

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут публічного управління та адміністрування

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування

_____ О. Н. Євтушенко

“ ____ ” _____ 20__ року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
МЕДИЧНИМИ СКРИНІНГОВИМИ ПРОГРАМАМИ-
ПРОТИДІЇ ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ**

Керівник: доктор політичних наук, професор
Євтушенко Олександр Никифорович
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: к.н.держ.упр., доцент
Шульга Анастасія Алімівна
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студент VI курсу групи 635 М
Мовсесян Арсен Тігранович
(П.І.Б.)

Спеціальності: 281 «Публічне управління та
адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Публічне управління та
адміністрування»

Миколаїв – 2024 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТАНУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ СКРИНІНГОВИМИ ПРОГРАМАМИ.....	8
1.1. Скринінги в системі охорони здоров'я.....	8
1.2. Міжнародний досвід реалізації державних скринінгових програм.....	22
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2	
СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ СКРИНІНГОВИМИ ПРОГРАМАМИ – ПРОТИДІЇ ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ.....	38
2.1. Скринінг програми – стратегія виявлення онкологічних захворювань для збереження здоров'я людини.....	38
2.2. Аналіз скринінгових програм протидії онкологічним захворюванням.....	47
2.3. Моніторинг ефективності скринінгу онкологічних захворювань.....	55
Висновки до розділу 2.....	59
РОЗДІЛ 3	
УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ СКРИНІНГОВИМИ ПРОГРАМАМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	62
3.1. Модель системи державного управління медичними скринінговими програмами в умовах воєнного стану.....	62
3.2. Організаційно-інституційні заходи та практичні рекомендації щодо вдосконалення системи державного управління медичними скринінговими програмами.....	78
Висновки до розділу 3.....	89
ВИСНОВКИ.....	92
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ЗН – злоякісні новоутворювання
- ЦГЗ – центр громадського здоров'я
- РПЗ – рак передміхурової залози
- НСЗУ – національна служба здоров'я України
- РМЗ – рак молочної залози
- РШМ – рак шийки матки
- КРР – колоректальний рак
- ПСА – простат-специфічний антиген
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- УОЗ – управління охорони здоров'я
- МОЗ – міністерство охорони здоров'я
- ДМСППОЗ – державні медичні скринінгові програми-протидії онкологічним захворюванням
- ЄС – Європейський Союз
- КВРД – країни з високим рівнем доходу
- КСРД – країни з середнім рівнем доходу
- КНРД – країни з низьким рівнем доходу
- НСК ВБ – Національний скринінговий комітет Великобританії
- НКРУ – Національний канцер-реєстр України
- ОЗ – охорона здоров'я
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- NHS – National Health Service
- DALY – disability-adjusted life years
- ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я
- ПМД - первинна медична допомога
- ПМГ – програма медичних гарантій (або програма державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення)
- ШІ – штучний інтелект

МІС – медична інформаційна система

ВРУ – Верховна рада України

РНБО – Рада національної безпеки і оборони

FOBT – fecal occult blood-test – тест калу на приховану кров
(біохімічний)

iFOBT – immunochemical fecal occult blood-test – імунохімічний тест калу
на приховану кров

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Реформування системи охорони здоров'я в Україні на принципах доступності, рівності та справедливості в отриманні медичної допомоги показує, що медична галузь суттєво відстає від країн ЄС в цьому питанні.

Окремої проблемою стає виявлення онкологічних захворювань, кількість яких з кожним роком зростає. Згідно статистичних даних, щороку від раку вмирає 90 тис. жителів України, з них 35 відсотків — особи працездатного віку. Зростання онкологічних хворих та смертності серед них вказує, по-перше, на низький рівень профілактики онкологічних захворювань; по-друге, недостатню обізнаність населення з онкологічних питань, та необхідності обов'язкового профілактичного медичного огляду; по-третє, недосконалість психологічної та правової підтримки онкологічних хворих.

Отже проблему лікування онкологічних хворих повинні вирішити державні медичні скринінгові програмами-протидії онкологічним захворюванням. Вивчення стану державного управління медичними скринінговими програмами вкрай актуально для України.

Теоретичним підґрунтям для вивчення теми скринінгових програм-протидії онкологічним захворюванням є праці вітчизняних та зарубіжних вчених таких як Л., Альберт, М. Боніоль, Дж. Вілсон, Г.А. Гайсенко, А. Гевін, Т. Дж. Гейтс, Н. Гойда, О. Євтушенко, А. Журбенко, Б. Кауфман, Т. Кисельова, В. Лехан, Е. Лукас, О. Любінець, Л. Матюха, Ю. Михайлович, А. Моррісон, І. Москера, П. Отье, Г. Слабкий, О. Сміянова, Л. Стаднюк, У. Супрун, Л. Чжан, Г. Юнгнер та інших.

Мета дослідження. Метою дослідження є теоретико-методологічні засади стану державного управління медичними скринінговими програмами.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

- охарактеризувати проблеми скринінгу в системі охорони здоров'я

з урахуванням міжнародного досвіду реалізації державних скринінгових програм;

- проаналізувати скринінгові програми протидії онкологічним захворюванням та ефективність їх реалізації;
- обґрунтувати модель системи державного управління медичними скринінговими програмами в умовах воєнного стану;
- запропонувати організаційно-інституційні заходи та практичні рекомендації щодо вдосконалення системи державного управління медичними скринінговими програмами.

Об'єктом дослідження є державна політика протидії онкологічним захворюванням в Україні.

Предметом дослідження є сучасний стан державного управління медичними скринінговими програмами-протидії онкологічним захворюванням.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що в роботі:

- розглянуто сучасний стан державного управління медичними скринінговими програмами-протидії онкологічним захворюванням в Україні в умовах воєнного стану;
- визначено поняття «скринінг програма», як стратегія виявлення онкологічних захворювань для збереження здоров'я людини;
- уточнено поняття «скринінг», як метод, що застосовується у системі охорони здоров'я, який має за мету допомогти виявити хвороби, для яких існують ефективні методи лікування, у людей без клінічних симптомів, з метою почати лікування на ранніх стадіях, для полегшення стану хворих та зниження смертності;
- запропоновано термін «державні медичні скринінгові програми-протидії онкологічним захворюванням» є ключовим у цій темі, пропоную його визначення: це організовані програми на рівні уряду, який пропонує і фінансує скринінг онкологічних захворювань для груп людей, які цього потребують.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що теоретичні напрацювання, висновки та рекомендації можуть бути використані в навчальному процесі Навчально-наукового інституту публічного управління та адміністрування при викладанні дисципліни «Психологія управління».

Апробація результатів дослідження. Основні положення дослідження висвітлено в тезах на міжнародній науковій конференції: «Ольвійський форум - 2024: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі» (м. Миколаїв червень 2024 р.).

