чіткий ритм функціонування організму. Це створює найкращі умови для роботи та відновлення. Режим передбачає правильне чергування роботи та відпочинку, регулярне харчування. Особливу увагу потрібно приділяти сну – основному та нічим незамінному виду відпочинку. Постійне недосипання небезпечне тим, що може викликати виснаження нервової системи, ослаблення захисних сил організму, зниження працездатності, погіршення самопочуття.

Варто вказати, що протягом останніх кількох років спостерігалася тенденція до поступового зростання частки здорових (відповідно до самооцінки) жителів України: якщо в 2013-2015 рр. близько 40% українців вважали себе здоровими, то, починаючи з 2016 р., цей показник зростав і у 2019-2020 рр. складав близько 50% (рис. 1.1).

Однак, тривалі умови пандемії, ймовірно, наклали відбиток на здоров'я та самопочуття українців: згідно з даними дослідження 2021 р., 40% опитаних оцінюють стан власного здоров'я як добрий, а 14% – як поганий [27, с. 23-24].

Таким чином, здоров'я – це перша та найважливіша потреба людини, яка визначає здатність її до праці та забезпечує гармонійний розвиток особистості.

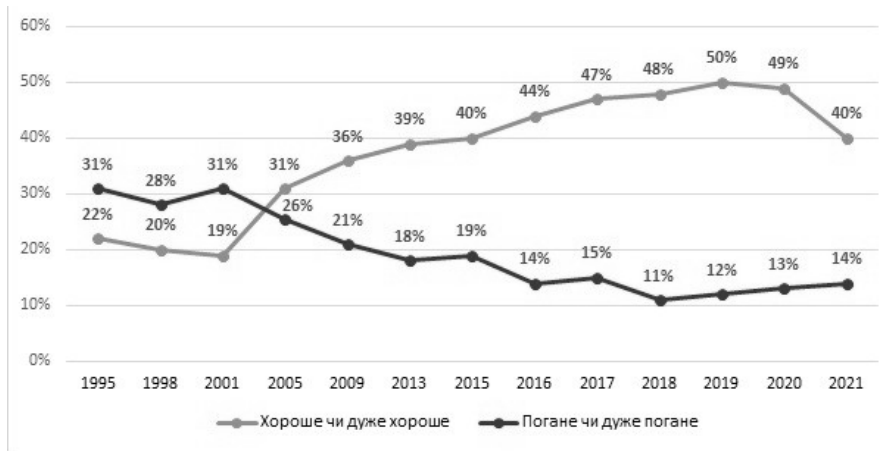


Рис. 1.1. Самооцінка українців щодо стану свого здоров'я (1995-2021)

Воно є найважливішою передумовою до самоствердження людини та досягнення щастя. Активне довге життя – це важливий складник людського чинника. Здоров'я як найважливіша, найвища цінність людини формується під впливом низки соціальних чинників. Фахівці ВООЗ вважають, що здоров'я людини на 50% залежить від здорового способу життя, тому першорядним завданням є збереження та зміцнення здоров'я. В даний час особливо актуальна мотивація до здорового способу життя. Варто ще раз підкреслити, що здоров'я людини є результатом прояви спадкових особливостей організму, впливу навколишнього середовища та активності самого індивіда. Крім того, рівень здоров'я, його збереження і поліпшення є нагальною медико-соціальною проблемою, яка потребує оптимального вирішення залежно від тих чи інших умов сьогодення, при зміні яких виникає необхідність вдосконалення організації та управління системою заходів з досягнення мети.

1.2. Особливості стану захворюваності населення на онкологію в Україні

Онкологічні захворювання – одна з найважливіших проблем охорони здоров'я України, актуальність якої визначається «постійним зростанням ураження населення раком, складністю своєчасної діагностики, високою вартістю та складністю лікування, високим рівнем інвалідизації та летальності хворих» [29]. Наприклад, хвороби серцево-судинної системи визначають рівень здоров'я популяції України, оскільки зумовлюють 14% усіх випадків смерті та 25% інвалідизації населення [29]. Питома вага раку як причини смерті хворих працездатного віку становить 14% серед чоловіків та 29% серед жінок [30, с. 11]. Соціально-економічна значимість проблеми зумовлена тим, що рак знижує тривалість життя чоловічої популяції України на 3,6 роки, а жіночої – на 2,5 роки, тривалість життя хворого з онкопатологією зменшується на 17-18 років, причому до 40% цього часу посідає працездатний вік. У зв'язку зі смертністю від раку населення України втратило 265 400 людино-років у працездатному віці (у тому числі 170 236 людино-років втрачено чоловіками та 95 164 – жінками). Серед чоловічого населення до 19% цих втрат обумовлено раком легені, серед жіночого 20% – раком молочної залози. Про масштаб явища свідчить той факт, що щороку в Україні хворіють на рак до 160 тис. осіб, помирають від раку 100 тис. людей. Серед хворих 1,1% дітей, 46,9% осіб працездатного віку та 52% осіб похилого та старечого віку [36]. На обліку в онкологічних установах перебуває понад 740 тис. хворих. Встановлено, що кумулятивні показники, що відображають частоту явища у популяції, становили 27,7% чоловікам і 18,5% жінок, тобто протягом 75 років життя онкологічні захворювання вражають в Україні кожного 3-4 чоловіка і кожену 5-6 жінку [38]. Представлені дані дають підстави розцінювати проблему онкологічних захворювань в Україні як найважливіше медико-біологічне та соціально-

економічне явище, гострота та актуальність якого, на жаль, значно зростає із року в рік.

Інститут онкології АМН України проводить постійний моніторинг онкохворих як на всій території України, так та в окремих її регіонах. З 1990 р. почалося впровадження інформаційної системи, яка вже охопила практично всю територію України та дозволяє отримувати найбільш точну та достовірну інформацію про всі випадки таких захворювань в Україні. В даний час у базі даних є персоніфіковані відомості про 1,5 млн. хворих [39, с. 33-34]. Встановлено, що в Україні продовжується стабільне зростання захворюваності як чоловічого, так і жіночого населення. Рівень захворюваності чоловічого населення як у звичайних, так і стандартизованих показниках при більшості пухлин вище ніж жіночого. Темп приросту звичайних показників захворюваності чоловічого населення України становить 2,5% щорічно, жіночого – 2%, приріст стандартизованих показників – трохи нижче (1,1 та 1,3% відповідно) [42, с. 44]. Якщо розподілити динамічні показники то щорічний приріст захворюваності чоловіків становить 4,3%, жінок – 3,1% (у стандартизованих 4,2 та 3,1%) відповідно та 1-1,2% (-0,3-0,4% відповідно) [44].

Найбільші темпи приросту характерні для чоловіків при захворюваннях порожнини рота, передміхурової залози, щитовидної залози, яєчка, прямої кишки, підшлункової залози, стравоходу [45]. Відзначено деяку стабілізацію та зниження захворюваності на рак шлунка.

Аналізуючи динаміку захворюваності жіночого населення, можна відзначити, що найбільшими темпами приросту характеризується рак щитовидної залози, тіла матки, нирки, молочної залози, прямої кишки, ободової кишки [46, с. 28-29]. Спостерігається зниження захворюваності рак шийки матки та стабілізація захворюваності рак шлунка, стравоходу, гортані.

На підставі вивчення динамічних моделей захворюваності населення складено прогностні оцінки очікуємо показників до 2025 р. сумарно та за окремими локалізаціями пухлин (у стандартизованих показниках). При

цьому встановлено, що до 2025 року рівень захворюваності чоловіків зросте на 26%, а жінок – на 20% [48]. На підставі даних вивчено рівень поразки чоловічого та жіночого населення основними онкохворобами. Встановлено, що у структурі захворюваності чоловічого населення перше місце займає рак легені (22,3%), друге – шлунка (11,4%), третє – шкіри (10,4%), четверте – передміхурової залози (5,7%) [49]. Наступні рангові місця займають гемобластози, рак ободової, прямий. кишки, сечового міхура, ротової порожнини.

У структурі захворюваності жіночого населення перші місця займають рак молочної залози (19,3%), шкіри (14,4%), шлунка (8,0%), тіла матки (7,5%), шийки матки (6,1%) [54]. Наступні місця займають рак ободової кишки, яєчника, прямої кишки, легені, лімфатичної та кровотворної тканини. Вивчення структури захворюваності та смертності в залежності від віку показало, що рівень захворюваності підвищується із віком населення.

Встановлено, що збільшення у структурі населення кількість осіб старшого віку значно підвищує ризик ураження популяції онкохворих. Так, наприклад, якщо у віковій групі 40-44 роки показник захворюваності становить 199,4, то у віковій групі 65-69 років він зростає у 5 разів, досягаючи 1095,8, а у групі 70-74 роки – у 7 разів, 1217,2 на 100 тис. населення [54]. Ризик захворіти у віці 0-39 років становить 1,3%, 40-59 років – 7,6%, 60 років та старше – 25,9% [59]. Ризик захворіти протягом усього життя становить 43,2% для чоловіків і 27% для жінок [60]. Найвищі показники смертності також спостерігаються у віковій групі 70-79 років. Особливий інтерес мають характер та динаміка поразки населення України на рак взагалі, у тому числі гемобластозами, на рак молочної залози, рак щитовидної залози, а також характер захворюваності дитячого населення на певний період. Аналіз динамічних моделей захворюваності показує, що між рівнем захворюваності та рівнем стану здоров'я існує тісний кореляційний зв'язок, що наближається до функціональної залежності з високим коефіцієнтом кореляції (0,85-0,97) [76, с. 12].

Отже, можна припустити, що на формування величини показників впливають аналогічні фактори та більшість показників укладаються у 95% довірчий інтервал, а тимчасові тренди захворюваності мають загальну спрямованість, достовірної різниці в напрямі цих трендів не зазначено [81, с. 41]. Що стосується ураження населення гемобластозами, то рівень їх розвитку у чоловічого населення підвищився з 15,5 до 17,3 на 100 тис. населення, у жіночого – з 11,7 до 12,4 на 100 тис. населення, тобто приріст становив 1,7- 1,5% [82].

Серед забруднених регіонів перевищення середнього по країні показника відмічено у населення Київської, Рівненської, Житомирської та Чернівецької областей [83]. У контрольованих областях показники захворюваності незначно відрізняються від середнього по країні показника, що свідчить про покращення якості обліку цієї патології. Якщо розглядати приріст показників захворюваності на гемобластози на контрольованих за радіаційним фактором територіях, то найбільш суттєвий приріст показників відзначений у старших вікових групах (65 років і більше), які не є маркерами радіаційних впливів, що, ймовірно, пов'язане з більш ретельним обстеженням цих груп населення.

При вивченні зміни рівня ураження населення України на рак щитовидної залози встановлено, що він характеризується постійним зростанням, оскільки показники захворюваності у жінок зросли на 30%, у чоловіків – на 20% [85]. Крім того рівень захворюваності жіночого населення зростає 4 рази, а чоловічого – в 3 рази і складає 4,8 і 1,6 на 100 тис. населення відповідно [86, с. 33]. Рак щитовидної залози вирізняється особливо високими темпами приросту – до 13% щорічно, що зумовлено, поза сумнівом, аварією на ЧАЕС [88]. У структурі захворюваності чоловічого населення рак щитовидної залози посідає 13-те місце, жіночого – 11-те, оскільки жінки хворіють у 4-5 разів частіше за чоловіків [90, с. 22]. Найбільш високий рівень захворюваності на рак щитовидної залози відзначений у м. Києві (10,4), Київській (10,2), Херсонській (6,4), Чернігівській (5,3 на 100 тис.

населення) областях; показник в Україні становить 3,1 на 100 тис. населення [92]. У дітей (0-14 років) зміни більш суттєві, проте незначна частота випадків захворювання потребує особливої ретельності при статистичній оцінці показників та їх динаміки. Так було в 1989 р. (початок офіційної реєстрації захворюваності на рак щитовидної залози) в Україні захворіло 9 дітей, у тому числі 3 – у забруднених радіонуклідами областях (ЗРО) [94]. Таким чином, проведені дослідження підтверджують факт маніфестації раку щитовидної залози у дітей після аварії на ЧАЕС.

Якщо говорити про особливості смертності від раку, то вона значною мірою повторює особливості захворюваності та характеризується стабільним зростанням, причому останніми роками темпи зростання сягають 3% [95]. Співвідношення показників захворюваності та смертності становлять 1,5:1 серед чоловіків та 1,8:1 серед жінок. Провідні місця у структурі смертності від раку у чоловіків займають рак легені (28,9%), рак шлунка (14,3%), колоректальний рак (10,1%), лімфатичної та кровотворної тканини (5,1%), рак підшлункової залози (4,5%), передміхурової залози (4,4%) [97]. У структурі смертності жіночого населення провідні місця займають рак молочної залози (18,6%), колоректальний рак (13,3%), рак шлунка (12,1%), рак шийки матки (6,9%), рак яєчника (6,7%), рак легені (6,6%) [2, с. 11]. Крім значного поширення та підвищення частоти розвитку більшості форм онкологічних хвороб відзначаються виражені територіальні особливості ураження людей.

Відносна генетична однорідність популяції України свідчить про певний внесок зовнішніх факторів у цей процес. Виявлено стійку агломерацію областей півдня та південного сходу України, де реєструють найвищі рівні захворюваності [3, с. 38]. Для більш коректного порівняння дані наведені в українській та світових стандартів. Так, за останні роки встановлено найвищий рівень поразки чоловічого населення у Херсонській, Кіровоградській, Полтавській, Миколаївській, Київській областях та в м. Києві, де показник захворюваності коливався від 474,8 до 539,9 (Україна –

431,4 на 100 тис. населення) [13, с. 11]. Найбільш високі рівні поразки жіночого населення встановлені в м. Києві, Херсонській, Полтавській, Миколаївській, Київській, Одеській областях – від 292,2 до 373,2 (Україна – 269,7 на 100 тис. населення) [15, с. 80]. Найнижчий рівень ураження онкологічними захворюваннями у західних областях України: Волинській, Львівській, Івано-Франківській, Закарпатській, Рівненській областях [16] (рис. 1.1).

Станом на початок 2021 р. в Україні на обліку в медичних закладах перебуває 1 млн. 187,6 тисячі пацієнтів з онкологічними захворюваннями. За 2019 р. в нашій державі було зафіксовано 138 тисяч 509 нових випадків захворювання на рак. Чоловіки найчастіше хворіли на рак легенів, трахеї та бронхів (20,3%), рак передміхурової залози (12,4%) та немеланомні захворювання шкіри (9,9%) [97].

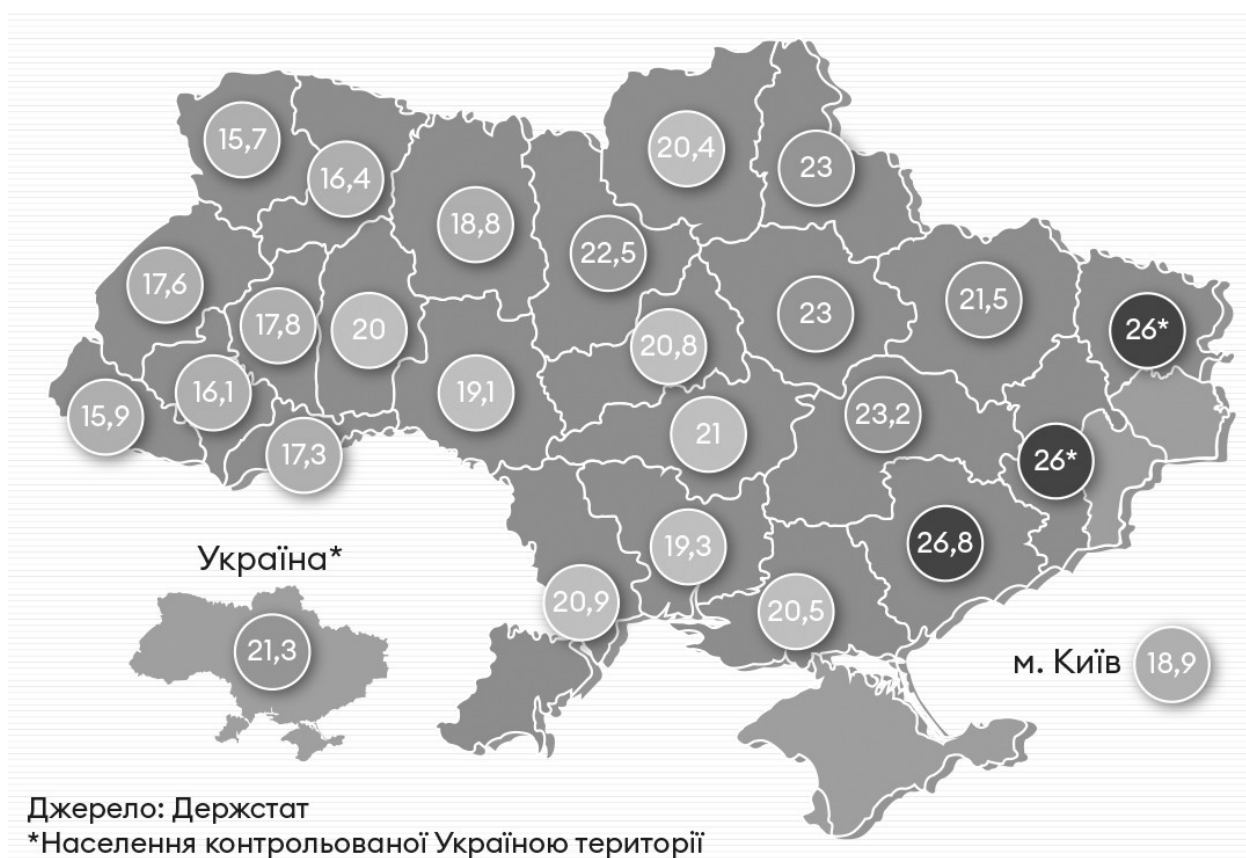


Рис. 1.1. Кількість смертей від онкологічних захворювань на 10000 населення в 2021 році

У жінок найчастіше зустрічався рак молочної залози (20,3%), немеланомні захворювання шкіри (12,9%) та рак матки (9,5%). Померли 2019 р. від онкологічних захворювань 61 тисяча 289 осіб. Загальний показник смертності становить 171,8 особи на 100 тисяч населення. Чоловіки найчастіше помирали від раку легень, бронхів та трахеї, раку передміхурової залози та шлунка; жінки – від раку молочної залози, ободової кишки та шлунка. Онкологічні захворювання на першій стадії виявляли у 25,3% хворих, на другій – у 26,2%, на третій – у 17,8%, на четвертій – у 18,1%. За 2020 р. відомо про 110,5 тисяч нових випадків захворювання на рак, але ці дані ще не остаточні. Загальний показник смертності становить 151,3 особи на 100 тисяч населення [97] (табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

Основні причини смертей українців 2021 рік

Причини	Кількість	Відсотки
Серцево-судинні хвороби	45 340	51.6%
Ковід	21 867	24.9%
Онкологія	6 293	7.2%
Хвороби органів дихання	5 407	6.2%
Нещасні випадки	2 490	2.8%
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	2 445	2.8%
Хвороби органів травлення	2 397	2.7%
Хвороби нервової системи	395	0.4%
Хвороби сечостатевої системи	220	0.3%
Туберкульоз	219	0.2%
Інші	789	0.9%

При цьому за минулий рік було виявлено менше хворих на першій та другій стадії (22,8% та 24,6% відповідно) та більше хворих на третій та четвертій стадії (18,2% та 7,8% відповідно). В Україні як такої профілактики онкозахворювань немає. У 2019 році в ході профілактичних оглядів було виявлено 22,4% хворих, 2020-го – 20,8%. У цьому рак, виявлений на ранній стадії, краще піддається лікуванню. У ВООЗ нагадують про те, як важливо

проходити профілактичні огляди, звертатися до лікаря із симптомами нездужання та робити регулярний скринінг з урахуванням свого віку та факторів ризику. Витрати лікування онкологічних захворювань в Україні зросли. У 2019 році на діагностику та лікування за програмою медичних гарантій було виділено 2,42 млн. грн., у 2020-му – 3,2 млрд. (+31,8%) [16].

Частка онкологічних захворювань у структурі захворюваності населення має стійку тенденцію до збільшення. На тлі зростання ураження пухлинами більшості локалізацій намітилася тенденція до стабілізації та зниження захворюваності на певні види ракових захворювань. Зберігаються суттєві відмінності рівня захворюваності чоловічого та жіночого населення як у звичайних, так і в стандартизованих показниках, проте в останнє десятиліття темпи приросту показників захворюваності жіночого населення вище, ніж чоловічого. Прогнозується підвищення захворюваності чоловічого населення на 2020-2025 рр. на 26%, жіночого – на 20% [18, с. 46]. Подальший моніторинг рівня поразки населення України дозволить отримувати достовірну інформацію про розвиток онкоепідеміологічного процесу в країні, що дасть змогу визначити пріоритети та перспективи протиракової боротьби в Україні.

Таким чином, маємо достатні відомості сучасної онкоепідеміологічної ситуації в Україні та основні тенденції її розвитку. Наразі зусилля спрямовані на створення єдиного інформаційного середовища в онкології, що дозволить вести постійний моніторинг за розвитком онкоепідеміологічного процесу в Україні, що необхідно як для наукових досліджень, так і для визначення пріоритетів розвитку онкологічної допомоги населенню України.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МОНІТОРИНГУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Запровадження інвестиційно-інноваційних процесів у сфері надання медичних послуг онкохворим в Україні

Важливого значення за умов реформування сфери охорони здоров'я набуває інвестиційна діяльність й впровадження інновацій в усі сфери управління й реалізації медичних послуг, особливо щодо онкологічних хворих. Важливість вказаних аспектів публічного управління системою охорони здоров'я полягає в тому, що саме вони дозволятимуть відповідним чином модернізувати вказану систему й підвищити якість медичних послуг і як результат збільшити рівень громадського здоров'я та покращити ефективність боротьби з онкологічними захворюваннями. Тривалі трансформаційні процеси відображаються на всій структурі економіки країни, в тому числі соціальної сфери, призводять до часткої зміни умов функціонування в сфері охорони здоров'я. Здійснення необхідних змін в сфері охорони здоров'я за умов реформування супроводжуються неоднозначними тенденціями, медичними та демографічними викликами в умовах тривалої тенденції скорочення частки працездатного населення, зниження народжуваності, що все разом вимагає посилення державних заходів щодо ефективності медичного обслуговування населення з метою збереження необхідного людського потенціалу, підвищення результативності діяльності сфери охорони здоров'я на всіх рівнях управління, в тому числі й в результаті проведення відповідних інноваційних змін і управління ними (рис. 2.1) [22, с. 34-35].

Передумовою необхідного підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування сфери охорони здоров'я виступає раціональне впровадження інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, вдосконалення менеджменту та професійної підготовки медичних кадрів закладів охорони здоров'я.

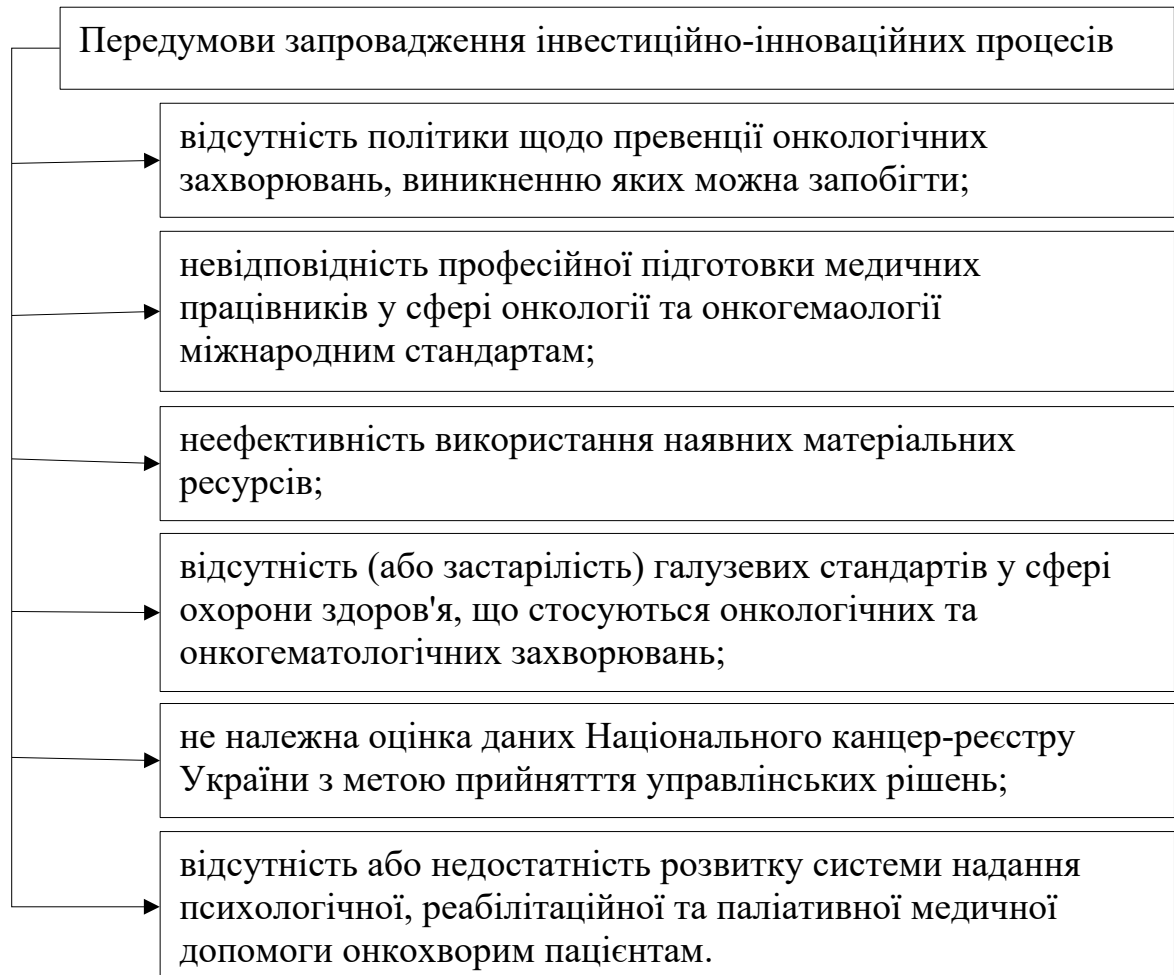


Рис. 2.1. Передумови запровадження інвестиційно-інноваційних процесів у сфері надання медичних послуг онкохворим в Україні

Інноваційні підходи також відіграють вирішальну роль у поступальному розвитку будь-якого сектору економіки, у тому числі й сектору охорони здоров'я [23]. Відповідно актуалізується питання вивчення інвестиційно-інноваційної діяльності держави щодо надання медичних послуг онкохворим.

Варто вказати, що поняття «медичні технології» зараз входить у повсякденний ужиток та в ментальне середовище як медиків, так й інженерів-конструкторів відповідної медичної техніки. Це поняття є відображенням нового підходу щодо створення не просто новітньої медичної техніки, а саме комплексу: технічного приладу як засобу прижиттєвої візуалізації, методології отримання первинної інформації, програмного продукту для обробки первинної інформації з можливістю застосування перевірених алгоритмів і певних аналітичних підходів для аналізу отриманих даних [24, с. 9-10].

З економічного погляду сьогоднішні капіталовкладення у вже готові медичні технології вже завтра повернуться сторицею: можливістю ефективного ведення пацієнта, скороченням часу проведення діагностики, збільшенням ефективності лікування, зменшення тривалості перебування пацієнта на лікарняному ліжку в умовах стаціонарного лікування [27, с. 66]. Для лікувального закладу результатом застосування сучасних інноваційних медичних технологій при лікуванні хворих будуть позитивні економічні результати. Саме критерій ефективного лікування із застосуванням сучасних інноваційних медичних технологій може стати основним критерієм конкурентоспроможності лікувального закладу на ринку медичних послуг України. Саме технології покращеної візуалізації з алгоритмами клінічної інтерпретації, які даватимуть умови для сучасного клінічного мислення лікаря-діагноста, мають бути покладені в основу нових медичних технологій [28, с. 109]. Тільки тоді медичну техніку можна буде адекватно та раціонально використовувати для потреб та на благо пацієнта.

Останнім часом набирають обертів інноваційні процеси в розвинених країнах світу (рис. 2.2). В Україні в цей час пробиваються перші паростки та відчуваються лише певні тенденції щодо залучення економіки країни до світових інноваційних процесів. Очевидним є той факт, що насамперед інновацій потребують галузі чи підприємства, розвиток яких катастрофічно сповільнюється. Саме за допомогою інноваційних складових є можливість

покращити сучасний стан багатьох галузей народного господарства. Головною рушійною силою розвитку економіки нашої держави є людина, здорова людина. Таким чином, однією із пріоритетних галузей, у якій інноваційні процеси негайно мають бути застосовані для покращення здоров'я нашого населення, є медицина.

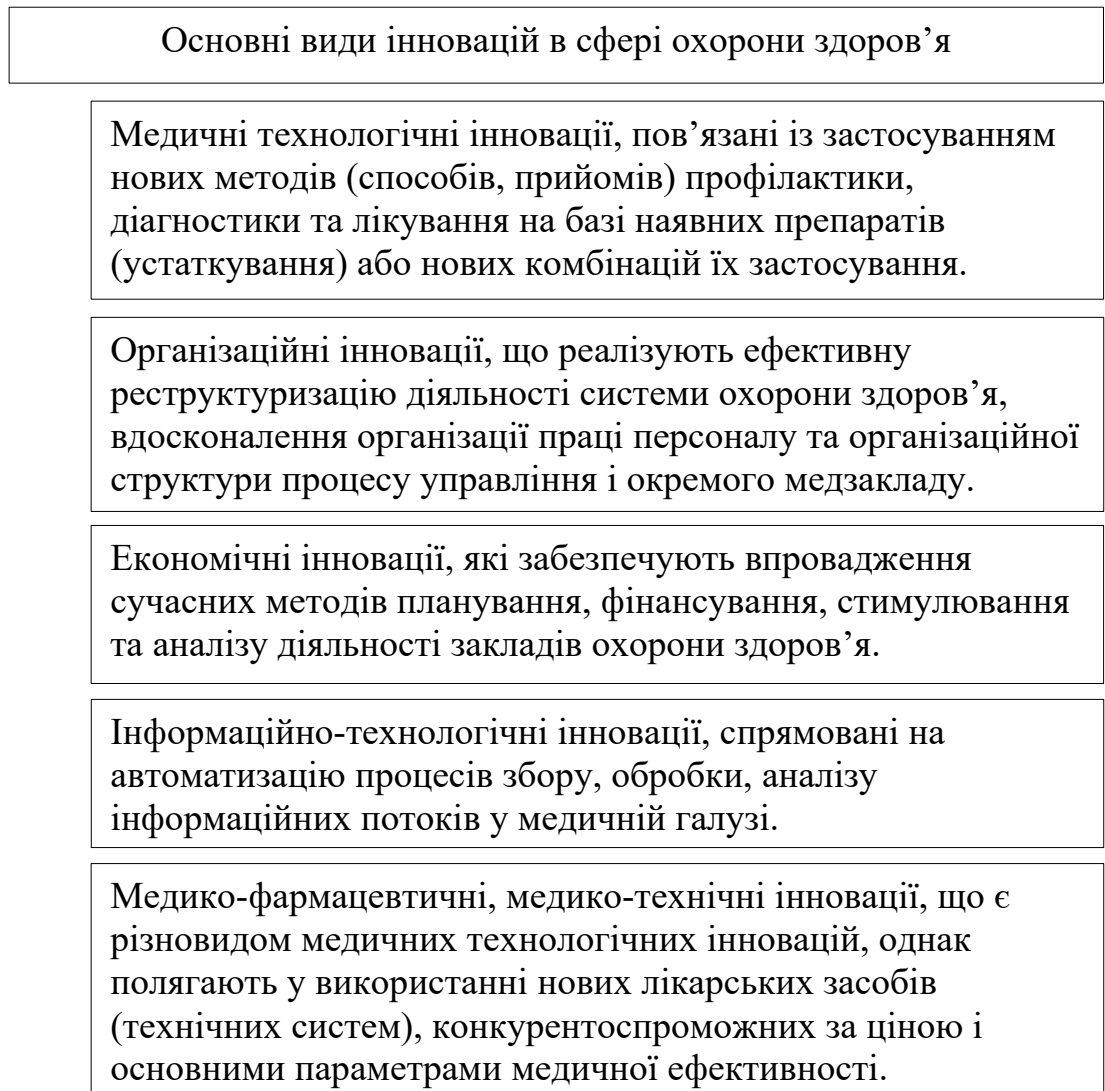


Рис. 2.2. Основні види інновацій в сфері охорони здоров'я

Варто вказати, що на сьогодні всі відчують на собі та на своїх близьких катастрофічний стан системи охорони здоров'я в Україні. За офіційною статистикою ВООЗ у 2021 році онкологічна патологія стала причиною кожної 6-ї смерті у світовому масштабі [31, с. 43]. Це стимулює міжнародне лікарське співтовариство розробляти нові методики лікування

онкологічних захворювань та підвищувати ефективність уже існуючих. Зокрема це стосується пацієнтів з пізніми стадіями захворювання, коли за рахунок метастазування пухлини уражається практично весь організм. Так, у 2018 році Нобелівською премією з медицини було відзначено дослідження роботи імунної системи у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями [36]. Активація власного імунітету пацієнта та навчання його імунних клітин розпізнаванню пухлини – основа безпечної для здорових тканин терапії, яка може застосовуватись навіть на пізніх стадіях хвороби. Це можливо при персоналізованому лікуванні, адаптованому до особливостей перебігу хвороби у конкретного пацієнта.

Класична медицина пропонує низку можливостей, які впливають на злоякісне новоутворення безпосередньо або через модифікацію мікрооточення пухлини: хірургічне лікування включає повне або часткове видалення пухлини, а також забір її тканини для гістологічного дослідження. На пізніх стадіях захворювання операції проводяться рідко, оскільки повністю видалити всі метастази і велику пухлину, що проросла в сусідні органи, неможливо. На сьогодні існує декілька інноваційних підходів для боротьби з онкологічними захворюваннями.

Променева терапія – виконується зменшення злоякісного новоутворення у розмірах чи профілактики рецидиву після операції [40, с. 6-7]. У сучасних клініках також проводиться стереотаксична променева терапія за допомогою системи Гамма ніж або Кіберніж [44]. Це прицільне видалення пухлини, яке не потребує хірургічного втручання – спрямований потік іонізуючого випромінювання досягає пухлини через інтактну шкіру. Хіміотерапія – включає призначення препаратів, які блокують розмноження ракових клітин. На жаль, крім цього, хіміотерапевтичні препарати впливають також і на здорові тканини. Симптоматичне лікування – включає знеболювальну терапію, протиблювотні препарати, багате на протеїни або парентеральне харчування. Симптоматичне лікування не усуває причину хвороби, але до певної межі підвищує якість життя пацієнта. Залежно від

типу пухлини та стадії процесу методики можуть застосовуватися в монотерапії або в комбінації (наприклад, променева терапія доповнюється симптоматичним лікуванням, хіміотерапія слідує за операцією тощо).