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань використано систему загальнонаукових методів дослідження: аналіз, синтез, порівняння, індукція, дедукція, абстрагування, аналогія, узагальнення, систематизація та моделювання. Також в роботі використані: системний, порівняльно-правовий, структурно-функціональний, метод статистичного аналізу, прогностичний та інші.

Структура і обсяг роботи.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 111 сторінок, із них основного тексту – 93 сторінки. Список використаних джерел налічує 103 найменування.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТАНУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ СКРИНІНГОВИМИ ПРОГРАМАМИ

1.1. Скринінги в системі охорони здоров'я

Однією з ключових проблем охорони здоров'я громадян України є боротьба зі злоякісними новоутвореннями. Актуальність цієї проблеми підтверджується постійним зростанням кількості онкологічних захворювань, складнощами у своєчасній діагностиці, високою вартістю та складністю лікування, а також високим рівнем летальності. За даними центру громадського здоров'я (ЦГЗ) «рак є другою найпоширенішою причиною смерті після серцево-судинних захворювань у світі» [1]. Згідно з висновками дослідження Глобального тягача захворювань, у 2019 році у світі новоутворення спричинили смерть понад 10 млн людей та склали 17,83% від загальної кількості смертей. За прогностичним розрахунком економістів (Г. Кукуруза, М. Кухар, М. Лесик, О. Любченко) на 2025/26рр. кумулятивна кількість осіб, які могли б продовжити жити та генерувати ВВП лише завдяки боротьби з раком передміхурової залози (РПЗ) становить 8918 осіб (різної вікової групи), а для ВВП країни потенційна втрата від смерті цієї кількості осіб становила би 39.9 млн. доларів США (табл. 1.1) [2].

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) лише за 2022 рік витратила на лікування раку 8.4 млрд грн (табл. 1.2) [3].

Таким чином, онкологічні захворювання становлять значну проблему для системи охорони здоров'я як в Україні, так і в цілому світі, викликаючи велику кількість смертей та інвалідності, і створюючи значний фінансовий тягар для держави. Тому своєчасне виявлення та лікування онкологічних захворювань, зокрема раку, може суттєво поліпшити результати терапії, та

знизити фінансові витрати країни.

Таблиця 1.1

**КУМУЛЯТИВНА ВТРАТА ЕКОНОМІЧНО АКТИВНИХ ЧОЛОВІКІВ
ЧЕРЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ НА РПЗ**

Рік	Кумулятивна кількість осіб, які могли б продовжити жити та генерувати ВВП	дорослі до 65 років	пенсіонери 65+ років	Потенційна втрата ВВП, млн дол.
2025/26	8918	1936	6982	39.9

Складено на основі: [1]

Таблиця 1.2

**ДЕРЖАВНЕ ФІНАНСУВАННЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ В УКРАЇНІ
В ПЕРІОД 2020–2022 РР.**

Показник	2020р	2021р.	2022р
Загальна сума державного фінансування, млрд грн	3,1	4,5	8,4
Кількість пацієнтів на обліку, млн.осіб	1,0	1,2	1,1
Кількість пацієнтів на обліку з РПЗ, тис осіб (2022р. оцінка на базі 2021р.)	53	56	56
Частка від усіх пацієнтів з онкологічними захворюваннями, %	5,1	4,7	5,1
Витрати на 1 пацієнта з онкологічними захворюваннями, грн на 1 особу.	2981	3782	7636

Складено на основі: [3]

Одним із головних методів раннього виявлення онкологічних захворювань є скринінг (від англ. screening — «відбір, сортування»). Для того, щоб глибше зрозуміти сутність поняття скринінг та важливість дослідження цієї сфери, треба було б розпочати з наведення існуючих визначень цього терміну, але він має багато визначень, і важко виділити якесь одне універсальне.

Наведу існуючі визначення у табл. 1.3.

Таблиця 1.3

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕНЬ ПОНЯТТЯ «СКРИНІНГ»

Джерело	Визначення
Яценко Ю.Б., Ошивалова О.О., Шевченко М.В. Кондратюк Н.Ю.	«Скринінг – це масове обстеження населення з метою виявлення осіб з наявністю певного захворювання за відсутності клінічних симптомів та скарг» [3].
А. Морісон	«Скринінг - це обстеження осіб, які не мають клінічних симптомів захворювання, з метою виявлення раку в більш ранній стадії, ніж та стадія, на якій рак зазвичай виявляють за відсутності скринінгу» [4].
Керівництво «Плюси і мінуси скринінгу» Національного комітету зі скринінгу Об'єднаного Королівства (17.06.2021)	«Скринінг — це процес виявлення зовні здорових людей, які можуть мати підвищений шанс захворювання чи стану. Лікар, який проводить скринінг, пропонує подальші тести та/або лікування. Це робиться для того, щоб зробити вибір і зменшити пов'язані з цим проблеми чи ускладнення. Скринінг завжди має бути особистим вибором. На кожному кроці має надаватися точна, збалансована інформація» [5].
ВГО «Українська асоціація сімейної медицини» - Скринінг у первинній допомозі Клінічна настанова заснована на доказах	«Скринінг – це спроба ідентифікувати хворобу або стан перед хворобою у зовні здорових людей» [6].

На мою думку для повного розуміння сутності цього поняття можна скористатися таким визначенням: скринінг – це метод, що застосовується у системі охорони здоров'я, який має за мету допомогти виявити хвороби, для яких існують ефективні методи лікування, у людей без клінічних симптомів, з метою почати лікування на ранніх стадіях, для полегшення стану хворих та зниження смертності.

Варто також зазначити, що ряд науковців (Дж. Мандел, Р. Сміт (2008)) наголошують, що скринінг не є власне методом діагностики. Основною метою скринінгу, на думку цих авторів, є саме «виявлення груп ризику з найвищою ймовірністю захворювання, які потребують діагностичного обстеження для ідентифікації осіб, що фактично мають відповідну патологію» [4].

Теоретичною основою ефективності скринінгу стала теорія канцерогенезу, розроблена норвезьким науковцем А. Кнудсоном у 1981 році. Формування пухлини розглядається не як одноразова подія, а як послідовний ланцюг біологічних процесів, що супроводжуються накопиченням геномних пошкоджень (мутацій) у клітинах. Це призводить до якісних змін у їх структурі та функціях, які, зрештою, зумовлюють порушення диференціювання клітин і розвиток властивостей, характерних для злоякісних пухлин: інфільтративного росту, метастазування. Виявлення пухлин на ранніх стадіях їх розвитку сприяє кращому прогнозу та успішності лікування, оскільки новоутворення ще не зазнали значних якісних змін, властивих прогресивному розвитку хвороби [18].

Водночас це твердження часто створює ілюзію безмежних можливостей покращення результатів лікування за рахунок раннього виявлення, що здійснюється за допомогою скринінгу. Однак не всі види злоякісних пухлин є об'єктом скринінгу. Ефективність скринінгу в онкології значною мірою залежить від біологічних характеристик виникнення та розвитку пухлин, зокрема кінетики їх росту. Ці особливості значно впливають на ефективність скринінгових програм і формують певний скептицизм щодо їх універсальної ролі в боротьбі зі злоякісними новоутвореннями.

Тим не менше скринінг є важливим методом в медицині, тому для розуміння цієї важливості пропонуємо поглянути дещо в історію. Скринінг, як метод масового обстеження населення для раннього виявлення захворювань почав розвиватися ще на початку ХХ століття. В 1930-х роках однією з перших технологій скринінгу була флюорографія. У цей період вона почала використовуватися для масових обстежень населення з метою раннього

виявлення туберкульозу. Завдяки цьому методу вдалося виявити значну кількість хворих, які раніше не підозрювали про своє захворювання [7].

У 1940-х роках флюорографія стала основним методом скринінгу на туберкульоз у багатьох країнах світу. Розробка портативних флюорографічних апаратів дозволила проводити обстеження навіть у віддалених регіонах, що сприяло зниженню захворюваності та смертності від туберкульозу.

Також однією з перших програм скринінгу була програма спрямована на виявлення фенілкетонурії у новонароджених. У 1960-х роках Роберт Гатрі розробив тест, який дозволяв виявляти це захворювання за допомогою аналізу краплі крові, нанесеної на фільтрувальний папір. Цей метод став основою для неонатального скринінгу, що дозволяє виявляти спадкові хвороби обміну речовин у новонароджених.

У розвитку скринінгових програм для протидії безпосередньо онкологічним захворюванням можна виділити кілька ключових етапів, починаючи з середини ХХ століття.

1950-1960-ті роки: початок організованих скринінгових програм. У цей період були впроваджені перші організовані скринінгові програми, спрямовані на раннє виявлення раку шийки матки та молочної залози. Зокрема, у 1960-х роках у Великій Британії та США розпочалися масові обстеження жінок за допомогою ПАП-тесту для виявлення передракових змін у шийці матки. Ці програми продемонстрували ефективність у зниженні смертності від раку шийки матки.

1970-1980-ті роки: розширення скринінгових програм. У 1970-х роках розпочалися дослідження щодо ефективності мамографії, як методу скринінгу раку молочної залози (РМЗ), а вже з 1980х років спочатку у Швеції, а потім у Нідерландах, Північній Ірландії, Норвегії, Бельгії, Фландрії, були впроваджені програми мамографічного скринінгу на національному рівні, що згідно досліджень показало зниження смертності від раку молочної залози на 16%-29% [8].

1990-2000-ті роки: етап нових скринінгів та нових сумнівів. У цей період з'явилися нові методи скринінгу, такі як тестування на приховану кров у калі для виявлення колоректального раку (КРР) та визначення рівня простат-специфічного антигену (ПСА) для скринінгу раку передміхурової залози. Водночас розпочалися дискусії щодо доцільності та ефективності деяких скринінгових програм, зокрема ПСА-тестування, та мамографії через можливість хибнопозитивних результатів гіпердіагностики та проведення недоцільних або травматичних операцій.

2010-2020-ті роки: зміни та інновації у скринінгу, впровадження молекулярно-генетичних методів. У цей період активно впроваджувалися молекулярно-генетичні методи скринінгу, зокрема визначення Т-клітинних рецепторних ексцизійних кілець (TREC) та каппа-делетуючих ексцизійних кілець (KREC) для раннього виявлення тяжких комбінованих імунodefіцитів у новонароджених. З розвитком генетики та молекулярної біології з'явилися можливості для персоналізованого скринінгу, що враховує індивідуальні генетичні ризики пацієнтів. Наприклад тест на мутації в генах BRCA1 та BRCA2 дозволяє визначити спадкову схильність до розвитку РМЗ та раку яєчників та дає можливість вжити превентивних заходів [9].

На сьогоднішній день увесь світ працює над проблемою ранньої діагностики онкологічних захворювань. І ми бачимо на прикладі історії, що скринінгові методи, з'явившись на медичній арені та потрапивши у поле зору держави, поступово визнавалися необхідними та вартими того, щоб бути включеними до протоколів як методи скринінгу або навіть до державних скринінгових програм.

На глобальному рівні проблема ранньої діагностики онкологічних захворювань є надзвичайно актуальною. Різноманіття існуючих лабораторних та інструментальних методів може створювати ілюзію необхідності проведення численних обстежень одночасно. Широкий доступ до інформації сьогодні не завжди супроводжується навичками її аналізу, що може призводити до «медичної прокрастинації» або, навпаки, до надмірної

гіпердіагностики. Додатково, стигма, пов'язана з раком та скринінгом, може стримувати людей від проходження обстежень, навіть у разі безкоштовного їх надання, через страх отримати діагноз «невиліковної хвороби».

Як правило, на ранніх стадіях рак не проявляє жодних симптомів, тому пацієнти звертаються на прийом до лікаря з будь-яких інших причин і завдання лікаря первинної ланки направити пацієнта, що звернувся до нього з будь-якої причини, на скринінгове дослідження. Але постають питання – чи усіх підряд направляти та на які саме дослідження, як не забути про скринінг, якщо людина звернулася із зовсім іншою проблемою. Враховувати треба і те, що лікар первинної ланки займається завжди мультизадачними проблемами, і він не сфокусований лише і тільки на проблемі онкологічних захворювань, тому навіть при ідеально працюючому скринінговому методі, навіть самий досвідчений лікар може забути або не встигнути дати рекомендацію пройти необхідне дослідження.

Тому вирішити питання про те, як саме налагодити ранню діагностику, – це не лише медична проблема, не лише завдання лікаря чи відповідальність самого пацієнта. Це питання, яке потребує вирішення на рівні медичного менеджменту: як директором закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) первинної медичної ланки, так і на рівні міського та обласного управлінь охорони здоров'я (УОЗ). Крім того, воно має розглядатися на рівні державних медичних скринінгових програм-протидії онкологічним захворюванням (ДМСРПОЗ).

Оскільки термін «державні медичні скринінгові програми-протидії онкологічним захворюванням» є ключовим у цій темі, пропоную його визначення: це організовані програми на рівні уряду, який пропонує і фінансує скринінг онкологічних захворювань для груп людей, які цього потребують. Ці програми зазвичай проводяться в ЗОЗ на первинній ланці, таких, як поліклініки та амбулаторії. Переваги скринінгових програм полягають у тому, що вони здатні зменшити смертність від раку, покращити

результати його лікування, знизити витрати на його лікування та збільшити шанси на виживання людей з цією групою захворювань [10].

Фахівці підкреслюють, що при формуванні ДМСППОЗ мають бути враховані всі аспекти – медичні, психологічні, соціально-економічні тощо, а обґрунтування вибору видів скринінгу відбуватись на засадах доказової медицини [11].