Варто згадати й імунотерапію. Основним принципом даної методики лікування є відновлення власних захисних сил організму – імунної системи та неспецифічних протипухлинних механізмів [46, с. 34-35]. Це забезпечує довгостроковий результат терапії та повну елімінацію ракових клітин. У класичній медицині пухлина та її метастази видаляються штучно, тоді як альтернативні методики активізують «внутрішній захист», що виявляє навіть невидимі для найточнішої медичної апаратури метастази та групи атипівих клітин. Концепція інтегративної медицини характеризується:

- доброю хорошою переносимістю;
- мінімальними побічними ефектами;
- спрямованим впливом на пухлинні вогнища без впливу на здорові тканини;
- метастазування у віддалені від первинної пухлини ділянки тіла;
- активацією протипухлинного імунітету пацієнта;
- відновленням здатності Т та В клітин розпізнавати та знищувати атипіві клітини пухлини;
- стійким результатом без необхідності постійного проведення повторних курсів лікування [50, с. 64].

У провідних європейських онкологічних центрах практикується комплексний підхід до практики. Інтегративний підхід включає потенційно корисні для пацієнта методики класичної медицини (наприклад, хірургічне видалення частини пухлини) та доповнює їх альтернативними методами. Доведено, що індивідуальна концепція комплексного лікування дає найкращий клінічний результат [52, с. 3-4].

Гіпертермія – це нагрівання частини тіла, анатомічної області чи всього тіла до ефективної температури 38-42°C. У злоякісних новоутвореннях, що швидко ростуть, не встигають формуватися нормальні судини і капілярна

мережа, тому при підвищенні температури тіла кровотік в них знижується практично до нуля. Без адекватного кровопостачання пухлина та метастази не отримують необхідні поживні речовини та швидко руйнуються під впливом власних токсичних продуктів обміну. У ході процедури чергуються періоди нагрівання та охолодження тіла, тому вона добре переноситься пацієнтами. Одним із інноваційних видів термотерапії є лазерно-індукована інтерстиціальна термотерапія (LITT) [53, с. 35]. Процедура виконується за допомогою спеціалізованого обладнання – Nd:YAG-лазера, що складається з лазерного кристалу ітрій-алюмінієвого гранату, легованого неодимом [54]. За допомогою мініатюрного скловолоконного аплікатора лікар подає лазерне випромінювання безпосередньо на пухлину. У процесі лікування температура в цільовій ділянці досягає 60-110°C, що призводить до руйнування пухлини [67]. Процедура LITT успішно застосовується при неоперабельних пухлинах печінки, нирок, легень, молочної залози, простати та інших органів. Також LITT дозволяє прицільно та дбайливо зруйнувати метастази в паренхіматозних органах та лімфатичних вузлах. Дана процедура є лікуванням вибору у пацієнтів з метастазами у печінці та легень, які можуть не перенести операцію.

Інфузійна терапія включає введення ряду речовин: регенерезен – група ін'єкційних препаратів, що відновлюють порушений за рахунок формування пухлини біосинтез білка. Висока вибірковість РНК у складі препарату дозволяє йому прицільно діяти на уражені раком органи. Артесунат – натуральний препарат на основі компоненту полину (артемізіну), створення якого було відзначено Нобелівською премією у 2015 році [75]. Під дією препарату руйнуються ракові клітини і кровоносні судини, що живлять пухлину. Куркумін – натуральний рослинний пігмент, який викликає апоптоз пухлинних клітин та інгібує метастазування пухлини. Звіти про клінічні дослідження куркуміну в лікуванні раку були опубліковані в журналах *Clinical Gastroenterology Hepatology* та *Molecules*, а також на австралійському сайті *Science Network*. GcMAF – модифікований білок людини, що бере

участь в активації макрофагів – клітин імунної системи, які відповідають за розпізнавання та руйнування атипових ракових клітин [75]. Гіперіцин – червоний рослинний пігмент, що є ефективним натуральним фотосенсибілізатором. Гіперіцин застосовується при фотодинамічній терапії раку – руйнуванні попередньо оброблених атипових клітин за допомогою лазерного випромінювання. Залежно від типу злоякісного утворення та результатів гістологічної діагностики можуть застосовуватися й інші, більш рідкісні та спеціалізовані методики.

Лише обмежена кількість спеціалізованих онкологічних центрів може запропонувати пацієнтам відповідне медичне обладнання та послуги кваліфікованих фахівців для проведення альтернативної терапії. Найбільш значущі результати у цій сфері демонструє Клініка розширеної біологічної медицини Франкфурт-на-Майні та її керівник – доктор медицини Герхард Зібенхюнер [82]. У свою чергу, Відділення дорослої та дитячої діагностичної, інтервенційної радіології при Університетській клініці ім. Гете, Франкфурт-на-Майні, лідирує у сфері проведення LITT та TACE. Ефективна комплексна схема лікування пізніх стадій раку складається з декількох етапів: імунної терапії у доктора Г. Зібенхюнера та трансартеріальної хіміоемболізації у професора, доктора медицини Т. Фогеля (керівника Відділення дорослої та дитячої діагностичної, інтервенційної радіології при Університеті) [82]. Для забезпечення максимальної ефективності, терапевтичні методики застосовуються в такій послідовності: консультація та імунна терапія у доктора Г. Зібенхюнера, тривалість курсу – 5 днів. Консультація з професором Т. Фогелем, планування процедури TACE Контрольна МРТ та визначення обсягу хіміоемболізації (проведення процедури TACE на одну область). Спостереження в умовах стаціонару протягом 3 годин, контрольна КТ. Повторний огляд професора Т. Фогеля, після чого пацієнт може залишити клініку Після відновлення протягом 1 дня процедура TACE повторюється в іншій області (при необхідності) У середньому рекомендується проводити 3 курси емболізації з проміжком 4-5 тижнів.

Схема терапії обов'язково адаптується до клінічного стану пацієнта та коригується відповідно до його змін.

Пройти комплексне лікування онкологічних захворювань, наприклад, у Німеччині можуть як громадяни країни, так і міжнародні пацієнти. Якщо хворий вперше звертається за медичною допомогою до закордонної клініки, то буде безпечніше та ефективніше доручити організацію лікування Booking Health. Booking Health – це сертифікований оператор медичного туризму, який допомагає пройти лікування за кордоном пацієнтам із 75 країн [85]. Беручи до уваги всі тонкощі надання допомоги пацієнтам, наприклад з 4-ою стадією онкопатології, фахівці Booking Health допоможуть у важливих моментах:

- підтвердження коректності вибору клініки та пряма комунікація з лікарем;
- попередня підготовка програми лікування без повторення раніше проведених обстежень;
- забезпечення вигідних умов без надбавок та коефіцієнтів для іноземних пацієнтів (економія до 50%);
- запис на прийом на потрібну дату;
- контроль медичної програми на всіх етапах;
- допомога у придбанні та пересиланні медикаментів;
- комунікація з клінікою після завершення лікування;
- контроль рахунків та повернення невитрачених коштів бронювання готелів, квитків на літак, трансфер, організація послуг перекладача [85].

Для того, щоб отримати професійну допомогу в плануванні лікування за кордоном, варто залишити запит на офіційному сайті Booking Health. Компетентний лікар-консультант обговорює з хворим всі медичні деталі та допомагає грамотно підготуватися до перельоту на лікування.

Варто звернути увагу й на важливість фактору старіння. Старіння є ще одним основним фактором розвитку різноманітних онкологічних захворювань. З віком захворюваність на рак різко зростає, головним чином,

через накопичені з віком ризиків розвитку деяких ракових захворювань. Загальне накопичення ризиків посилюється тенденцією до зниження ефективності механізмів оновлення клітин у міру старіння людини.

У країнах із низьким та середнім рівнем доходу основними факторами ризику розвитку раку є недолік вакцинації від інфекцій, що викликаються вірусами гепатиту В, гепатиту С та папіломавірусом людини [89, с. 319]. Це зменшує можливості організму боротися із раковими клітинами. Також недолік харчування послаблює організм. Велике споживання тютюну та алкоголю також виявлено як основні причини раку – вони вбивають ген Р53, який відповідає за боротьбу з подібними аномаліями.

У країнах із високим рівнем доходу факторами, що впливають на утворення пухлин, є також алкоголь та тютюн (зауважимо, що якість подібних продуктів мало впливає), а також зайва вага та ожиріння [97]. Більше 30% ракових захворювань можна запобігти, головним чином, завдяки утримання від вживання тютюну, здорового харчування, фізичної активності та профілактики інфекцій, які можуть призводити до раку. Через те, що рак набирає все більших обертів, пошук лікування і, перш за все способу, своєчасного виявлення хвороби є основною сферою діяльності в план охорони здоров'я.

Можемо стверджувати, що нині в Україні заклади охорони здоров'я оснащені медичною технікою. Однак часто такі прилади здебільшого лише створюють гарний інтер'єр, оскільки немає відповідних технологій їх застосування. Таким чином, щоб діагностика, а потім процес лікування були ефективними, необхідно створити (або застосувати вже існуючі) відповідні інноваційні медичні технології, без яких прилад для лікаря назавжди залишиться лише загадкою. За роки незалежності великий внесок у розробку та впровадження медичних інновацій зробили приватні наукові медичні підприємства, зусилля яких до наукової та інноваційної діяльності не лише не підтримувалися державою, а й всіляко утискалися. Незважаючи на це, в Україні з'явилися саме українські розробки нових медичних технологій, які

успішно застосовуються для діагностики та лікування у приватних медичних закладах. Важливість таких розробок у тому, що вже багато років вони успішно доводять свою необхідність і фактично пройшли випробування на інноваційність. На жаль, маємо лише окремі приклади застосування цих інновацій у державній медицині. Поява інноваційних медичних технологій вимагає перегляду застарілих концептуальних моделей патогенезу багатьох захворювань та зміни ментальності лікарів, тобто відкидання консервативних поглядів, а також сприйняття та впровадження у практичну діяльність принципово нових підходів до діагностики [97]. Це також одна з головних проблем процесу застосування інноваційних технологій, і не тільки в медицині.

Таким чином, останнім часом почалася трансформація системи охорони здоров'я, яку зараховано до першочергових реформ, з метою вирішення актуальних проблем галузі, в тому числі організації надання медичної допомоги при різних онкологічних захворюваннях. Вказане актуалізує необхідність впровадження відповідних інноваційних заходів щодо профілактики та ранньої діагностики найбільш розповсюджених видів злоякісних новоутворень, що дозволить суттєво підвищити рівень раннього виявлення таких захворювань та заощадити бюджетні кошти, а також знизити кількість хворих на онкологічні захворювання в нашій країні за допомогою та на основі:

- постійного вдосконалення матеріально-технічної бази для проведення необхідних інноваційних наукових досліджень і методів лікування хворих;

- придбання та/або здійснення модернізації дослідницького й діагностичного обладнання з акцентом на модернізацію основних засобів: банку пухлин, високопродуктивного секвенування, аналізу та сортування клітин, чистих приміщень для ПЛР та клітинних культур;

- модернізація Національного канцер-реєстру НІР;

- побудови інноваційних та сучасних хіміотерапевтичних і радіотерапевтичних відділень, чистих приміщень для здійснення трансплантації кісткового мозку;

- підвищення взаємозв'язків з економічним і соціальним середовищем, відкриттям вакансій та кращих можливостей кар'єрного росту, а також внеску в запобігання процесам «витоку інтелекту» в Україні.

2.2. Сучасний стан підходів до фінансування онкоцентрів та онкохворих в Україні

Політична нестабільність у країні, часта зміна урядів і, відповідно, керівництва Міністерства охорони здоров'я зумовили постійне відкладання ухвалення рішень щодо інституційних змін у охороні здоров'я. Прикладами можуть бути рішення щодо запровадження соціального медичного страхування (СМС) та реформування вищої медичної освіти. Питання про ухвалення закону про СМС стоїть на порядку денному протягом всіх років незалежності нашої країни. Деклароване реформування охорони здоров'я викликало стійкі асоціації з запровадженням соціального страхування. Перший законопроект був розроблений урядом ще 1991 р. У 2003 р. черговий проект закону був розглянутий Парламентом, прийнятий у другому читанні, але відхилений у третьому [97]. На сьогодні на розгляді Парламенту знаходиться кілька варіантів цього законопроекту. Вказаний документ, у розділі, присвяченому охороні здоров'я, декларує:

- забезпечення кожному громадянину гарантованого переліку безкоштовних медичних послуг;
- введення соціального медичного страхування;
- першочерговий розвиток первинної медико-санітарної допомоги;
- сприяння становленню інституту сімейних лікарів тощо [2, с. 12].

Президент країни проголосив розвиток охорони здоров'я одним з основних пріоритетів держави, який передбачає:

- розробку Плану дій щодо реформування сфери охорони здоров'я;
- вжиття заходів щодо впровадження сучасних економічних механізмів у діяльність установ та закладів сфери охорони здоров'я, чіткого поділу бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну допомогу;
- розробку законопроекту щодо медичного обслуговування та установ охорони здоров'я та низки державних цільових програм – розвитку сімейної медицини, створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, попередження серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань, боротьби з туберкульозом, онкологічними захворюваннями тощо [3, с. 39]. Незважаючи на наміри виконавчої влади, в суспільстві поки не досягнуто широкого консенсусу з цього питання; реформи певним чином обговорюються, однак за цього не супроводжуються значними діями [4, с. 135].

Неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних із витратами на послуги охорони здоров'я та неефективність фінансування охорони здоров'я представляються ключовими проблемами розвитку медичного сектору в Україні. Дані проблеми обумовлені дезінтеграцією основної мети засобів охорони здоров'я та відсутністю мотивації постачальників медичних послуг для оптимізації ефективності своєї роботи. Більшість сприймає це все ще як спадщину системи охорони здоров'я радянських часів, але ситуація ще більше посилилася в останні роки. Незважаючи на реформування міжбюджетних взаємовідносин, децентралізована чотирирівнева бюджетна система характеризуються фрагментацією та дублюванням основних засобів в сфері охорони здоров'я [85]. Існування відомчих фінансуючих систем ще більше посилює дезінтеграцію необхідних коштів. Сучасна система сприяє збереженню неефективних методів розподілу потужностей та потоків пацієнтів, а також не забезпечує справедливого доступу громадян для отримання необхідної медичної допомоги. Постатейне фінансування установ

охорони здоров'я, їх правовий статус бюджетних установ відтворюють існуючі схеми видатків та підвищують потребу у великих обсягах бюджетного фінансування, яке супроводжується вдосконаленням ефективності. Державний сектор в Україні довгий час користувався перевагами низьких цін на комунальні послуги, обумовлених низькою експортною вартістю газу, та державних субсидій. Однак, згодом ситуація почала змінюватися, і тепер заклади охорони здоров'я зазнають набагато більше витрат на енергоносії [5, с. 6-7]. У зв'язку із цим виникає необхідність адаптації системи охорони здоров'я до нових економічних умов.

Для досягнення прогресу необхідно ліквідувати дезінтегровані, децентралізовані та дублюючі механізми об'єднання коштів, і навіть витратний (кошторисний) принцип формування доходів. За іншим умов, будь-які спроби вдосконалення якості та доступності медичної допомоги виявляться надто дорогими. Реформування механізмів об'єднання коштів та закупівель сприятиме подоланню проблем фінансової незахищеності населення у зв'язку з витратами на охорону здоров'я та нерівності в доступності медичної допомоги. При цьому також потрібні зміни у співвідношенні забезпечення за рахунок бюджетних коштів та коштів населення. Серйозне завдання перед реформою системи фінансування охорони здоров'я ставить «закостенілість» системи державного фінансування [85]. На шляху реформи існують значні інституційні перешкоди: надто багато сторін більше зацікавлені у збереженні існуючих практик, ніж у їхньому реформуванні. Таким чином, для реформування потрібен зважений вибір доцільних нововведень та сильна політична воля до впровадження реформ.

Для ліквідації дезінтеграції, що впливає з чотирирівневої бюджетної системи фінансування, необхідно створити об'єднані центри на регіональному рівні, що сприятиме зосередженню закупівлі первинної та вторинної медичної допомоги. Така практика дозволить досягти більшого прогресу щодо:

- вирівнювання доступності медичної допомоги для різних груп мешканців регіону;
- забезпечення більш ефективного розподілу коштів між первинною та вторинною медичною допомогою;
- створення дієвих стимулів для постачальників медичних послуг до зростання ефективності та якості [7, с. 146].

Створення єдиних закупників медичної допомоги регіонального рівня може стати ефективним інструментом реструктуризації мережі медичних установ, що є одним із пріоритетів реформування охорони здоров'я. Також будуть створені можливості подолання дублювання потужностей та охоплення населення.

З інституційної точки зору, можна створити один обласний центр або за рахунок централізації бюджетних коштів в обласному управлінні охорони здоров'я або шляхом створення позабюджетного фонду на обласному рівні [82]. Останній може представляти собою напівдержавний орган, який отримує всі надходження від регіонального фонду охорони здоров'я або страховика у системі соціального страхування, а також страхові внески із різних джерел (регіональних фондів медичного страхування). Кожен із варіантів вимагатиме внесення значних змін до закону про бюджет та інше законодавство [10, с. 25]. Вибір залежить від правової спроможності та політичної доцільності альтернативних варіантів.

На шляху створення єдиних центрів охорони здоров'я у розпорядженні обласних управлінь охорони здоров'я та (квазі-) напівдержавних органів присутні серйозні політичні та правові бар'єри. Створення системи соціального медичного страхування може бути дещо легше, проте цьому перешкоджають економічні обмеження на розмір страхових внесків у зв'язку з високим податковим тягарем. Для реалізації останнього варіанта потрібен сильний державний контроль та регулювання діяльності страховиків. Необхідно подолати або, як мінімум, зменшити дезінтеграцію коштів охорони здоров'я на загальнонаціональному рівні [97].

Рішення про збереження чи ліквідацію вищої фінансової забезпеченості медичної допомоги для працівників окремих відомств повністю перебуває у політичній площині. Якщо збереження існуючої нерівності буде визнано такою, що не відповідає політиці демократизації українського суспільства, то це логічно спричинить ліквідацію відомчих систем фінансування охорони здоров'я. В цьому разі всі громадяни отримуватимуть медичну допомогу, що фінансується за рахунок субнаціональних бюджетів. Якщо ж збереження прав працівників певних відомств, чи ширше – всіх державних службовців, на медичну допомогу більшого обсягу та вищої якості вважатиметься політично виправданим, то, зберігши відомче фінансування охорони здоров'я, необхідно буде уточнити його предмет та змінити механізми розподілу коштів. Фінансування відомчих закладів охорони здоров'я слід замінити закупівлею медичних послуг, включених у відомчі пакети послуг охорони здоров'я [13, с. 12].

Ще одним ключовим елементом фінансування охорони здоров'я є нові методи оплати постачальників послуг та велика автономія у використанні даних методів. Варіанти способу оплати послуг постачальників відрізняються потенціалом мотивації, яку вони забезпечують провайдерам, стимулюючи їхнє прагнення до реалізації чотирьох цілей:

- запобігання проблемам громадян зі здоров'ям;
- надання послуг громадянам та вирішення їхніх проблем, взаємопов'язаних зі станом здоров'я;
- відповідність законним очікуванням населення;
- стримування затрат [82].

Жоден із методів оплати постачальників медичних послуг сам по собі не є оптимальним з погляду досягнення зазначених цілей [15, с. 80]. Метод оплати, заснований на постатейному бюджеті, який використовується в Україні, є ефективним з погляду стримування витрат, але не створює значної мотивації у постачальника задля досягнення інших цілей. Аби удосконалити ефективність їхньої роботи, необхідний перехід від витратного

(кошторисного) принципу фінансування медичних установ з державних джерел для фінансування їх діяльності шляхом оплати її результатів.

Профілактика захворювань, зміщення акцентів із стаціонарної допомоги до амбулаторної допомоги та посилення ролі первинної медичної допомоги є найбільш важливими задачами реформування. У світлі їх реалізації, для оплати первинної медичної допомоги найбільш переважним є особисте фінансування з дотриманням часткового фондотриманням. Проте, уникнення постатейного бюджетного фінансування вимагає високого адміністративного потенціалу регіональних та муніципальних органів влади, та покладає велику відповідальність на первинний рівень надання медичної допомоги. У зв'язку з цим, впровадження часткового фондотримання може відбуватися на пізніших етапах реформування, після пілотної апробації. Подушний метод фінансування постачальників первинної медичної допомоги може супроводжуватись преміями за досягнення цільових показників та гонорарними платежами [18, с. 49]. Такі методи оплати як глобальний бюджет та оплата за випадок лікування є реальною альтернативою постатейного фінансування стаціонарної допомоги.

Глобальний бюджет – ефективний спосіб оплати з погляду контролю витрат. Він також забезпечує гнучкість постачальників у прийнятті рішень та створює для них мотивацію. Крім того, він мотивує до запобігання випадкам ускладнень після лікування у стаціонарі та повторної госпіталізації. Однак, глобальний бюджет може сприяти збереженню зайвих потужностей медичних установ, на той час як метод оплати за випадок лікування створює сильну мотивацію постачальників до скорочення зайвих потужностей та підвищення продуктивності [82]. Будучи закладеним у контракт на надання допомоги населенню у стаціонарі, метод оплати за випадок лікування, що покривається за рахунок коштів об'єднаного обласного центру, може сприяти більш ефективному розподілу коштів серед постачальників та реструктуризації лікарняної мережі.

Однак, відсутність детальної класифікації медичних послуг або бази даних із тарифами на випадки лікування, а також низький рівень забезпеченості установ інформаційними технологіями створюють перешкоди на шляху широкомасштабного застосування цього методу. Таким чином, перехід до глобального бюджету здійснити легше, у зв'язку з чим він є кращим на ранніх етапах реформування.

Комбінація двох позначених методів може бути впроваджена на більш пізніх стадіях. Поділ функцій постачальника та покупця медичних послуг є однією з ключових передумов успіху реформування. Для впровадження нових методів оплати медичної допомоги та забезпечення автономії постачальників у прийнятті рішень щодо їх витрат, необхідна зміна правового статусу більшості існуючих установ та створення на їх основі державних некомерційних організацій. Існує два альтернативні варіанти забезпечення більшої автономії постачальників медичної допомоги зі статусом бюджетних установ:

- збереження їх правового статусу при внесенні змін до Бюджетного кодексу та інші нормативно-правові акти, які декларують обов'язковість бюджету процедур;

- або зміна статусу бюджетних установ на державні некомерційні підприємства [24, с. 84-85].

Реалізація першого варіанта зустріне сильний опір фінансових органів влади. Явною перевагою другого варіанта є можливість його впровадження без перегляду бюджетного регулювання. Водночас він може забезпечити більш високий рівень управлінської та фінансової автономії постачальників та створити мотивацію для підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, при цьому зберігши некомерційну основу цієї діяльності. Цей варіант вимагає ретельної розробки відповідної законодавчої бази для створення нових державних підприємств та засобів їх контролю. Медичним установам, які змінили статус бюджетних підприємств, слід забезпечити ті ж

пільги оподаткування, субсидування комунальних платежів тощо, якими користуються нереформовані установи [27, с. 45-46].

Для досягнення зазначених цілей існує два методи: збільшення обсягів державного фінансування охорони здоров'я або зміна сформованого неофіційного поділу відповідальності за оплату послуг охорони здоров'я між державою та громадянами [97]. Перший метод переважно залежатиме від результатів економічних реформ та темпів економічного зростання. При цьому, в умовах будь-якого реалістично прогнозованого розвитку економічної ситуації, необхідними умовами успіху є розвиток державних гарантій та комбіноване фінансування охорони здоров'я з державних та приватних джерел. Другий метод, впроваджений в окремих зарубіжних країнах, передбачає корінне перетворення безкоштовного пакету послуг охорони здоров'я, однак навряд чи можливо здійснити в Україні.

Альтернативним варіантом є поступове нарощування реформи та досягнення збалансованості між обраними наданими безкоштовно послугами та об'єднаними центрами засобів охорони здоров'я з приватних та державних джерел. У цьому можуть бути рекомендовані такі дії: державні гарантії безкоштовного надання безкоштовної медичної допомоги можуть бути конкретизовані з урахуванням реалістичної оцінки можливостей їхнього фінансування за рахунок бюджетних коштів. Ще одним кроком у цьому напрямі має стати розробка клінічних та економічних стандартів для найбільш поширених захворювань та чітко визначеного пакету послуг та медикаментів, які фінансуються з державних джерел. Стандарти необхідно переглядати з певною регулярністю для відображення скорочення фіксованих витрат внаслідок проведення реформування, метою якого є підвищення ефективності. Також може бути проведено легалізацію сплати населенням за окремі компоненти медичної допомоги, що гарантується. Необхідно вдосконалити законодавчу базу, яка визначає потребу охорони здоров'я у фінансових засобах, та гарантувати, що страхове забезпечення доповнять, але не замінять повністю пакет безкоштовних послуг, що

фінансуються з державних джерел. Діяльність фондів медичного страхування має бути прозорою та зрозумілою їх членам. Може бути розроблена змішана схема медичного страхування, що передбачатиме спільне фінансування за рахунок коштів загальнодержавного, регіонального та муніципального бюджетів, а також коштів громадян та роботодавців. Основним чинником посилення ролі ДМС може стати звільнення від оподаткування страхових внесків, які здійснюють роботодавці за свої службовців у системі ДМС [28, с. 109].

Щодо онкохворих, варто вказати, що тарифи на надання медичної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями є одними з найвищих у Програмі медичних гарантій (ПМГ), але не до кінця вирішено питання щодо забезпечення пацієнтів всіма необхідними лікарськими засобами. Безоплатна допомога пацієнту з онкозахворюванням у рамках Програми медичних гарантій включає:

- інструментальну та лабораторну діагностику;
- проведення хірургічного втручання в умовах стаціонару;
- проведення радіотерапії та хіміотерапії у стаціонарних та амбулаторних умовах;
- лікарські засоби із Національного переліку;
- медичний догляд, перебування та харчування під час перебування у стаціонарі у лікарні;
- психологічну підтримку [31, с. 43].

Щоб отримати безкоштовне лікування при онкозахворюванні або безоплатно пройти інструментальне дослідження, пацієнту потрібно: звернутися до лікаря або лікаря, який виписе направлення на обстеження або лікування; вибрати будь-який заклад, який уклав договір із НСЗУ, та звернутися до нього для проведення там діагностики чи лікування.

Зокрема, у 2020-2021 рр. за Програмою медичних гарантій фінансування лікування онкологічних захворювань було збільшено на 70% порівняно з попередніми роками [32, с. 127]. У НСУЗ зазначили, що у

вказаний період було підписано контракти зі 118 медичними установами на надання послуг з діагностики та лікування онкологічних захворювань:

- 33 заклади – на надання послуг з діагностики та радіологічного лікування;
- 117 закладів – на послуги з діагностики та хіміотерапевтичного лікування;
- 30 закладів – спеціалізовані лікарні з лікування онкологічних захворювань [34, с. 18].

Крім того, за надання допомоги пацієнтам НСЗУ виплатила закладам понад 2 млрд. грн. Зокрема, найбільше коштів отримали: Одеський обласний онкодиспансер – 148 млн грн; Київський обласний онкодиспансер – 123 млн грн; Дніпровський обласний клінічний онкодиспансер – 112 млн грн; Київський міський клінічний онкоцентр – 99 млн грн; Криворізький онкодиспансер – 82 млн грн. [36].

Крім того, з вересня поточного року у 4,7 раза збільшено тариф на діагностику та хіміотерапевтичне лікування онкозахворювань у дітей. А отже заклади, в яких лікують дітей з онкозахворюваннями, отримали змогу отримати більше необхідних коштів, щоб надавати якісну допомогу маленьким пацієнтам. У 2022 році на закупівлю онкопрепаратів виділено близько 2 млрд. грн., таким чином, за рахунок держбюджету може бути покрита потреба у базовій терапії першої та частково другої лінії [97].

Таким чином, можемо стверджувати, що реформа сфери охорони здоров'я надала медичним закладам більше самостійності. Установи є незалежними підприємствами, керівники яких отримали більше управлінської свободи. У тому числі й у використанні коштів, які одержує установа за надання медичних послуг населенню. Водночас керівники разом із самостійністю отримали також відповідальність: за забезпечення надання якісних послуг пацієнтам, за розвиток установи, за гідну матеріальну винагороду своїм працівникам. І саме від керівників установ та їх уміння розпоряджатися фінансами залежить подальша діяльність закладу.

РОЗДІЛ 3

ЕЛЕКТРОННІ ПОСЛУГИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

3.1. Механізми впровадження електронної системи охорони здоров'я на прикладі онкологічних центрів

Загальновідомо, що з моменту створення Загальної декларації прав людини, що була прийнята та проголошена резолюцією 217 А(III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року, розпочинається новий етап розвитку цивілізованого соціуму [36]. Це обумовлено не лише появою самого міжнародного документу, приєднанням до нього країн-членів ООН, прогресивного людства, а й тим, що декларація стала відправною точкою подальшого розвитку прав людини, вдосконалення їхнього захисту, розвитку суспільства, ускладнення суспільних взаємовідносин, появи нових правил прав людини у нових галузях громадської діяльності. Варто вказати, що інформаційні технології також міцно увійшли до всіх сфер суспільного життя, принесли неймовірні зміни суспільних взаємовідносин. Такий прогрес дозволив удосконалити усі сфери громадського життя, у тому числі покращити надання медичного допомоги, запроваджувати якісно нові методи лікування. Але закономірно, що водночас із запровадженням комп'ютерних технологій виникають нові проблеми. Останні гучні випадки зазіхань на дані користувачів викликає тривогу щодо того, як треті сторони захищають конфіденційність приватних осіб у цифрову епоху, викликають національне занепокоєння правового захисту електронних даних. Навмисне вторгнення до державних та приватних комп'ютерних мереж, неадекватні практики корпоративної конфіденційності та кібербезпеки відкрили особисту інформацію мільйонів користувачів небажаним одержувачам. В той же час,

підключення до Інтернету за останні роки збільшилося та змінювалося за формою [39, с. 40-41]. Такі проблеми не минули і медичну сферу діяльності. Йдеться про захист персональних даних, насамперед пацієнта, а також й медичних працівників. Права пацієнта на сьогодні становлять значний перелік серед прав на таємницю про стан свого здоров'я. До конфіденційних даних можуть належати як інформація щодо стану здоров'я пацієнта, так й ті факти або обставини, якими пацієнт ділиться із медичними працівниками під час здійснення власного лікування.

Право на приватність та конфіденційність повинно застосовуватися з урахуванням різних культурних, соціальних і релігійних традицій [97]. Для певних, вразливих верств населення дотримання конфіденційності – це важливий аспект отримання необхідної або бажаної медичної допомоги. Наприклад, приватність і конфіденційність – є особливо важливими у сфері реалізації сексуальних та репродуктивних прав жінок та підлітків, онкологічних захворювань людей різного віку тощо [41, с. 88]. В нашій державі персональні дані пацієнтів збираються з їхньої письмової згоди, яка є частиною декларації щодо вибору лікаря, затвердженої «Порядком вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [47, с. 29]. Тому ставлячи підпис у декларації, людина погоджується на обробку власних даних у системі «Електронне здоров'я», що є цікавим нововведенням запровадженим згідно з п. 2 ст. 2, ст.11 Закону України системи охорони здоров'я (e-Health) [50, с. 64]. Система збиратиме узагальнені дані щодо лікування пацієнтів, фіксуватимуться надані їм послуги.

Оскільки сучасний світ функціонує в динамічному ритмі, то він постійно вдосконалюється й змінюється. Вказані зміни не залишають осторонь реформування сфери охорони здоров'я. Варто зазначити, що e-Health вже діє в низці країн, а саме: Швейцарії, Франції, Данії, Словенії, Фінляндії тощо [52, с. 4]. Отже, система e-Health здійснює відображення основних даних щодо лікарів (рівеня освіти, досвіду), а також відомості про їх діяльність (тривалості консультацій, частоти відмов від цього лікаря серед

пацієнтів). На основі вказаних об'єктивних показників з часом формуються відповідні рейтинги лікарів, які допоможуть пацієнтам під час здійснення вибору висококваліфікованого лікаря. В системі міститься відповідна медична довідка щодо кожного вітчизняного пацієнта, виписані рецепти для лікування, тому за потреби будь-який лікар зможе зрозуміти, яка саме хвороба є у того чи іншого пацієнта. Що в цілому є досить ефективним нововведенням, оскільки в екстреному випадку в лікаря є всі можливості переглянути діагноз пацієнта по електронній системі та рецепти його лікування, а також дізнатися щодо показань або протипоказань на певний препарат. За відсутності вказаної системи необхідний дорогоцінний час для порятунку пацієнта витрачався б на діагностування захворювання та призначення лікування.

Необхідні персональні дані, які були заплановані для використання електронною системою, можемо умовно поділити на «чутливі» та «нечутливі» [82]. На початку впровадження електронної системи передбачалося обробляти лише т.зв. «нечутливі» персональні дані, в межах паспортних даних, індивідуального податкового номеру, адреси проживання тощо. Вказані дані надаються для отримання більшості послуг в нашій країні: у банку, соціальних службах тощо [53, с. 35]. На сьогодні в центральному компоненті системи представлені всі можливі дані. На думку деяких дослідників, вказаний поділ даних звичайно є досить умовним, оскільки, адреса проживання може вважатися й чутливими даними, підтвердженням чого є відсутність адреси реєстрації на сучасних ID картках вітчизняних громадян у візуальному доступі [55, с. 102].

Конфіденційність – це «важливий елемент для пацієнтів, які отримують лікування від захворювань, що взаємопов'язані зі стигмою, а саме ВІЛ/СНІДом та психічними розладами, онкологічні захворювання різного ступеня тощо» [57, с. 323]. Зважаючи на тип лікування, в деяких закладах охорони здоров'я лише окремі медичні працівники мають доступ до конкретної медичної інформації щодо того або іншого пацієнта. Наприклад,

медсестра, яка здійснює вакцинацію пацієнта, не має права доступу до медичної інформації щодо психічного стану пацієнта, тому що така інформація не є релевантною.

Право на конфіденційність саме медичної інформації не має вступати у конфлікт з наявним правом на доступ до медичної інформації. Особа, яка володіє певною медичною інформацією, не має права поширювати таку інформацію серед осіб, які не належать до спеціалістів, які надають медичні послуги. Особа, яка володіє такою інформацією, має забезпечувати належний доступ до медичної інформації лише на запит тієї особи, якої ця інформація безпосередньо стосується.

Право на таємницю щодо стану свого здоров'я завжди є актуальним і забезпечити таке право завжди було дуже непросто. В період доцифрової епохи, коли практично вся медична документація зберігалася на паперових носіях, вона була більш доступною для сторонніх осіб. Наприклад, зацікавлена особа могла у зручний момент зайти до приміщення, де зберігаються всі історії хвороб пацієнтів, та ознайомитися з необхідною інформацією. Однак сучасні цифрові технології змінили стан речей. Вважається, що однією з перших країн, де почали записувати та зберігати медичні дані пацієнтів, варто вважати Стародавній Єгипет. Тобто, традиція документувати історію хвороби людини виникла ще кілька тисяч років тому. Щодо електронних інструментів ведення медичної історії пацієнтів – у середині 1960-х американський лікар і підприємець Лоуренс От першого разу представив концепт «електронних медичних записів» [77, с. 5-6]. Вже 1972-го представники Інституту Регенстріф у штаті Іллінойс розробили першу електронну систему медичних записів на основі інформаційного концепту [78, с. 152]. Враховуючи якість і ефективність комп'ютерного обладнання в той час перша в своєму роді електронна медична картка не набула широкого поширення серед медичних закладів і лікарів. Однак стрімкий розвиток напівпровідникових технологій, мікропроцесорів і програмного забезпечення в кінці XX ст. дозволило значно покращити нові системи ведення

електронних медичних карток. Вже з 2010 р. країни-члени ЄС почали впровадження ефективних систем управління електронних медичних карток [79, с. 11].