Ще майже 50 років назад у 1968р. Дж. Уілсон та Г. Юнгнер запропонували 10 принципів раннього виявлення хвороби. Ці принципи виявились актуальними і по сьогоднішній день, та їх використовують у своїх дослідженнях велика кількість науковців, а також ВООЗ. Перераховані принципи отримали назву «критерії Вільсона-Юнгнера» про які ми ще не раз згадаємо. До цих принципів відносяться наступні:

- 1) «Захворювання, яке є об'єктом пошуку, має становити серйозну проблему для здоров'я населення.
- 2) Загальноприйняте лікування для пацієнтів із виявленим захворюванням.
- 3) Доступні засоби для діагностики та лікування.
- 4) Має існувати впізнаваний латентний або ранній симптоматичний етап захворювання.
- 5) Має бути наявний відповідний тест або метод обстеження.
- 6) Тест має бути прийнятним для населення.
- 7) Природний перебіг захворювання, включаючи його розвиток від латентної стадії до явної, повинен бути достатньо добре вивченим.
- 8) Узгоджена політика щодо того, кого слід лікувати як пацієнтів.
- 9) Вартість виявлення випадків захворювання (включно з діагностикою та лікуванням пацієнтів) має бути економічно збалансованою з урахуванням можливих витрат на медичну допомогу в цілому.
- 10) Виявлення випадків захворювання має бути безперервним процесом, а не одноразовим проєктом» [10, р. 26-27].

У 2001 році, проводячи оцінку досліджень у сфері онкологічного скринінгу, доктор медицини Томас Дж. Гейтс запропонував адаптовані характеристики ідеальної скринінгової програми (табл 1.4) [12].

Отже перед нами постає наступне питання: чому для формування ДМСШПОЗ необхідно враховувати стільки факторів та недостатньо просто знати про існування певного скринінгового методу для його впровадження на державному рівні? Відомо, що скринінгові методи не є ідеальними, адже їх результати можуть бути як хибно-позитивними, тобто виявляти хворобу там, де її немає, так і хибно-негативними, тобто не виявляти існуючу хворобу. Крім того, використання скринінгу потребує значних ресурсів (матеріальних, фінансових, медичних тощо) на тлі того, що більшість обстежених осіб виявляються здоровими. Також поява деяких скринінгових методів не завжди виявляє їх реальну ефективність, більш того, інколи можна прослідкувати і шкоду від організації масових скринінгових програм на державному рівні.

Таблиця 1.4

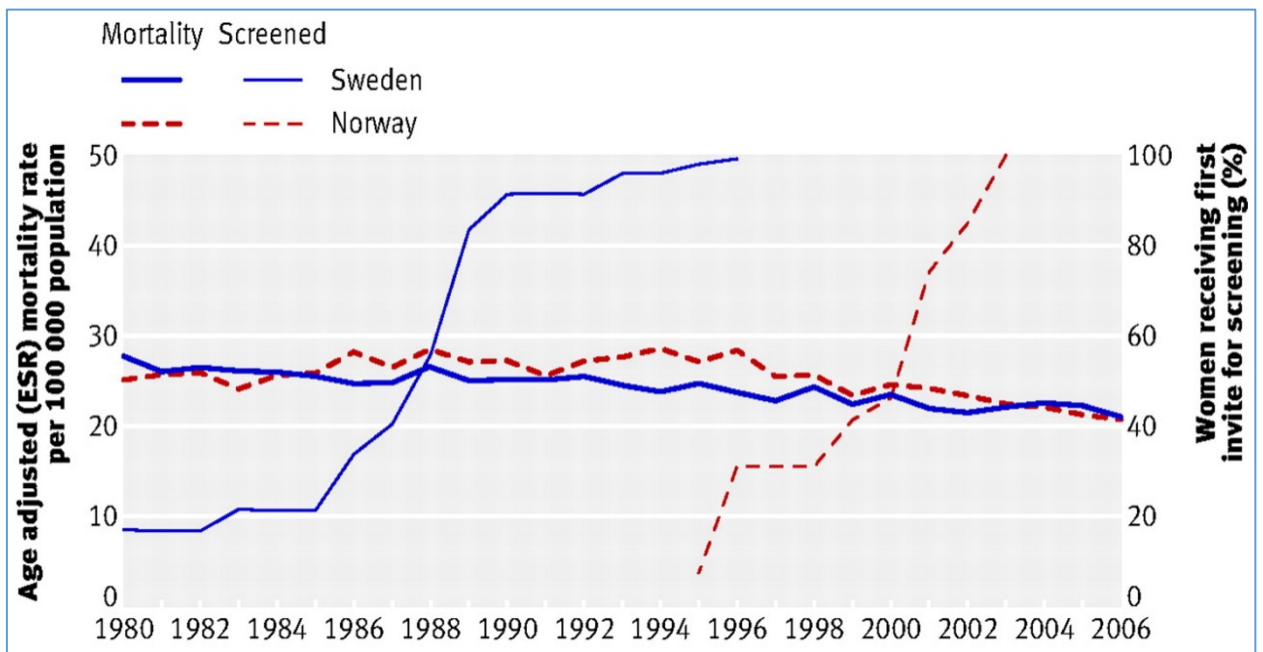
ХАРАКТЕРИСТИКИ ІДЕАЛЬНОЇ СКРИНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ

Особливості захворювання	Захворювання має бути поширеним або мати серйозні наслідки, що виправдовують зусилля й ресурси для його раннього виявлення. Має існувати часова можливість для виявлення захворювання до появи клінічних симптомів. Лікування захворювання на ранніх стадіях повинно забезпечувати кращі результати, ніж на пізніх стадіях.
Особливості тесту	Тест повинен мати високу чутливість для виявлення захворювання в асимптоматичний період. Має мінімізувати хибнопозитивні результати, щоб уникнути надмірної діагностики та непотрібних втручань. Тест повинен бути зручним, безпечним і викликати мінімальний дискомфорт, щоб забезпечити добровільну участь.
Особливості популяції, яка проходить скринінг	Захворювання має бути досить поширеним у цільовій популяції, щоб виправдати витрати на скринінг. Має бути можливість для швидкого доступу до подальшого обстеження та лікування після скринінгу. Пацієнти повинні бути готові пройти додаткові обстеження й, у разі потреби, розпочати лікування.