Варто наголосити, що електронні реєстри не дають можливості так легко отримати інформацію, але особи, які мають спеціальні знання та навички роботи в комп'ютерних системах здатні це зробити [80, с. 80]. Окремо слід зазначити, що сучасна диджиталізація сфери медичного документообігу в Україні поки що торкнулася лише первинного рівня медичної допомоги (інститут сімейної медицини). Варто наголосити, що на початку 2018 р. в нашій країні відмовилися від ведення паперової документації у сфері охорони здоров'я. Вказане рішення передбачало створення «єдиної цифрової медичної платформи», тобто нової системи електронних даних щодо стану здоров'я конкретного пацієнта. В тестовому режимі вказана система почала функціонувати в березні 2019 р.: Міністерством охорони здоров'я спільно з Національною службою здоров'я України в тестовому режимі було надано можливості вести електронні медичні карти за допомогою медичних інформаційних систем [82]. Наголосимо, що створення Національної служби здоров'я України, на яку було покладено функції замовника відповідних медичних послуг (наприклад, надання необхідних консультацій, проведення діагностики й лікування) незважаючи від постачальників послуг (лікарень і Міністерства охорони здоров'я) стало позитивним зрушенням під час проведення реформування сфери охорони здоров'я. Тобто НСЗУ виконує роль оператора, який здійснює закупівлю необхідних медичних послуг, укладає договори щодо співпраці з медичними установами. Модель НСЗУ передбачає мінімальні корупційні ризики, оскільки будучи центральним органом виконавчої влади є підконтрольною Рахункової палати, Державної аудиторської служби, а також Національному антикорупційному бюро й Національному агентству із запобігання корупції. НСЗУ не матиме бюджетних коштів, а лише курируватиме оплати, які здійснюватиме казначейство за надані послуги.

Крім того, на НСЗУ покладено функцію контролю якості послуг, що надаються пацієнтові в медичних установах відповідно до умов підписаного договору. Тобто на НСЗУ покладено функцію укладання договорів та перевірку їх виконання [1, с. 44].

Варто наголосити, що саме сімейні лікарі, терапевти та педіатри медичних установ, які підключені до Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), одержали можливість вносити інформацію про пацієнтів, створюючи для них електронні медичні картки [9]. Пацієнти, у свою чергу, отримали доступ до інформації про звернення до фахівців, діагнози, призначене лікування, направлення на додаткове обстеження і так далі.

Інші рівні медичної допомоги ще не підключені до системи e-health, та лікувальні заклади у кращому разі використовують власну локальну комп'ютерну мережу з програмним забезпеченням, яке на думку деяких дослідників не може гарантувати необхідні стандарти захисту персональної інформації [12].

Крім того багато лікувальних закладів просто продовжують користуватися паперовими носіями. І така ситуація особливо небезпечна як з погляду захисту персональних даних пацієнтів, так і як потенційна небезпека для зловживань з боку медичного персоналу, коли в історії хвороби може підмінятися первинна інформація, залежно від того, що там має бути записано, щоб лікарі не відповідали за неправильне лікування.

Деякі дослідники також висловлюють сумнів щодо зберігання та обслуговування e-health [16]. Зокрема, чи доречно віддавати такі важливі бази персональних даних, як e-health на зберігання та обслуговування приватним компаніям, які цим ніколи не займалися, не мають особливої популярності й, як наслідок, особливої довіри до них у суспільства немає і бути не може? Тому, на думку деяких авторів, розміщення та обслуговування серверів з подібними базами даних мають забезпечуватися виключно державними компаніями, оскільки це дозволить гарантувати високий рівень безпеки.

Важливим механізмом, на думку деяких дослідників, повино бути відповідне нормативно-правове визначення вимог щодо серверів, на яких можуть розміщуватися подібні бази даних. Крім того, можливі інші порушення щодо використання вказаної електронної системи. Наприклад, програма «Доступні ліки» вже «продемонструвала» певні зловживання, коли 5-річній дитині було виписано дорослий препарат, який не показаний для дітей, та ще є й занадто дорогим [17].

Варто звернути особливу увагу й на розвиток телемедицини в Україні. Телемедицина – це не просто он-лайн консультації лікарів, а й дистанційний обмін інформацією з метою діагностування захворювання застрахованих осіб, проведення терапії та профілактики. Для отримання необхідних консультацій лікарів он-лайн використовують сучасні технології, серед яких: використання мобільної техніки, персональних комп'ютерів, відеокамер, а також зручних для клієнтів каналів комунікації: Skype, Viber, Telegram [97]. Завдяки телемедичній консультації найкращих лікарів, включаючи вузьких фахівців, стають більш доступними для найвіддаленіших населених пунктів і навіть за їхніми межами. Наприклад, за нагальної потреби, можемо отримати планову терапевтичну допомогу свого лікаря, перебуваючи при цьому на пляжі або в закордонному відрядженні. Головне, аби у наявності був смартфон із відповідним додатком та підключення до Інтернету. Варто вказати, що на думку більшості дослідників, введення цифрової охорони здоров'я, для більшості пацієнтів відкриватиме нові можливості, зокрема:

- максимально оперативної медичної допомоги;
- здійснення відповідних он-лайн консультації лікарями найвищої кваліфікації;
- проведення консиліумів щодо отримання альтернативної думки;
- мінімізації ризиків інфікування;
- економії часу та грошей [82].

Варто вказати, що середньостатистичне відвідування медичного закладу займає близько трьох годин. Прийомні години досить часто

збігаються зі стандартним робочим графіком більшості компаній. Не дивно, що навіть при вираженому поганому самопочутті візит до клініки постійно відкладається, що загрожує ускладненнями хвороби. З телемедициною послуги стають доступними у найбільш зручний для пацієнта час і без територіальної прив'язки. Ніщо не перешкоджає зверненню за медичною консультацією он-лайн вже за перших симптомів. Поза лікарнею, в режимі реального часу, пацієнт отримує планову консультацію лікаря загальної практики або вузького фахівця. Під час такої консультації відбувається безпосереднє спілкування з лікарем, під час якого клієнт може надати необхідну документацію лікарю для ознайомлення. Вказаний метод потребує лише наявності смартфона [19]. Дистанційну консультацію лікаря також можна отримати у відкладеному режимі. Метод передбачає пересилання медичної документації на електронну поштову скриньку. Висновок також надсилається пацієнтові на електронну пошту. Відкладений режим не вимагає спеціалізованої апаратури. На основі отриманої інформації відбувається визначення діагнозу, призначення ліків та процедур, надаються всі необхідні рекомендації.

В Україні пілотні проекти телемедицини вперше було запущено в Одеській, Харківській та Дніпропетровській областях ще на початку 2000-х років [20]. Вказані інформаційні системи починали працювати переважно в форматі «лікар-лікар» [20]. У ухваленому в 2017 р. законі, що був спрямований на підвищення рівня ефективності охорони здоров'я в регіонах, одну з головних ролей відведено саме телемедицині. В сегменті «лікар-лікар» під час здійснення щоденної роботи відмінно зарекомендували себе різноманітні ІТ-платформи, зокрема, використання телемедичної платформи Medinet дозволило лікарям районних лікарень отримувати експертну підтримку вузькопрофільних фахівців обласних медичних установ. В основі взаємодії спокладено чотири рівня від населеного пункту – району – області – до країни в цілому [22, с. 56]. Останній використовується під час діяльності столичної дитячої лікарні Охматдит.

В нашій державі більше 45% населення має певні хронічні захворювання й змушене звертатися до лікаря по 3-4 рази на рік. За оцінками 2020 р. 30,8% населення нашої країни становлять жителі сіл та невеликих міст. Й саме внаслідок браку часу та географічної віддаленості більшість з них не може дозволити собі здійснити повноцінний візит до лікаря, воліючи заліковувати дрібні хвороби та травми самостійно. Досить часто джерелом неправильного діагнозу стає мережа Інтернет.

Незважаючи на вказане, телемедицина все ж таки може стати альтернативою, особливо в період пандемії, коли люди вважають відвідування клініки занадто ризикованими. Мобільний проект Doctor Online, що реалізовується у партнерстві з оператором мобільного зв'язку «Київстар», дозволяє проводити первинну консультацію в режимі он-лайн [24, с. 89]. Потім система призначає лабораторні дослідження та препарати. За результатами аналізів може бути призначено повний курс лікування, який проходить під контролем лікаря. Крім того почав працювати електронний сервіс «Ліки для онкохворих – підпишись на життя», який допоможе зробити лікування для пацієнтів з онкологією доступнішим і зменшити частку українців, що відмовляються від лікування [27, с. 111]. Також пацієнтські організації запустили чат-бот «Лікуйся», який зорієнтує в безоплатних медичних послугах усіх, хто зіткнувся з діагнозом «Рак молочної залози» [82]. Його метою – є надання пацієнтам з онкологічними захворюваннями в доступній формі необхідну інформацію щодо лікування в межах Програми медичних гарантій [97]. Зауважимо, що досить важливо знати, що пацієнти з різними онкологічними захворюваннями можуть отримати у медичному закладі необхідні дороговартісні препарати, які закупаються за рахунок державних коштів. Перелік ліків можна знайти на сайті: <https://cutt.ly/fHwx7PR>, а перевірити їх наявність у закладі можна за допомогою сервісу Є-ліки <https://eliky.in.ua/> [82]. Крім того, перелік наявних ліків медичні заклади мають публікувати на власних сайтах та інформаційних стендах безпосередньо в приміщенні лікарні.

Відповідальними за розподіл ліків у регіонах є обласні департаменти охорони здоров'я. Тож вони можуть надати інформацію про те, чи наявні ліки та в яких закладах. Окрім специфічних дороговартісних препаратів, пацієнти у стаціонарі забезпечуються безоплатними ліками, що включені до Національного переліку. Це базовий перелік основних лікарських засобів. Перевірити, чи входять призначені препарати до Національного переліку можна на сайті або у мобільному додатку «Ліки Контроль» [29]. Інформацію про наявність цих ліків медичні заклади також мають періодично оновлювати на своїх сайтах та на стендах у приміщенні лікарні.

Також варто вказати, що коли пацієнту з онкологією вдається досягти ремісії, його подальший супровід також є безоплатним за Програмою медичних гарантій [36]. Якщо є пацієнт й надалі потребує паліативної допомоги, він може отримати її за пакетом стаціонарної чи мобільної паліативної допомоги за відповідним направленням лікаря. Варто вказати, що незважаючи на війну більшість вітчизняних онкоцентрів продовжують працювати у штатному режимі. Зокрема, здійснюється проведення хіміо- й радіотерапії, а також ургентних і планових операцій. Актуальну інформацію щодо роботи онкоцентрів по всій країні й відповідні контактні телефони для пацієнтів розміщено за посиланням <https://cutt.ly/7AmNFjF>, а детально про увесь перелік безоплатних послуг можна ознайомитися на сайті НСЗУ [36].

Актуальною проблемою сьогодні є встановлення діагнозу COVID-19, особливо у людей з онкологічними захворюваннями. Чи можна отримати кваліфікований висновок дистанційно, не відвідуючи лікарню та не наражаючи себе на підвищений ризик інфікування? Наприклад, наявність високої температури, сухого кашлю та інших симптомів коронавірусної інфекції є характерними для багатьох інших захворювань. Диференціація викликає труднощі навіть за умов клініки, тому потрібно проведення лабораторного тесту. У той же час інфекціоніст здатний встановити, чи стан хворого небезпечний, чи потрібна термінова госпіталізація. Не виходячи з дому та не контактуючи з потенційно інфікованими людьми, можна

отримати вичерпну інформацію щодо своїх подальших дій. Але, якщо за результатами он-лайн консультації буде необхідність в очному обстеженні хворого, лікар рекомендує все-таки записатися на консультацію в медичний центр для огляду пацієнта. Страхові компанії у США та Західній Європі протягом кількох років пропонують своїм клієнтам медичні поліси з можливістю телемедичних консультацій [37]. З 2017 р. аналогічні послуги доступні й для українців [82]. Dobrodos стала однією з перших мобільних клінік, які співпрацюють із великими страховиками, включаючи компанію «Альфа Страхування» [97]. Для отримання послуг потрібно укласти договір добровільного медичного страхування (ДМС), куди входить ця послуга, та завантажити необхідну програму. Всі лікарі, які надають консультації через цю платформу, проходять верифікацію, яка підтверджує їхню кваліфікацію. Доступною є також допомога терапевта, педіатра, кардіолога, невролога, гінеколога та багатьох інших фахівців. Вся звітність та призначення, оформлені в електронному вигляді, доступні для пацієнта в особистому кабінеті. Залежно та умовами договору ДМС, застрахованим надаються послуги телемедицини, крім стандартного набору услуг. Скористатися телемедициною можуть як приватні особи, і корпоративні клієнти, яким пропонуються економічно доцільні рішення. За даними статистики, у 2018 році он-лайн послугами лікарів у світі скористалися 7 мільйонів людей [44]. Поширення пандемії коронавірусної інфекції дала потужний поштовх для подальшого активного розвитку телемедицини та взаємопов'язаних із нею технологій. Мільярдні суми було інвестовано в розробку апаратних засобів й спеціалізованого софту. На території США та країн Західної Європи встановлюються медичні бокси, які оснащують необхідною кількістю термометрів, пульсоксиметрів, ЕКГ, тонометрів, офтальмоскопів, отоскопів, дерматоскопів, обладнанням для проведення аналізів. Вітчизняний ринок медичних послуг дотримується світових тенденцій. Вже зараз усім бажаючим доступні близько 10 спеціалізованих додатків для iOS та Android і їх кількість буде лише зростати [44].

Таким чином, можемо стверджувати, що:

- наявні проблеми захисту персональних даних у сфері охорони здоров'я залишаються актуальними не лише в нашій країні, але й у глобальному масштабі;
- диджиталізація медичної сфери й впровадження електронних систем обліку медичної інформації щодо онкохворих потребує формування та здійснення якісно нових підходів щодо захисту персональних даних пацієнтів і медичних працівників.

3.2. Напрямок вдосконалення електронних послуг в онкологічних центрах України

На сьогодні сферу охорони здоров'я вже неможливо уявити без застосування відповідних засобів електронного зв'язку, обробки й зберігання необхідної інформації. В нашій державі говорять про таку необхідність досить давно. Проте спроби щодо створення загальнодержавної системи електронної медицини весь час наштовхуються на відверте нерозуміння й небажання медиків до впровадження чогось нового, а також на об'єктивні перешкоди, представлені:

- плачевним станом комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я й хронічною відсутністю необхідних коштів на виправлення цієї ситуації;
- невідповідністю рядового лікаря до користування вказаною системою й значною кількістю лікарів передпенсійного й пенсійного віку;
- цілою низкою законодавчих «білих плям» щодо дотримання конфіденційності медичної інформації під час використання електронної охорони здоров'я тощо [43, с. 44].

Отже, що саме є електронною охороною здоров'я як цілісною системою? Як вона «працює» у всьому світі? І, зрештою, чи готова наша країна до її запровадження?

Електронна медицина відноситься до сфери високих технологій (англ. high technology, hi-tech), на які зараз роблять основну ставку в усьому світі [44]. Найбільш наукомісткі галузі промисловості, які також належать до hi-tech, так чи інакше стосуються прогресу медицини та окремих її галузей (наприклад біотехнологій, нанотехнологій, інформаційно-комунікативних технологій). Досягнення вказаних областях тісно переплітаються і взаємно використовуються. ВООЗ неодноразово оприлюднювало документи щодо різноманітних процесів медичної інформатизації. Найбільш ґрунтовною та найважливішою є «Резолюція А58/21 «eHealth/Електронна охорона здоров'я», в якій чітко було визначено переваги, можливості та напрямки подальшого розвитку необхідної інформатизації [47, с. 29]. Зокрема, було зазначено: «електронна система охорони здоров'я має вплинути на системи охорони здоров'я шляхом підвищення ефективності медичного обслуговування та покращення доступу до медико-санітарної допомоги, особливо у віддалених районах, для інвалідів та осіб похилого віку. Вона має принести користь провайдерам медико-санітарних послуг, спеціалістам та кінцевим споживачам за рахунок підвищення якості обслуговування та зміцнення здоров'я. Вона також має позитивно вплинути на вартість медичної допомоги внаслідок скорочення кількості зайвих обстежень та їх дублювання. Зміцнення охорони здоров'я за допомогою системи електронної охорони здоров'я може сприяти реалізації основних прав людини внаслідок підвищення рівня справедливості, солідарності, якості життя та якості медико-санітарної допомоги» [50, с. 64].

Впровадження вказаних принципів електронної медицини передбачається також положеннями Програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я-2022» та вітчизняною «Стратегією розвитку інформаційного суспільства в Україні» [82]. У вітчизняному документі

електронною медициною названо «діяльність з використанням електронних інформаційних ресурсів у галузі охорони здоров'я та забезпечення оперативного доступу медичних працівників та пацієнтів до них» [52, с. 8]. Варто вказати, що в більшості країн світу (навіть із середнім і низьким рівнем доходу) інформаційно-комунікаційні технології використовуються все частіше, у різних цілях та в різних сферах охорони здоров'я. Зокрема, як показують проведені дослідження, що були опубліковані ВООЗ у 2022 році:

42% програм, що використовують вказані технології, використовують їх для розширення наявного географічного доступу до послуг охорони здоров'я;

38% – для підвищення якостей обробки даних;

31% – для полегшення спілкування між пацієнтами й лікарями за межами кабінету лікаря;

17% – для вдосконалення діагностики та лікування;

8% – для боротьби з шахрайством та зловживаннями;

4% – для оптимізації фінансових операцій [54].

Найбільше для цього задіяний телефонний зв'язок – 71% всіх програм, комп'ютерна мережа – 39%. Цікаво, що 47% таких програм у сфері охорони здоров'я працюють за рахунок спонсорських коштів [54].

Електронна охорона здоров'я охоплює широкий спектр послуг та систем на стику медицини та інформаційно-комунікативних технологій, зокрема, електронні медичні реєстри. Створення єдиної інформаційно-аналітичної системи обліку стану здоров'я населення на основі електронної ідентифікації пацієнтів у закладах охорони здоров'я (у вигляді електронних реєстрів) є новим підходом до реформування вітчизняної медичної галузі. І переваги такої системи є очевидними. Електронні медичні реєстри дозволяють передавати дані пацієнта (від первинної до третинної ланки). Зрештою, вказане надасть можливість лікарям звільнитися від цілої прірви рутинної писанини. Адже лєвова частка часу, що відводиться на прийом одного пацієнта, йде не так на його опитування і огляд, як на запис

отриманих результатів в амбулаторну карту. Варто вказати, що донедавна вся інформація щодо онкологічних хворих реєструвалася виключно на паперових носіях. Починаючи з 1989 р. у вітчизняному НДІ онкології й радіології (нині Національний інститут раку) почалася розробка й впровадження програмно-інформаційної системи реєстрації раку, яка призвела до переведення системи реєстрації на більш сучасний інформаційний рівень. Застосування вказаної системи дозволило значною мірою підвищити якість даних, що збираються, за рахунок наявності відповідних багаторівневих процедур контролю, автоматизованого пошуку дублікатів та зв'язування даних [55, с. 102]. Крім розрахунків статистичних таблиць державної звітності стало можливим проведення багатьох інших обчислень та пошукових операцій, що були необхідних для оцінювання різноманітних аспектів популяційної та клінічної епідеміології, які були неймовірними під час паперової технології. Згідно Наказу № 10 Міністерства Охорони Здоров'я України 2 січня 1996 р. було затверджено створення Національного канцер-реєстру України (НКР) та здійснення переходу на автоматизовану технологію онкологічного обліку, за допомогою створення тим самим необхідних умов для формування єдиного інформаційного середовища в онкології. Вказана програмно-інформаційна технологія НКР була впроваджена у всіх обласних, багатьох міських та районних онкологічних лікувальних установах (територіальних, або популяційних канцер-реєстрів). Наряду з цим, також було розроблено та впроваджено в більшості вітчизняних онкологічних установ технологію лікарняного канцер-реєстру, що була сумісна на інформаційному та програмному рівні з технологіями НКР [57, с. 322]. Лікарняний канцер-реєстр виступає одним із основних джерел даних для популяційного реєстру, оскільки практично 90% онкологічних хворих обстежуються та одержують лікування в онкологічних лікувальних установах за місцем свого проживання, а автоматизована передача даних з лікарняного реєстру до популяційного допомагає значно знизити трудомісткість ведення популяційного реєстру та підвищити якість даних, що реєструються [59].

На сьогодні НКР – є мережею територіальних канцер-реєстрів із центральною ланкою у відділенні епідеміології раку з Національним канцер-реєстром Національного інституту раку України [60]. Об'єднана база даних НКР містить більш ніж 3 млн. записів щодо випадків онкологічних захворювань на території нашої держави. Такі дані є передумовою для здійснення моніторингу рівня онкологічної захворюваності та смертності в країні, проведення відповідного аналізу діяльності онкологічних служб, проведення наукових досліджень тощо. Всі персоніфіковані бази даних захищено відповідно до норм Закону України «Про захист персональних даних» [63]. Отже, канцер-реєстр – є картотекою відомостей щодо кожного випадку онкологічного захворювання, його перебігу та особливостей лікування. Лише збираючи та аналізуючи таку індивідуалізовану інформацію можна проводити необхідні повноцінні статистичні, епідеміологічні й клінічні дослідження, оцінювати фактори ризику виникнення раку, ефективність методів лікування, виживаність хворих, становити прогностичні оцінки розвитку онкоепідеміологічного процесу [97].

Електронна рецептура. З впровадженням обов'язкової рецептурної відпустки ліків на лікаря ляже ще один тягар – виписування рецептів, що також забирає багато часу. Використання системи електронної рецептури значно полегшує вказаний процес, здійснюючи забезпечення необхідного доступу до опції призначень, друкування рецептів, а іноді й електронної передачі їх від лікарів до фармацевтів. Прикладом могут слугувати система, яка вже функціонує у Хорватії, де, до речі, лікарі взагалі практично не обтяжені писаниною – за програмою електронної медицини eHealth у Хорватії запроваджено електронні картки пацієнтів, електронну рецептуру та електронні напрямки лікарів, що у результаті дозволяє економити 1 млн. євро на рік лише на канцелярських товарах [67]. А кількість контактів пацієнтів із лікарями та взагалі із системою охорони здоров'я таким чином вдалося зменшити втричі! Наприклад, лікарня у Задарі приймає понад 250 тис. амбулаторних пацієнтів на рік. Всі 450 лікарняних комп'ютерів «зав'язані» на

локальну мережу, яка, у свою чергу, інтегрована до центральної системи охорони здоров'я. Наявна лікарняна система передбачає здійснення реєстрації та виписки пацієнтів, введення електронних карток, документації медсестер, системи харчування, аптек та фінансового обслуговування. Паперові носії в лікарні майже не використовуються, крім випадків, коли пацієнт наполягає на наданні йому паперового варіанту медичної картки. Але така необхідність виникає рідко – пацієнти завжди можуть отримати доступ до своєї карти через Інтернет. Усі звіти для контролюючих органів та страхових компаній теж формуються автоматично. А загальні лікарні у Госпічі за допомогою комп'ютерної системи допомагають впоратися з проблемами віддаленого запису, оскільки лікарні обслуговують малонаселену область (щільність населення – приблизно 10 осіб на 1 кв. км, радіус обслуговування – близько 70 км) [82]. Тому лікар із «дрібнішої» лікарні через електронну систему може швидко записати пацієнта на обстеження у спільній лікарні Госпічі (такий напрямок до особистої електронної карти пацієнта можна внести з будь-якого медичного закладу). До того ж до центральної системи охорони здоров'я Хорватії підключено й аптеки. Кожен громадянин має пластикову картку медичної страховки, яка одночасно виконує функцію рецепту та платіжного засобу. Skorиставшись такою картою покупця, фармацевт може побачити виписаний лікарем рецепт в централізованій системі. Оплата препарату також відбувається за допомогою картки – у рамках страхового лікарського забезпечення. Хорватія почала впроваджувати проект eHealth у 2002 році та протягом 10 років на його реалізацію витрачено приблизно 15 млн. євро [75]. Щодо України, то з 1 квітня 2019 року почала діяти програма реімбурсації «Доступні ліки», що перейшла в адміністрування Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та стала функціонувати відповідно до нових правил – відпуск лікарських засобів відбувається лише за відповідними електронними рецептами. Перехід програми «Доступні ліки» до НСЗУ дозволило більшості пацієнтам почати отримувати ліки за рецептом у будь-якій аптеці в країні, яка уклала договір з

НСЗУ, без прив'язки до свого місця проживання чи місця надання відповідних медичних послуг. Варто наголосити, що безоплатний відпуск лікарських засобів за відповідними категоріями захворювання провадиться лише за умов наявності амбулаторного лікування основного захворювання, за яким хворим надаються відповідні пільги. Наприклад, хворі на СНІД та ВІЛ-інфіковані незалежно від основного захворювання мають право на безоплатний відпуск лікарських засобів за наявності в них будь-яких інших захворювань. Щодо онкологічних захворювань, то за необхідності продовжувати лікування, пацієнт може отримати необхідний електронний рецепт на потрібні ліки дистанційно, звернувшись до свого лікуючого лікаря за допомогою телефону. Як й під час фізичного прийому, пацієнт зможе отримати відповідне смс-повідомлення з номером рецепту та кодом його погашення для придбання відповідних ліків у аптеці за власні кошти. Винятком можуть слугувати призначення ліків для проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів. За таких умов пацієнти повинні отримувати е-рецепти лише під час здійснення безпосереднього, фізичного прийому [78, с. 153].

Телемедицина. Це надбання сучасності – є дуже зручним та ефективним методом надання необхідних медичних послуг там, де відстань виступає критичним чинником. Окремо варто виділити кібермедицину – консультування за допомогою Інтернету [79, с. 9]. Варто вказати, що про стан та перспективи розвитку вітчизняної телемедицини йшлося багато, навіть вдалося досягти низки реальних досягнень, однак вказаний проект досі не вийшов за межі пілотного. Натомість в більшості інших країнах світу цей напрямок бурхливо розвивається. Наприклад, уряд Нової Зеландії ще в 2011 році почав створювати зрозумілу та доступну для населення систему телемедицини, запустивши перший пілотний проект. Наразі там уже діють консультаційні лінії, на які протягом року надходить приблизно 2 мільйони дзвінків [97]. Однак ці служби досі не пов'язані між собою, кожен з них має

власний кол-центр, окремих номер телефону та окрему систему сортування викликів. Цього року у Новій Зеландії мають намір розгорнути нову національну систему телемедицини, яка дозволить громадянам країни отримувати медичні консультації телефоном чи через Інтернет. МОЗ Нової Зеландії створить 9 телефонних консультаційних ліній, робота яких буде організована з тематики питань населення (травми, отруєння, стан депресії тощо) [81, с. 44]. Крім цього, новозеландці зможуть отримати консультацію за допомогою онлайн-чату, електронною поштою або мобільними повідомленнями. Пріоритетом нової телефонної служби буде підвищення якості життя та поради при отриманні травм. Варто наголосити, що зараз тим більше не варто недооцінювати можливість консультації лікаря он-лайн, коли є ризик зараження коронавірусом під час візиту до клініки (особливо це стосується онкохворих, які через тривалі курси хіміотерапії мають практично нульовий імунітет). Тому, насамперед, телемедицина – це послуга дистанційної консультації у лікаря, причому у контексті комунікації пацієнт-лікар, а й лікар-лікар. Щоб така консультація відбулася, потрібно: комп'ютер та Інтернет, відповідне програмне забезпечення, діагностичне обладнання.

У результаті майбутня електронна медицина включає не лише ті напрямки, які на слуху майже в кожного українця – телемедицина, електронні реєстри. Зокрема, йдеться про складові:

- споживчої інформатики в сфері охорони здоров'я, тобто використання медичних електронних ресурсів здоровими людьми або пацієнтами переважно з метою профілактики;

- системи управління медичними знаннями, наприклад здійснення оглядів медичних видань, соціальних мереж для лікарів, спеціалізованих баз даних, у тому числі наукометричних – Scopus, Webscience; системи тривалої медичної освіти (Coursera, Medscape та MDLinx) [82];

- віртуальних команд фахівців охорони здоров'я, які співпрацюють і обмінюються інформацією щодо пацієнтів за допомогою використання цифрового обладнання для забезпечення т. зв. трансмуральної чи наскрізної

допомоги (встановлення взаємозв'язку між первинною та вторинною ланками медичної допомоги);

– мобільної медицини, що передбачає відповідне використання мобільних пристроїв під час процесів збирання медичної інформації щодо пацієнтів і передачі її лікарям, а також моніторингу (в режимі реального часу) життєво важливих функцій організму пацієнтів й безпосереднє дистанційне надання допомоги (за допомогою спеціальних мобільних пристроїв) [97].

Проекти мобільної медицини не лише здійснюють розширення доступу до медичної допомоги та інформації з питань здоров'я, а й підвищення можливості діагностики, моніторингу й своєчасного відстеження захворювань. У той же час вони надають багато корисної інформації для пацієнтів, здійснюють розширення доступу до медичної освіти та професійної підготовки працівників охорони здоров'я. За даними ВООЗ, в рамках мобільної медицини здійснюють реалізацію різноманітні типи послуг:

– медичної інформаційно-довідкової служби/телефонної служби медичної допомоги;

– безкоштовної екстреної телефонної служби;

– дотриманням режиму лікування (надсиланням голосових чи текстових повідомлень щодо нагадування про прийом ліків);

– нагадуваннями щодо необхідності візиту до лікаря;

– використанням текстових повідомлень щодо зміцнення здоров'я чи інформуванням цільових груп пацієнтів [83].

Мобільна медицина працює на підвищення поінформованості населення (ігри чи вікторини на актуальні теми охорони здоров'я, наприклад, ВІЛ/СНІД), також вона здійснює мобілізацію реагування громадської охорони здоров'я на надзвичайні ситуації, активно сприяє дослідженням у сфері охорони здоров'я та епіднагляду, контролю над пацієнтом, працює на систему підтримки прийняття рішень тощо. Здавалося б, така «дрібниця», як нагадування про візит до лікаря через мобільний зв'язок, набуває все

більшого поширення у високорозвинених країнах (у 71% таких країн існують подібні ініціативи) [84, с. 44]. І саме тому, що це аж ніяк не «дрібниця». У Великобританії вважали, що неявки на амбулаторний прийом до лікаря забудькуватих пацієнтів коштують бюджету приблизно 790 млн. фунтів стерлінгів на рік! Проте мобільна медицина може вирішити цю проблему просто і з максимальною економічною ефективністю.

Як завжди, проблема фінансування будь-яких нововведень в Україні стає наріжним питанням, а частково і головною перешкодою для їхнього впровадження. Це стосується й електронної медицини (навіть окремих її складових) [97]. Досвід низки країн світу, де електронну охорону здоров'я вже впроваджено, показав, що кошти, вкладені в нього на закупівлю та обслуговування обладнання, розробку програмного забезпечення, навчання персоналу тощо, цілком окупаються протягом кількох років, особливо якщо врахувати зростання рівня здоров'я населення внаслідок підвищення доступності та якості медичної допомоги. Безперечно, впровадженню електронної охорони здоров'я України мають передувати ретельні біоекономічні розрахунки.

Безперечно, при побудові нової системи охорони здоров'я в Україні слід дотримуватися не принципу «Чим дешевше, тим краще», а принципу «Максимально ефективна допомога за готівку в державі ресурсів», при цьому не забуваючи радитись із громадськістю та роз'яснювати населенню: а що ж, власне, пропонується зробити, які очікувані вигоди на найближчу та віддалену перспективи? Електронна медицина таки має стати тією «першою ластівкою», яка здатна позбавити вітчизняну охорону здоров'я існуючих «стагнаційних» тенденцій. Що зробити, щоб наблизити ці зміни? Насамперед – максимум уваги слід приділяти адекватній підготовці та підвищенню кваліфікації медичних кадрів. Щоб комп'ютерна техніка, яку закупають (хоча й не в тому обсязі, як потребує час), була для медиків не іграшкою, якимось «настільним ігровим центром», а незамінним помічником у роботі. Також сьогодні треба усвідомити, що впровадження електронної медицини

неможливе без зміни системи охорони здоров'я загалом. На часі – науково та економічно обґрунтовані, зважені, законодавчо закріплені зміни у структурі галузі, принципах взаємодії різних ланок надання медичної допомоги, принципах фінансування, удосконаленні підготовки кадрів. Галузі потрібно не «латання дірок», а реальні зміни, і не лише ті, які позбавлять населення окремих незручностей чи труднощів у отриманні медичної допомоги, а й ті, що зроблять медичну допомогу загалом ефективнішою та доступнішою – з використанням усіх світових досягнень. У тому числі й тих, що стали надбанням електронної медицини. Отже, умови сучасного світу та розвиток інноваційних технологій диктують нові правила діяльності у різних сферах життя людини, що стосується також і медицини. Європейські країни вже мають певний досвід реформування медицини. Прийняття закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» – це лише перший крок до суттєвих змін у медичній системі, яким чином вони запрацюють у нашій країні та чи вистачить належної організації та фінансування для таких важливих перевтілень. Відповіді на всі ці питання дасть лише час.

ВИСНОВКИ

Останнім часом – кінець XX та початок XXI століття більшість країн, в їх числі й Україна, значно знизили свої позиції щодо цілого ряду показників, що характеризують стан здоров'я населення. Погіршення здоров'я населення особливо виявилось у таких напрямках як збільшення смертності, поширеності соціально небезпечних для життя людей хвороб (туберкульозу, онкологічних захворювань, СНІДу, наркоманії, алкоголізму тощо), скорочення народжуваності та середньої очікуваної тривалості життя населення. За індексом розвитку людського капіталу наша країна на сьогодні поступається не тільки розвиненим, а й країнам, що розвиваються. В даний час в Україні лише незначна частина населення відповідає критеріям нормального стану здоров'я, сформульованою Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я. Стан здоров'я населення нашої держави є національною проблемою, яка потребує негайного вжиття заходів, спрямованих на виправлення ситуації, що склалася. Для розробки програм, спрямованих на покращення здоров'я населення, необхідно проведення низки наукових досліджень та всебічний статистичний аналіз, що дозволяє виявити причини захворювань, їх наслідки та, відповідно, методи їхнього лікування.

В результаті проведеного дослідження зроблено відповідні висновки:

1. Специфіка здоров'я населення як об'єкта дослідження полягає в тому, що здоров'я населення є складним соціальним, економічним та медико-демографічним явищем – через те, що на нього впливає вище зазначена сукупність складних явищ, що потребують ефективного втручання зі сторони держави та державних органів. Здоров'я населення піддається впливу ендогенних та екзогенних факторів, але так само має зворотний зв'язок: здоров'я впливає на спосіб та якість життя, на біологічні характеристики майбутніх поколінь, соціально-економічний розвиток та навколишнє середовище. При плануванні заходів, спрямованих на підвищення здоров'я

населення, соціально-економічних, лікувальних та екологічних галузях слід враховувати інертність цього явища – навіть кардинальні зміни не позначаються лише на рівні життя населення відразу, хоча окремі показники змінюватимуться досить різко. Але варто враховувати, що зниження якості життя знаходить відображення в здоров'ї населення в дуже короткий час. Існує ряд показників, що відображають ситуацію в країні та її розвиток, але немає якогось абсолютного показника, який міг би цілком охарактеризувати стан здоров'я населення. Крім того, для досягнення високого рівня суспільного добробуту потрібні інвестиції в людський капітал, а його достатність і раціональне використання – це необхідна умова розвитку держави. Здоров'я нації, як чинник державотворення та безпеки держави – це базова складова людського капіталу та конкурентоспроможності країни й перебуває в тісному інтегральному взаємозв'язку з економікою, наукою та обороноздатністю. Здоров'я населення – є запорукою сприятливої соціально-моральної атмосфери, довіри до держави, а лікар як фахівець є гарантом його збереження, захисту та зміцнення.