Джерело: складено автором на основі: [12]

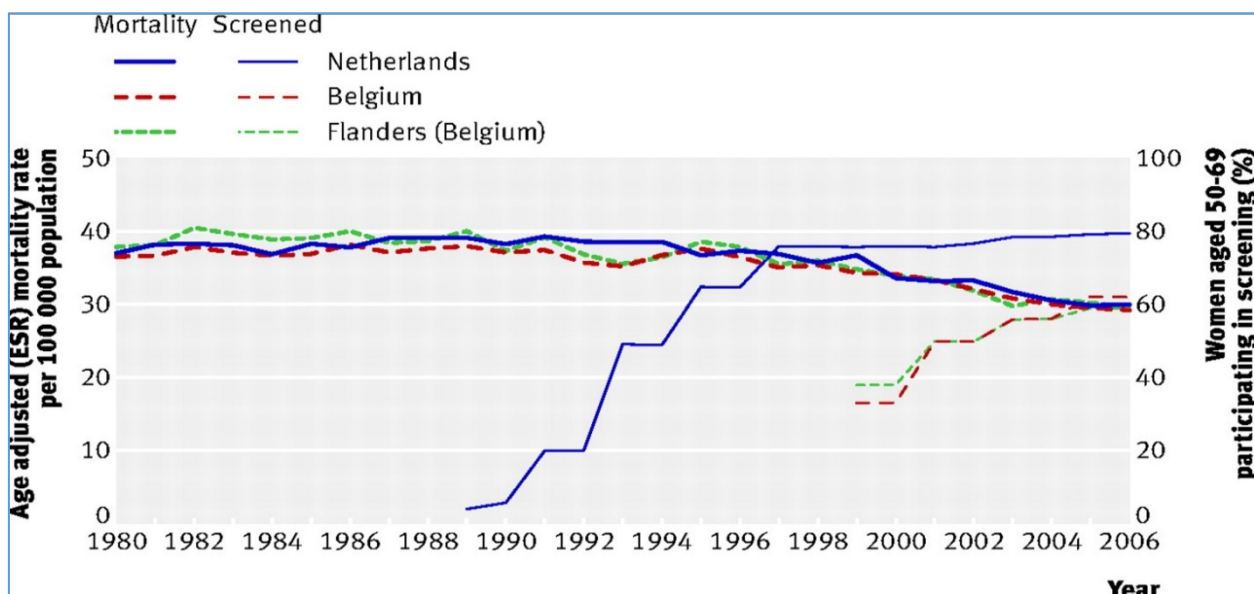
З цього приводу далі будуть наведені ще ряд публікацій та історичних фактів, що глибоко розкривають необхідність застосування ретельного науково-обґрунтованого підходу до впровадження ДПСПОЗ. І даний екскурс я би хотів провести на основі досліджень мамографії, як скринінгового методу.

Так, наприклад, в тому ж дослідженні, яке вже згадувалось [8], вчені прослідкували динаміку смертності від РМЗ та відсотку охоплення даним скринінговим методом жінок різних країн (Мал.1.1, та 1.2).



Мал.1.1. Динаміка смертності від раку молочної залози (віковозалежна смертність, ESR) у Нідерландах та Бельгії, та відсоток жінок, які отримали запрошення на скринінг у цих країнах).

Складено на основі: [8]



Мал.1.2. Динаміка смертності від раку молочної залози (віковозалежна смертність, ESR) у Швеції та Норвегії та відсоток жінок, які отримали запрошення на скринінг у цих країнах.

Складено на основі: [8]

Виходячи з цих графіків, з одного боку ми можемо чітко прослідкувати зв'язок між рівнем охоплення населення програмами скринінгу та динамікою зниження смертності (смертність знижувалась на 16-29%). У Нідерландах або Норвегії, де організований скринінг був добре структурованим та доступним, показники смертності знизилися значно швидше. І це могло б свідчити про високу ефективність масового скринінгу, особливо якщо програми впроваджуються систематично, з урахуванням доказової бази. Але ми також бачимо, що приблизно ті самі показники досягнуті і в інших країнах, і вже у 2006 році кінцеві точки показали майже однаковий відсоток зниження смертності від РМЗ для країн, які започаткували ДМСППОЗ раніше та створили 100%-ий доступ до мамографії та країн, які започаткували скринінг значно пізніше і охоплення було досягнуто лише на 60-80%.

Ці дані породили сумніви з приводу реальної залежності між мамографією та зниженням смертності від РМЗ. Було припущено, що така залежність спостерігалась через чинники, які не враховувались у дослідженні.

Зокрема: удосконалення методів лікування, зменшення факторів ризику, маскування пухлин тінню рентгенологічно щільного фіброгландулярного комплексу у молодих жінок, наявність фіброзно-кістозної мастопатії, виконання мамографії у другій фазі менструального циклу, період лактації чи запальні процеси у молочних залозах, а також помилки під час позиціонування грудної залози чи недостатня компресія тканин під час обстеження [13].

Більш того, через гіпердіагностику (встановлення діагнозу РМЗ там, де його не було насправді), яку породили скринінгові програми, збільшилась частка мастектомій (видалення молочних залоз) серед пацієнток, яким мастектомія насправді не була показана. А сама гіпердіагностика була породжена ще й якістю обладнання.