2. Онкологічні захворювання є основною причиною смертності у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2020 році на їхню частку припало близько 10 млн. смертей. Найпоширенішими (з погляду нових випадків) були рак грудей, легень, товстої та прямої кишки, простати, шкіри та шлунка. При цьому найбільше смертей у 2020-му було зафіксовано внаслідок захворювання на рак легенів. Рак не обходить стороною ні розвинені, ні країни, що розвиваються, хоча типові види цього захворювання в різних країнах різні. Більш багаті країни страждають від раку молочної залози, простати та товстої кишки. Більш бідні – від раку печінки, шлунка та шийки матки. Україна з розвитком онкозахворюваності перебуває у фарватері світової тенденції: ВООЗ каже, що кількість онкозахворювань у всьому світі зростає. Онкологічні захворювання є однією з найпоширеніших причин смерті на планеті, а до 2030 року глобальна смертність від них у світі

зросте порівняно з 2007 роком у півтора рази і становитиме 11,5 мільйона випадків.

3. Механізми публічного управління системою моніторингу охорони здоров'я повинні охоплювати всі аспекти контролю за онкологічними захворюваннями: профілактику, скринінг, лікування та подальші наукові дослідження. Моніторинг повинен проводитись на базовому, трансляційному та клінічному рівнях, що в кінцевому підсумку, призводитиме до важливих клінічних результатів: поліпшення профілактики, діагностики та терапії, які можуть зменшити захворюваність та смертність від усіх видів онкологічних захворювань. Крім того здійснення систематичного моніторингу відіграє ключову роль в дослідженні онкологічних захворювань завдяки науковим якостям та здатності проводити послідовні дослідження, починаючи з базових досліджень в лабораторії й закінчуючи клінічними дослідженнями із залученням пацієнтів. Здійснення такого моніторингу має за мету:

- покращити стан сучасної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями та виступати в ролі науково-освітньої основи з розробки інноваційних діагностичних та терапевтичних методів, обміну передовим досвідом;

- розробляти та впроваджувати національні та регіональні стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями;

- координувати регіональну онкологічну мережу;

- допомагати нарощувати необхідний потенціал у різних сферах онкологічної допомоги, пропонуючи програми стажування та навчання тощо.

Тому за сприятливої державної підтримки необхідні інноваційні технології в боротьбі з онкологічними захворюваннями мають великий шанс на комерціалізацію на рівні макроекономічної моделі в рамках не лише нашої країни, а й з виходом на світовий ринок. Для цього необхідно створювати державні інноваційні центри та центри підтримки підприємництва, які працювали б за принципом оплати за результатом, тобто не за право участі в проекті, а за кінцевий результат отриманого прибутку. Крім того, необхідно

повністю змінити громадську думку щодо зневаги до права інтелектуальної власності, необхідно формувати інноваційну культуру та на державному рівні готувати фахівців у сфері інноваційних технологій. Таким чином, комерціалізація наукових проєктів дозволить країні бути інноваційною, захищаючи інтереси розробників та власників інтелектуальних технологій. В результаті виграють усі учасники процесу: розробник отримує оплату за свої напрацювання та створюватиме наступний новий продукт, країна на макроекономічному рівні отримує позитивний баланс і прибуток для подальшого розвитку та наступних інвестицій, медичні установи отримують сучасні ефективні технології, які зрештою забезпечують якість та доказовість надання медичних послуг.

4. На ринку медичних інформаційних систем на сьогодні існує достатньо пропозицій. У переважній більшості йдеться про комплексну інформатизацію медичних установ з першочерговим рішенням фінансових, максимум управлінських завдань. Найчастіше мається на увазі, що потенційний відвідувач має достатньо коштів для автоматизації всього лікувально-діагностичного процесу та головним для нього є облік медичних послуг та формування звітних документів. Зручність подання інформації для лікаря, ефективність його роботи з електронною медичною картою та, тим більше, можливість зберігання та обробки своїх (профільних) медичних та наукових параметрів часто залишаються поза основним полем зору і вирішуються «як вийде», бо головне – можливість врахувати все виконане пацієнту та подати звіт керівнику та до вищої організації. Для роботи з такими системами найчастіше потрібні окремі оператори, які повинні пройти підготовку. Лікар може взагалі не контактувати із системою безпосередньо, а лише через таких операторів. Відповідно і якість подання у системі медичної інформації взагалі йде з порядку денного. Першорядним завданням є – правильно врахувати виконану послугу, видати касовий чек та провести фінансову операцію. Отже, основними напрямками вдосконалення електронних послуг в онкологічних центрах України є:

– удосконалення електронної системи охорони здоров'я, оскільки вітчизняна сфера охорони здоров'я знаходиться на одній з перших сходинок у розвитку технологій Інтернету речей при впровадженні електронних послуг;

– створення нових модулів та компонентів з метою її поширення на сферу громадського здоров'я;

– для подальшого розвитку перспективних електронних послуг у медичній сфері варто більш активно залучати громадян (стимулювати внесення пропозицій зі сторони населення й обговорення нововведень на рівні громадськості сприятиме зростанню рівня задоволеності громадян рівнем наданих медичних послуг);

– варто в подальшому посилювати рівень комунікації влади з громадянами, з метою визначення їхніх потреб і підвищення обізнаності громадян щодо запроваджених електронних медичних послуг, особливо щодо онкологічних захворювань;

– посилити захист персональних даних у сфері медицини шляхом використання методу анонімізації відповідних даних, впроваджуючи наявний досвід зарубіжних країн, що призведе в подальшому до зростання рівня довіри громадян до електронних сервісів й обмежуватиме зловживання в цій сфері;

– застосування щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я, донорства крові та її компонентів, контролю якості наданих послуг та уникнення подвійного фінансування з різних джерел наданих населенню послуг, переважно реабілітаційних;

– проводити систематичний аналіз кращих практик запровадження новітніх електронних медичних послуг із використанням технологій Інтернет речей для вдосконалення використання вказаних технологій у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : [монографія] / Н.В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
2. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / О.С. Ларін [та ін.] // Міжнар. ендокринолог. журн. – 2011. – №3. – С. 10-18.
3. Бадюк М. І. Наукове обґрунтування моделі стандартизації медичного забезпечення Збройних Сил України та оцінка її ефективності / М. І. Бадюк, О. О. Микита, А. М. Губар // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal). – 2016. – № 7. – С. 37-46.
4. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти / А. Барзилович // Інвестиції: практика та досвід. – 2020. – № 2. – С. 134-140.
5. Блащук Т.Б. Договір про надання медичних послуг (медичного обслуговування) в умовах реформи медичної галузі / Т.Б. Блащук // Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». – 2017. – №2(16). – С. 1-14.
6. Богатирьова Р.В. Детермінанти здоров'я та національна безпека / Р.В. Богатирьова. – К. : ВД «Авіценна», 2011. – 448 с.
7. Богатирьова Р.В. Про першочергові завдання у реформуванні системи охорони здоров'я і роль Національної академії медичних наук України в їх науковому, фаховому та методологічному забезпеченні / Р.В. Богатирьова // Журнал НАМН України. – 2012. – №2. – С. 145-151.
8. Бориченко К.В. Соціальний захист сімей з дітьми за законодавством України: монографія / К.В. Бориченко. – Одеса : Фенікс, 2015. – 302 с.

9. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг [Електронний ресурс] / І. В. Венедіктова. – Режим доступу : <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/>
10. Вороненко Ю.В. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди / Ю. Вороненко, Н. Гойда // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2. – С. 24-26.
11. Гаврилишин Б. До ефективних суспільств: Дороговкази в майбутнє : доп. Римському клубові / Б. Гаврилишин ; упоряд. В. Рубцов ; вид. 3-є, доп. – К. : ПУЛЬСАРИ, 2009. – 248 с.
12. Гайсенко А.В. Організація онкологічної допомоги [Електронний ресурс] / Гайсенко А.В., Мотузюк І.М., Федоренко З.П. // Основи профілактики злоякісних новоутворень. – Режим доступу : <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/onkologiya/rozdillnbsp-22>
13. Герц А. А. Медична послуга як об'єкт правового регулювання / А.А. Герц // Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Сер. :Юриспруденція. – 2015. – № 15. – Том 2. – С.11-13.
14. Гордєєв А.А. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія / А. Гордєєв. – Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2016. – 401 с.
15. Городиловський А. Поширення хвороб, що передаються статевим шляхом, як прояв соціальних проблем в Україні / А. Городиловський // Українська національна ідея: здоров'я нації. Мат. конференції. – Л., 2004. – С. 79-83.
16. Гостін Л. «Сфери впливу в сфері охорони здоров'я – аналіз прав людини» [Електронний ресурс] / Л. Гостін // Всесвітня організація здоров'я та дослідження прав людини. – 2003. – № 2. – Режим доступу : www.who.int/hhr/information/en/Series_2%20Domains%20of%20health.pdf
17. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / В. Григорович // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2017. – № 2. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/op=1&z=93>

18. Дем'янишин В. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи / Дем'янишин В., Сіташ Т. // Фінанси України : наук.-теор. та інфор.-практ. журн. Міністерства фінансів України. – 2019. – № 6. – С. 45-53.
19. Дерен З. Захист даних в системі E-Health [Електронний ресурс] / З. Дерен, О. Анісімова. – Режим доступу : <http://jvestnik-sss.donnu.edu.ua/arti>
20. Держава як суб'єкт інвестиційної діяльності [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://pidru4niki.com/83553/investuvannya/derzhava_subyeht
21. Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 рр. : постанова Кабінету Міністрів України від 31.05.2006 № 761 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/761-2006-%D0%BF>.
22. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – Київ : НАДУ, 2018. – 424 с.
23. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/209-2012-%D0%BF>.
24. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України / І. Дишловий // Економіка України. – 2004. – № 2. – С. 83-89.
25. Етичний кодекс лікаря України // Український медичний часопис. – 2009. – №6. – С. 8-11.
26. Загальна декларація прав людини: Міжнародний документ від 10.12.1948 р. // Офіційний вісник України. – 2008. – № 93. – Ст. 89.
27. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків : Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.

28. Заглада О. Переваги та недоліки запровадження системи фінансування за методом глобального бюджету у закладах охорони здоров'я України / О.О. Заглада, Н.П. Кризіна // Інвестиції: практика та досвід. – 2012. – № 7. – С. 108-112.

29. Здоров'я людини та безпека українського суспільства [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://visnyk.com.ua/stattya/5200-zdorovja-ljudini-ta-bezpeka-ukrayinskogo-suspilstva.html>

30. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А.М. Вієвський, М.П. Жданова, С.В. Сидяк та ін. – К., 2011. – 22 с.

31. Коваленко О. С. Інформаційні системи в охороні здоров'я та основні вимоги до їх створення / Коваленко О. С., Голубчиков М.В., Орлова Н.М. // Управління закладами охорони здоров'я. – 2017. – № 1. – С. 42-46.

32. Ковальська С. Т. Застосування сучасних моделей управління. Економіка, менеджмент, фінанси: теоретичні та практичні аспекти розвитку: матеріали науково-практичної конференції (м. Київ, 13-14 березня 2020 р.) / Ковальська С. Т., Мартинова І. М. – Київ : Аналітичний центр «Нова економіка», 2020. – Ч. 2. – С. 126-129.

33. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

34. Концепція Державної програми «Здорова дитина» на 2008-2017 рр. // Здоров'я України. – 2007. – № 17. – С. 17-19.

35. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 рр.: проєкт // Глав. врач. – 2011. – № 7. – С. 44-47.

36. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 30.11.2016 № 1013-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

37. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>.

38. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації / Н. Кризина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/350020.htm>

39. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К. : Четверта хвиля, 2009. – 353 с.

40. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М. В. // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5-23.

41. Лободіна З. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З. Лободіна // Фінанси України. – 2010. – № 4. – С. 88-97.

42. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті, 2011 рік. – К. : МОЗ України, 2012. – 192 с.

43. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: Аналітично-статистичний посібник / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К. : Медінформ, 2009. – 146 с.

44. Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати змін [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://espreso.tv/.../2019/.../medych>

45. Міжамериканська комісія з прав людини (IACHR). Доступу до інформації з репродуктивного здоров'я та прав людини (11 листопада 2011 р.). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/women.pdf

46. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / В.Ф. Москаленко. – К. : ВД «Авіценна», 2009. – 240 с.

47. Мочалов Ю. Інноваційна діяльність у роботі закладів охорони здоров'я / Ю. Мочалов // Практика управління медичним закладом. – 2014. – № 3. – С. 28-37.

48. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.

49. Національний інститут раку та «Рош Україна» підписали меморандум про взаємодію. 2021 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://unci.org.ua/natsionalnyjjinstytut-rakuuta-rosh>

50. Неугодніков А. О. Публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я / А. О. Неугодніков // Юридичний вісник. – Одеса : Гельветика. – 2019. – № 3. – С. 63-69.

51. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

52. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я / В. Пашков // Український медичний часопис. Актуальні питання медичної практики. – 2017. – № 2. – С. 1-6.

53. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування / С. Петрова // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2014. – № 2. – С. 34-45.

54. Пиріг Л.А. Цінність та державна ціна здоров'я громадян України [Електронний ресурс] / Л.А.Пиріг // Ваше здоров'я. – 2011. – № 27. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/?p=1866>

55. Побігун С. Аналіз підходів до здійснення процесу стратегічного управління / С. Побігун // Галицький економічний вісник. – Т. : ТНТУ, 2019. – Том 48. – № 1. – С. 101-108.

56. Положення про Національну службу здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 // Офіційний вісник України. – 2018. – № 15. – Ст. 29.

57. Польшнікова Г. Г. Медична послуга як різновид споживчих послуг / Г.Г. Польшнікова // Актуальні проблеми приватного права : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 92-й річниці з дня народж. д-ра юрид.наук, проф., чл.-кор. АН УРСР В.П. Маслова, 28 лют. 2014 р. – Харків, 2014. – С. 322-324.

58. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Харк. нац. ун-т внутр. справ / О.О. Прасов. – Х., 2007. – 19 с.

59. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

60. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: закон України від 5 жовтня 2000 року № 2017-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/>

61. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

62. Про затвердження галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.07.2006 № 529/49 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/v0529282-06/print>.

63. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України від 22.01.2010 № 1841-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17>.

64. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF>.

65. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року: постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 № 815 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF>.

66. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. // Офіційний вісник України. – 2015. – № 38. – Ст. 86.

67. Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.1998 р. № 226 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://ips.ligazakon.net/document/moz209?ed=1998_07_27.

68. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.

69. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.

70. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.

71. 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 № 8622ІХ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>

72. Про систему онкологічної допомоги населенню України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.10.2013 № 845 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0077714#Text>

73. Про соціальні послуги: Закон України від 19 червня 2003 року № 966-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 45. – Ст. 358.

74. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я № 1013-р від 30.11.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>

75. Проєкт Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/news/nacionalnaastrategijaakontrolju-onk>

76. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України / Н.О. Рингач. – К., 2010. – 36 с.

77. Саєнко Ю. Соціальний портрет України і моделі майбутнього / Ю. Саєнко // Універсум. – 2004. – № 10-12. – С. 4-10.

78. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг / М.М. Самофал // Вісник Вищої ради юстиції. – 2013. – № 1 (13). – С. 151-156.

79. Свінціцький А.С. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я / Свінціцький А.С., Висоцька О.І. // Практикуючий лікар. – 2015. – №1. – С. 7-13.

80. Слабкий Г.О. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України / Слабкий Г.О., Петриченко О.О., Лупей-Ткач С.І. // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1 (25). – С. 79-84.

81. Слабкий Г.О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я: монографія / Г. Слабкий. – Київ, 2018. – 344 с.
82. Стан надання медичної допомоги онкологічним хворим. 2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://likarnya.cv.ua/>
83. Статівка Н.В. Демографічна складова економічної безпеки України [Електронний ресурс] / Н.В. Статівка, А.А. Смаглюк // Державне будівництво. – 2010. – №2. – Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2010-2/doc/2/12.pdf>
84. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2001-2011 роки) // За ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2012. – 112 с.
85. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0000/43482/ukraine-2019.pdf
86. Українська національна ідея – здоров'я нації: Мат. наук.-практ. конф. – Л., 2014. – 146 с.
87. Устінов О.В. Психічне здоров'я як складова національної безпеки / О.В. Устінов // Український медичний часопис. – 2013. – №1. – С. 16-18.
88. Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України / О.Д. Фірсова // Економіка та держава. – 2011. – № 1. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nbnews.com.ua/ru/news/193447/>
89. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні / І. Фуртак // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матеріали І Всеукраїнської наук.-практ. конф., 19-20 квіт. 2019. – Львів. – 2019. – С. 318-323.
90. Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О.М. Ціборовський, С.В. Істомін, В.М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.
91. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я: Застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до

стратегічних закупівель / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісн. соц. гігієни та орган. охорони здоров'я України. – 2018. – № 4 (62). – С. 17-21.

92. Що не так з медичними картками в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://project.liga.net/projects/eHealth/>

93. Юридична енциклопедія: В 6 т. / Редкол.: Ю.С. Шемшученко (відп.ред.) та ін. – К. : «Укр. енцикл.», 2003. – Т. 5: П-С. – 880 с.

94. Adopt AWARE: Handle antibiotics with care, 2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://adoptaware.org/resources/AWARE_Broch.pdf

95. Data Protection Law: An Overview [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://fas.org/sgp/crs/misc/R45631.pdf>

96. Epilepsy: a public health imperative. Geneva: World Health Organization; 2019. – Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

97. Uptodate in oncology 2020 – Актуальне в онкології. 2021. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://healthhua.com/article/645377>

ДОДАТКИ

Додаток А

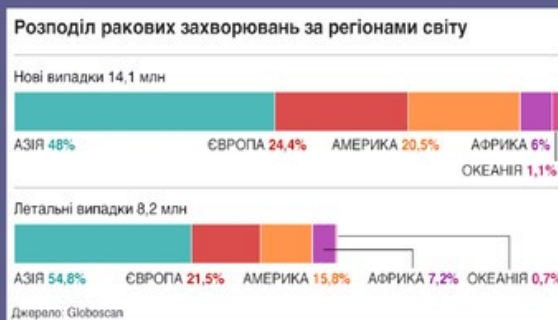


Статистика онкозахворювань в Україні



- Україна займає 2 місце в Європі за темпами поширення онкозахворювань.
- Щорічно 140 тисяч українців дізнаються, що у них рак.
- Щодня 450 українців дізнаються, що у них виявлена злоякісна пухлина (20 осіб на годину). З них 250 вмирають (10 осіб на годину).
- Щороку від раку помирають близько 90 тисяч українців, 35% - люди працездатного віку.
- Ризик розвитку онкологічних захворювань складає 27,7% для чоловіків і 18,5% для жінок.
- Злоякісні новоутворення вражають в Україні кожного четвертого чоловіка і кожну шосту жінку.

Статистика у світі



ТОР-5 КРАЇН З НАЙВИЩИМ РІВНЕМ ПОШИРЕННЯ РАКУ

1. Данія 338,1 на 100 тис
2. Франція 324,6
3. Австралія 323,0
4. Бельгія 321,1
5. Норвегія 318,3

ОСОБЛИВОСТІ БОРОТЬБИ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Всесвітній день боротьби проти раку відзначається щорічно 4 лютого за ініціативою «Міжнародного союзу проти раку» (UICC). Його метою є підвищення обізнаності людей про рак, як одного з найбільш важких захворювань сучасності, а також привернення уваги громадськості до його запобігання, виявлення та лікування. Залучаючи увагу до запобігання, виявлення та лікування цього захворювання, можна домогтися гарних результатів, а в деяких випадках і повного одужання.

Метою кампанії є підвищення обізнаності людей про захворювання на рак, як одне із найстрашніших і згубних захворювань сучасної цивілізації. Привертаючи увагу до методів запобігання, виявлення та лікування цього захворювання, можна домогтися, більшості випадків, гарних результатів, а то і повного одужання. Міжнародний день захисту від раку закликає широку громадськість до завдань, що стоять перед світом в боротьбі з онкологічними захворюваннями, що притаманні як розвиненим країнам, так і країнам з нестабільною економікою, заохочує небайдужих політиків і організацій-членів UICC ставитися до раку, як до одного з політичних пріоритетів. Нова тема кампанії Всесвітнього дня боротьби проти раку на період 2022-2024 років – це «**Усунення прогалин у догляді**». Кампанія буде присвячена виявленню та усуненню бар'єрів, які існують для багатьох людей у всьому світі, в доступі до необхідної їм допомоги.

Кожного року, в світі, виявляється більше 10 млн. людей, хворих на рак і приблизно 8 млн. помирають від нього.

У Європейському регіоні, за наявними оцінками, якщо не вжити більш рішучих заходів, то до 2030 року захворюваність на рак досягне 5,4 млн випадків на рік, і щорічно від онкологічних захворювань помиратимуть 2,5 млн. За даними ВООЗ: існує більше 100 видів раку і хвороба може розвиватися в будь-якій частині тіла.

Рак – це загальне позначення великої групи хвороб, які можуть уражати будь-яку частину тіла. Використовуються також такі терміни, як злоякісні пухлини або новоутворення. Характерною ознакою раку є швидке розмноження аномальних клітин, що проростають за межі своїх звичайних меж та здатних поширюватися в інші органи.

Рак є соціальною проблемою, яка в цілому впливає на розвиток суспільства, у тому числі і економічний. Інвестування в профілактику та раннє виявлення раку набагато дешевше, ніж боротьба з його наслідками. Рак може уражити будь-кого. На нього хворіють громадяни будь-якого віку, з різних країн, та усіх соціально-економічних груп. На сьогодні спостерігається тенденція «омолодження» захворюваності на рак, тобто все більше хворіють молоді чоловіки та жінки в розквіті сил.

Рак розвивається з однієї єдиної клітини. Перетворення нормальної клітини в пухлинну відбувається в ході багатоетапного процесу, що звичайно являє собою перехід передракового стану в злоякісні пухлини. Ці зміни відбуваються в результаті взаємодії між генетичними факторами людини й трьома категоріями зовнішніх факторів, що включають: **фізичні канцерогени** (ультрафіолетове, іонізуюче випромінювання, тривале травмування тканини та ін.); **хімічні канцерогени** (азбест, компоненти тютюнового диму, афлатоксини, миш'як та інші забруднювачі харчових продуктів і питної води); **біологічні канцерогени** (інфекції, викликані деякими вірусами, бактеріями або паразитами, та ін.).

Основними чинниками ризику розвитку онкологічних захворювань є: вживання тютюну, алкоголю, нездорове харчування, хронічний стрес, інфекції, у тому числі викликані вірусами гепатиту В або С і деякими типами вірусу папіломи людини, і навіть вік людини.

Вживання тютюну є найзначнішою окремою причиною раку, якій можна запобігти – більше 20% смертей від раку пов'язані з тютюнопалінням.

Одна п'ята частина всіх ракових захворювань у світі розвивається в результаті хронічних інфекцій. Так, наприклад, вірус папіломи людини (ВПЛ) викликає рак шийки матки, а вірус гепатиту В – рак печінки.

Захворюваність на рак різко зростає з віком. Найімовірніше, через накопичені з роками ризику розвитку деяких онкологічних захворювань. Загальне нагромадження ризиків збільшує тенденцією до зниження ефективності механізмів відновлення клітин по мірі старіння людини.

Україна посідає друге місце в Європі за темпами поширення онкозахворювань. Щороку понад 160 тис. жителів дізнаються, що вони – онкохворі. Злоякісні новоутворення уражають в Україні кожного четвертого чоловіка і кожну шосту жінку, при цьому шанс захворіти істотно збільшується після 50-ти річного віку. Рак як причина смерті, посідає друге місце у структурі смертності населення України і разом з серцево-судинними захворюваннями визначає рівень здоров'я наших співвітчизників.

У всьому світі найбільша кількість чоловіків вмирає від наступних п'яти видів раку: раку легенів, шлунку, печінки, ободової і прямої кишки та стравоходу. Рак легенів – найбільш поширена форма раку в усьому світі у чоловіків, що складає майже 17% від загального числа нових випадків

Серед жінок перші місця займають такі причини смерті: рак грудей, легенів, шлунку, прямої та ободової кишки і шийки матки. Рак грудей є найбільш поширеною формою раку в усьому світі у жінок, що становить більш, ніж 25% від загального числа нових випадків.

У багатьох країнах, що розвиваються, рак шийки матки є найпоширенішим типом раку. Майже всі випадки раку шийки матки пов'язані з ураженням геніталій вірусом папіломи людини (ВПЛ).

В 2021 році, в зв'язку з карантинними заходами, було зареєстровано 8 786 нових випадків захворювання на рак, у 2020 році (8 367). Щороку від раку в області помирає біля 4,7-4,9 тис. осіб, найчастіше від раку легенів.

Друге місце за причиною смерті серед жителів Харківщини посідає рак товстої кишки, на третьому місці – рак грудей, на четвертому – рак шлунку.

До ознак хвороби відносяться:

1. Швидка стомлюваність і немотивована втома.
2. Висока температура протягом довгого часу.
3. Різні ущільнення під шкірою, на шкірі, в паху, в ділянці молочних залоз, в пахвовій западині.
4. Збільшення лімфатичних вузлів.
5. Різні домішки в сечі і калі: кров, слиз, гній.
6. Тривалий біль в будь-якій ділянці тіла.
7. Зміна тембру голосу, хронічний кашель без наявних причин.
8. Незагойні рани і виразки.
9. Швидке зниження ваги без причин.

Рак класифікується за стадіями:

На нульовій стадії пухлина тільки з'явилася, а сусідні тканини не залучені до процесу. Хірургічне лікування гарантує практично повне одужання.

На першій стадії пухлина локалізована, ще не вросла в навколишні тканини, не залучені лімфовузли та інші органи.

Друга-третья стадії раку: пухлину називають регіонально поширеною, вже спостерігаються ураження сусідніх тканин, зачеплені лімфовузли. Але онкологічний процес не торкнувся інших органів.

Четверта стадія: діагностуються метастази в інших органах, хвороба вже торкнулась всього організму. Лікується найскладніше з усіх стадій.

Виявлення раку на ранній стадії та його адекватне лікування забезпечує стійке одужання у 100% хворих з I стадією захворювання, у 80% – з II стадією, у 25-30% з III та у 5-8% з IV стадією хвороби. Особливе значення в ранній діагностиці раку мають скринінгові програми, що дозволяють визначати пухлину на початкових стадіях росту.

Під скринінгом розуміється систематичне проведення тестів, метою яких є виявлення людей з порушеннями, що дозволяють припускати будь-які певні ракові захворювання або передрак, і своєчасне направлення таких людей для діагностування та лікування. Програми скринінгу особливо ефективні для типів раку, які зустрічаються найчастіше і для яких існують недорогі, прийнятні і доступні для більшості населення скринінг-тести, зокрема: ПАП-тест на рак шийки матки, який рекомендується проводити щороку всім жінкам старше 20 років; мамографія для виявлення раку молочної залози. Рекомендується проводити щороку всім жінкам старше 40 років (1 раз на 2 роки); колоноскопія для виявлення раку прямої кишки. Рекомендується проводити чоловікам і жінкам старше 50 років; PSA-тест для виявлення раку передміхурової залози. Рекомендується проводити чоловікам старше 50 років.

Доступність до якісної діагностики сприяє виявленню онкозахворювання на ранній стадії, дає можливість вчасно розпочати лікування та зберегти людині життя.

До Програми медичних гарантій включено 6 інструментальних досліджень, які спрямовані на ранню діагностику найпоширеніших онкозахворювань, це – мамографія, гастроскопія, колоноскопія, бронхоскопія, цистоскопія та гістероскопія. Ці дослідження для пацієнта є безоплатними. Щоб пройти дослідження для ранньої діагностики онкозахворювань безоплатно, пацієнту потрібно звернутись до свого сімейного або лікуючого лікаря, який заповнить електронне направлення на обстеження та обрати медзаклад для проходження дослідження. Для обстеження пацієнт може обрати будь-який медичний заклад, який уклав договір з НСЗУ на надання амбулаторних пріоритетних послуг. Як комунальний, так і приватний. Відповідно до рекомендацій ВООЗ та з урахуванням рівня захворюваності на онкопатологію населення різного віку, встановлюються обмеження по віку пацієнтів, яким призначаються такі дослідження. Наприклад, мамографію призначають пацієнткам від 40 років, цистоскопію – пацієнтам від 50 років. Проте, пацієнтам молодшого віку лікар також може призначити такі дослідження і виписати направлення, якщо підозрює новоутворення. В такому випадку пацієнт може пройти дослідження безоплатно за направленням лікаря у медичних закладах, законтракованих на пакети з діагностики та хіміотерапевтичного або радіологічного лікування, в які включена діагностика при підозрі на новоутворення. У 2022 році рання діагностика онкозахворювань залишиться серед пріоритетних послуг Програми медичних гарантій. Це сприятиме ранньому виявленню раку, а отже підвищить шанси пацієнтів на успішне лікування. У Програмі медичних гарантій у 2022 виростуть тарифи на лікування онкологічних захворювань. Так, на 10 тисяч гривень збільшиться тариф на хіміотерапевтичне лікування – до 36 тисяч, за лікування дітей від онкохвороб НСЗУ сплачуватиме закладам до 131 тис. грн. Тариф за лікування онкогематологічних захворювань зросте з 54 тис. грн до 74 тис. грн.

У профілактиці і лікуванні злоякісних пухлин першочерговим завданням є активізація роботи щодо підвищення мотивації населення на дотримання правил здорового способу життя, підвищення рівня інформованості на предмет онконастороги до факторів ризику розвитку онкологічних захворювань та їх корекції, методів профілактики розвитку раку.

Вживання тютюну є головним фактором ризику появи раку: на нього припадає майже 22% випадків смерті від онкологічних недуг у світі. Тютюнопаління пов'язане з розвитком різних типів раку – легень, ротової порожнини, горла, гортані, підшлункової залози, сечового міхура, шийки матки та нирок. Навіть якщо ви не курите самі, пасивний вплив тютюнового диму може збільшити ризик виникнення раку легень.

Дотримуйтесь рекомендацій щодо здорового харчування:

– вживайте багато фруктів, овочів та інших харчових продуктів рослинного походження, таких як цільні зерна та боби;

- уникайте зайвої маси тіла – їжте легше і компактніше, обирайте менш калорійні продукти, виключіть із раціону рафінований цукор, трансжири, їжу із фастфуду;

- утримуйтеся від вживання алкоголю – ризик появи різних онкозахворювань, зокрема раку стравоходу, товстої кишки, молочної залози, легень, нирок і печінки, збільшується разом із кількістю випитого алкоголю;

- обмежте споживання технологічно обробленого м'яса – ВООЗ повідомляє, що вживання великої кількості такого м'яса може збільшити ризик деяких видів раку.

Численні дослідження демонструють, що жінки, які дотримуються середземноморської дієти з додаванням оливкової олії та горіхів, можуть зменшити ризик раку молочної залози. Ця дієта включає значну кількість рослинних продуктів, як-от фрукти й овочі, цільні зерна, бобові та горіхи. Люди, які дотримуються середземноморської дієти, обирають здорові жири – оливкову олію, масло і рибу замість червоного м'яса.

Підтримуйте здорову вагу і будьте фізично активними.

Підтримання здорової маси тіла може знизити ймовірність виникнення різних онкологічних недуг, зокрема раку молочної залози, простати, легень, товстої кишки та нирок.

Люди, які регулярно займаються спортом, отримують певні переваги для здоров'я. Але для істотної користі необхідно щонайменше 150 хвилин помірної або 75 хвилин енергійної аеробної активності на тиждень. Як загальну мету, включіть до свого графіку щонайменше 30 хвилин фізичної активності щодня.

Не засмагайте.

Рак шкіри є одним із найбільш поширених онкологічних захворювань, і водночас йому порівняно легко запобігти. Достатньо виконувати кілька рекомендацій: уникайте прямого сонячного опромінювання вдень, особливо з 10:00 до 16:00 влітку, коли сонячна радіація найсильніша; захистити голову, допоможуть сонцезахисні окуляри та крилатий капелюх; закривайте відкриті ділянки тіла одягом, який покриває якомога більше поверхні шкіри, при цьому обирайте яскраві або темні барви, які відбивають більше ультрафіолетового випромінювання, ніж пастельні чи вибілені бавовняні; використовуйте сонцезахисний крем широкого спектра із SPF щонайменше 30, навіть у похмурі дні — не шкодуйте крему і повторно застосовуйте кожні дві години або частіше, якщо плаваєте чи пітнієте; уникайте соляріїв — вони так само шкідливі, як і природні сонячні промені.

Зробіть щеплення.

До 25% випадків раку в країнах із низьким і середнім рівнем доходів (до яких, на жаль, належить і Україна) зумовлено такими інфекціями, як гепатит і вірус папіломи людини (ВПЛ). Профілактика раку включає захист від цих вірусних інфекцій. Дізнайтеся у свого лікаря щодо вакцинації.

Гепатит В може збільшити ризик виникнення раку печінки. Щеплення проти ВГВ рекомендується для дорослих із таких груп ризику: сексуально активним полігамним людям; з інфекціями, що передаються статевим

шляхом; тим, хто вживає наркотики внутрішньовенно; чоловікам, які практикують секс із чоловіками.

Також до групи ризику входять працівники системи охорони здоров'я і громадської безпеки, які можуть контактувати з інфікованою кров'ю або з іншими рідинами організму.

Вірус папіломи людини передається статевим шляхом і може призвести до раку шийки матки та інших статевих органів, а також до плоскоклітинного раку голови та шиї. Вакцина проти ВПЛ рекомендована для дівчат і хлопчиків віком 11-12 років.

Уникайте ризикованої поведінки.

Іншою ефективною тактикою профілактики раку є уникнення ризикованої поведінки, яка може призвести до інфекцій, що збільшують імовірність розвитку онкозахворювань.

Практикуйте безпечний секс. Обмежте кількість сексуальних партнерів і використовуйте презервативи під час сексу. Що більше у вашому житті статевих партнерів, то більше шансів на зараження інфекцією, котра передається статевим шляхом.

Люди, які живуть із ВІЛ або хворі на СНІД, мають вищий ризик появи раку ануса, печінки та легень.

Вірус папіломи людини найчастіше асоціюється із раком шийки матки, але він також може підвищити ризик виникнення раку ануса, горла, статевих органів.

Людям, які вживають наркотики внутрішньовенно, рекомендовано не користуватися вже використаними голками. Обмін голками з людьми, які застосовують внутрішньовенні препарати, може призвести до зараження ВІЛ, а також гепатитами В та С, що підвищує ризик появи раку печінки.

Регулярно відвідуйте лікаря для профілактичного огляду.

Регулярні самоперевірки та скринінги для різних типів раку збільшують шанси на раннє виявлення хвороби, а це підвищує ефективність лікування і знижує його вартість.

Проконсультуйтеся зі своїм лікарем про найкращий для вас графік онкоскринінгу.

Таким чином, якщо вести здоровий спосіб життя і грамотно проводити профілактику раку то можна значно знизити ризик захворіти, а лікування, яке було почате на ранніх стадіях захворювання, дає хороші результати і збільшує Ваші шанси на довголіття.

Рак – це не вирок. Це хвороба, з якою можна і необхідно боротись, яку можна і необхідно перемагати!