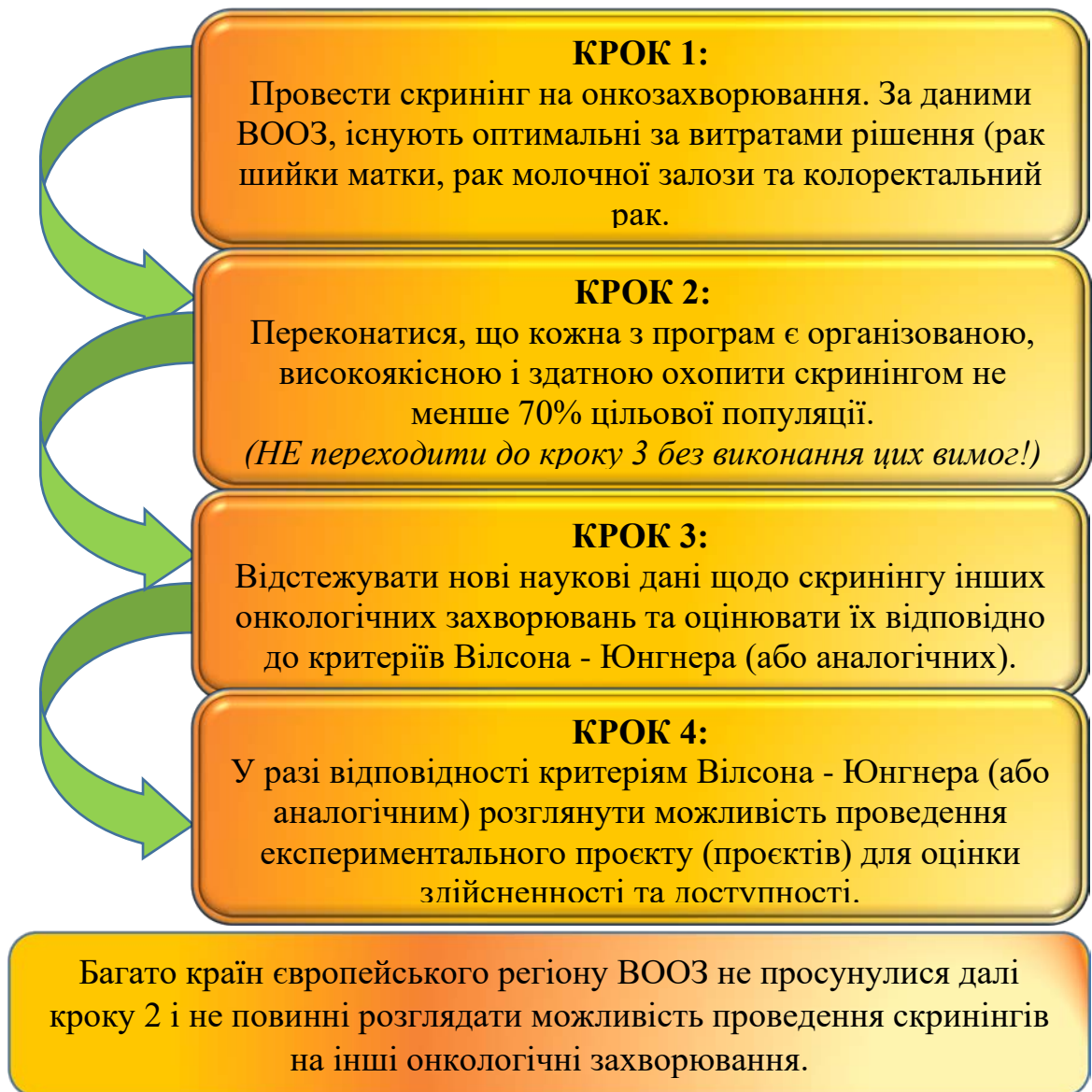
Як зауважує Ю. Михайлович: «Слід зазначити, що відповідно до рекомендації ВООЗ доцільним для діагностики РГЗ на ранніх стадіях є апарат, що дозволяє одержувати зображення з роздільною здатністю не менше 20 пар ліній на 1 мм для аналогових, і 20 пікселів на 1 мм – для цифрових установок. Апарати з меншою роздільною здатністю не придатні для ранньої діагностики новоутворень грудної залози. Крім цього, слід врахувати також ефективність перетворення, що прямо вказує на те, скільки інформації не буде втрачено. Наприклад, якщо роздільна здатність мамографічної плівки становить 20 пар ліній на 1 мм, тоді роздільна здатність системи екран-плівка при використанні неспеціалізованих екранів буде лише 10 пар ліній на 1 мм. Тому вкрай важливим для отримання якісних мамограм є використання спеціальних плівок та екранно-касетних пристроїв. При цьому обов'язковим є суворе дотримання рекомендованих режимів проявлення з використанням баків-танків або застосування проявних машин із подібними режимами» [14].

Ці спори у науковому середовищі велись приблизно 50 років. Виходили дослідження, які вказували на ефективність мамографії та зменшення смертності від РМЗ, інші – навпаки, про шкідливість цього скринінгового методу і недоцільність його проведення. І лише вперше у 2014 році ВОЗ остаточно дала наступні висновки: «Є докази для всіх вікових груп, що

організовані популяційні програми мамографічного скринінгу можуть знижувати смертність від РМЗ приблизно на 20% серед жінок, запрошених до участі, у порівнянні з тими, хто не був запрошений. Загалом, користь скринінгу, порівняно з можливими шкодами, видається незначною, особливо серед молодших і старших жінок. Існує невизначеність щодо масштабу шкоди, зокрема переобстеження та надмірного лікування. Крім того, найкраще співвідношення користі та ризиків забезпечує скринінг з інтервалом у два роки» [15, с. 22]

Далі у 2015-2016 роках три серйозні американські організації (ACS, USPSTF, ACOG) опублікували керівництва щодо скринінгу РМЗ. Усі три директиви погоджуються, що профілактичні мамографічні обстеження у жінок без симптомів РМЗ, за відсутності факторів ризику, доцільно проводити у віковій групі від 50 до 74 років. Аналогічний підхід реалізується в скринінговій програмі Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHSBSP), де до обстежень залучають жінок у віці від 50 до 64 років [16].

З огляду на вищевказане варто звернути увагу ще на одні рекомендації, які надає ВООЗ щодо покрокового підходу до реалізації програм скринінгу на онкологічні захворювання (Мал.1.3) [17, с. 38].



Мал.1.3. Покроковий підхід до реалізації програм скринінгу на онкологічні захворювання.

Джерело: складено автором на основі [17]

Отже, скринінгові програми є невід'ємною частиною сучасної системи охорони здоров'я, особливо у боротьбі з онкологічними захворюваннями. Постійне зростання захворюваності на рак, високий рівень смертності та значний фінансовий тягар на державу підтверджують нагальну необхідність розвитку та впровадження ефективних скринінгових заходів. Однак користь скринінгу повинна розглядатися в контексті можливих ризиків, включаючи переобстеження та надмірне лікування, а також значні матеріальні та людські

витрати. Важливим залишається забезпечення доступності обстежень і навчання лікарів первинної ланки, які часто стикаються з мультизадачними викликами. Для України скринінгові програми є перспективним інструментом для покращення стану охорони здоров'я населення. Проте їх ефективність залежить від впровадження якісних національних стандартів скринінгу, якісного управління, належного фінансування, технічного забезпечення та інформаційного супроводу.

1.2. Міжнародний досвід реалізації державних скринінгових програм

Для того, щоб програми скринінгу ефективно працювали, вони потребують ретельного та ефективного планування, залучення відповідних фінансових та людських ресурсів, і обов'язково суворого контролю якості. Багато держав-членів ЄС подають приклад в організованості та масовому охопленні скринінговими програмами, але якщо звертати увагу до покрокового підходу ВООЗ по реалізації онкоскринінгу багато з цих країн не просунулися далі другого кроку із чотирьох існуючих. Це означає, що навіть для розвинутих країн відстеження та оцінювання нових скринінгових методик на відповідність до критеріїв Вільсона-Юнгнера, вже не говорячи про проведення пілотних проєктів по їх впровадженню на державному рівні, представляє собою значний виклик. Тому, орієнтуючись на рекомендації ВООЗ було з'ясовано, що державний скринінг на онкологічні захворювання варто проводити для тих нозологій, для яких існують оптимальні економічні рішення і до них відносяться РШМ, РМЗ та КРР. Тим не менше, з метою покращення стану управління ДМСПОЗ в Україні нам варто зважати на досвід країн, які в будь-якому разі краще змогли реалізувати ці програми, та постійно шукати можливості яким чином цей досвід можливо реалізувати в нашій державі.

Одним із найзручніших інструментів яким можна скористатися для досягнення цієї мети – це проєкт CanScreen5. CanScreen5 – це глобальна база даних, створена для оцінки стану та результативності програм скринінгу РШМ, РМЗ та КРР, спираючись на стандартизований набір критеріїв і показників. Інформація на цьому ресурсі, отримана переважно від МОЗ різних країн, проходить перевірку якості та згодом стає доступною для широкого загалу через веб-портал. База даних включає у себе набір таких показників, які використовуються переважно в усіх країнах світу, як стандарт індикаторів виконання скринінгових програм (табл. 1.5).

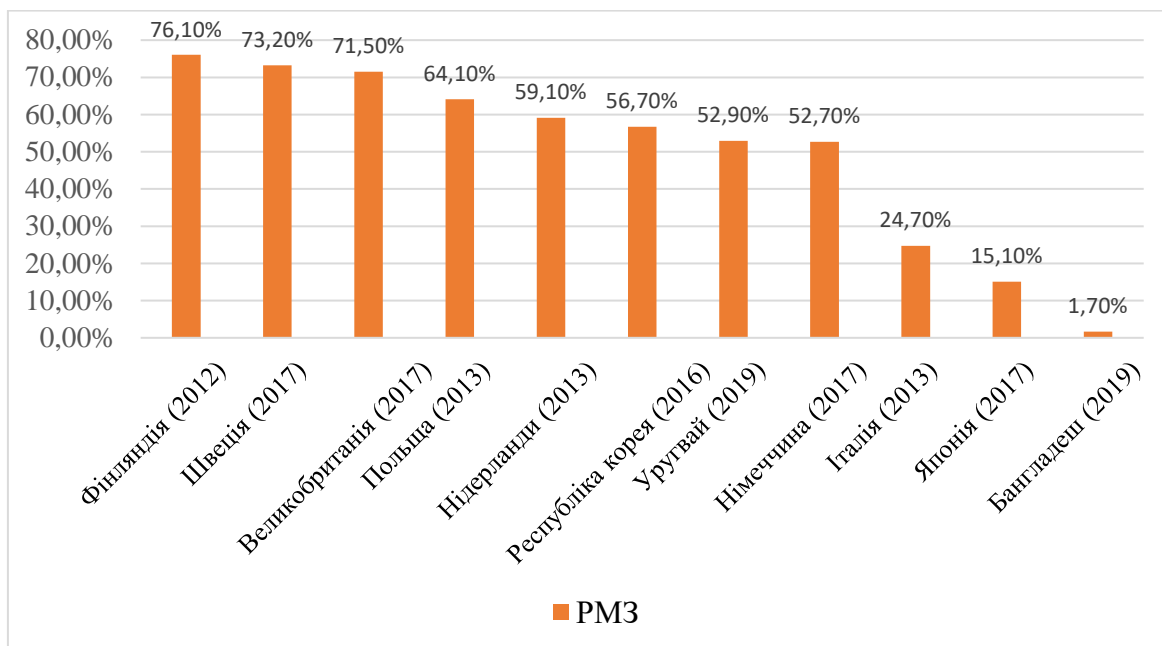
Табл 1.5

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ ПРОГРАМ СКРИНІНГУ

Показник	Чисельник	Знаменник
Охоплення запрошенням (%)	Кількість осіб, запрошених особисто	Кількість осіб, які відповідають вимогам
Рівень участі (%)	Кількість обстежених осіб із запрошених	Кількість осіб, запрошених на епізод скринінгу
Охоплення обстеженням (%)	Кількість осіб, які підлягають скринінгу,	Кількість осіб, які відповідають критеріям.
Рівень подальшого оцінювання (%)	Кількість осіб із позитивним результатом, потребують досліджень	Кількість обстежених осіб, для яких доступні результати тестування
Рівень участі в подальшій оцінці (%)	Кількість осіб, які пройшли подальшу оцінку	кількість осіб з позитивним, потребують оцінки
Додаткова оцінка (%)	Кількість, хто пройшов скринінг та направлений на додаткове обстеження	Кількість тих, хто пройшов скринінг
Рівень участі в подальшому оцінюванні (%)	Кількість тих, хто прийняв участь у додатковому обстеженні	Кількість тих, хто був направлений на додаткове обстеження
Рівень виявлення (на 1000)	Кількість із патологічно підтвердженим передраком/раком	Кількість осіб, які пройшли скринінг
Позитивна прогностична цінність скринінгового тесту (%)	Кількість осіб з патологічно підтвердженим передраком/раком	Кількість осіб із позитивним результатом скринінгу проведено подальшу оцінку

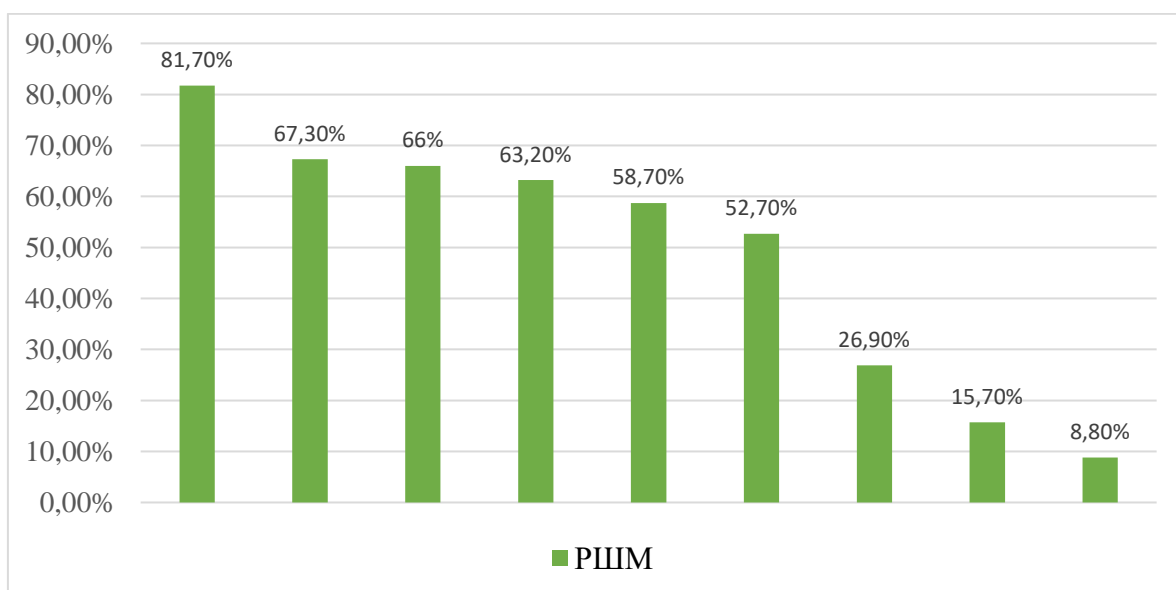
Джерело: складено автором на основі [20].

З метою оцінити ефективність ДМСПОЗ в різних країнах світу за даними CanScreen5, було вирішено орієнтуватись на показник «рівень участі», адже на мою думку він відображає головну ціль успішності виконання скринінгової програми, а саме – цільове проходження скринінгу після запрошення. Нижче наведені графіки, що відображають зазначений показник у різних країнах світу (мал. 1.4, 1.5, 1.6).



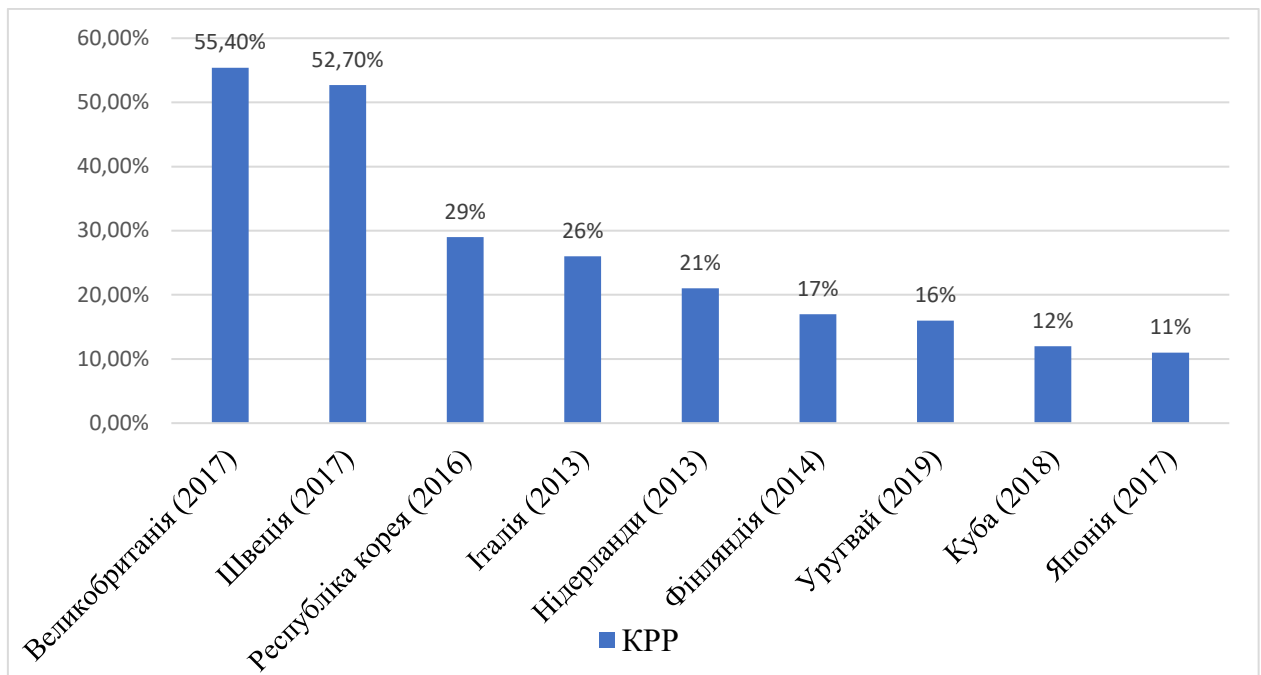
Мал. 1.4. Рівень участі населення різних країн у скринінгу на РМЗ

Джерело: складено автором на основі [21]



Мал. 1.5 Рівень участі населення різних країн у скринінгу на РШМ

Джерело: складено автором на основі бази даних CanScreen5 [21]

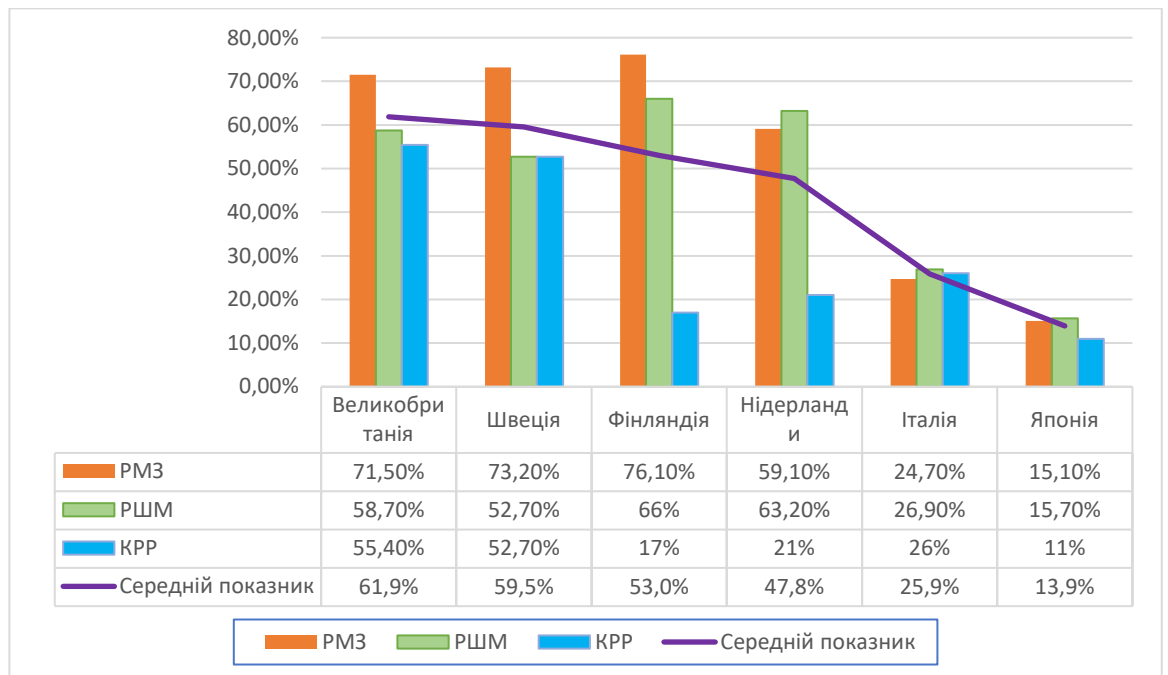


Мал. 1.6 Рівень участі населення різних країн у скринінгу на КРР
Джерело: складено автором на основі бази даних CanScreen5 [21]

Отже з наведених у графіках даних можна прослідкувати позиції лідерів по скринінгу РМЗ - це Фінляндія (76,1%), Швеція (73,2%) та Великобританія (71,5%), а на останньому місці Японія (15,1%) та Бангладеш (1,7%). По скринінгу РШМ на лідерами є Куба (81,7%), Уругвай (67,3%) та Фінляндія (66%). Великобританія у цьому списку знаходиться в середині, але показники також доволі високі, хоча і недостатні (58,7%), а останні місця посідає Японія (15,7%) та Бангладеш (8,8%). І щодо скринінгу КРР лідерами є Великобританія (55,4%), Швеція (52,7%) та Республіка Корея (29%). Фінляндія незважаючи на високі показники скринінгу РМЗ та РШМ, не змогла показати значних результатів по скринінгу КРР (17%), а останнє місце знову посідає Японія (11%).

Але важко об'єктивно характеризувати успішність управління ДМСПО, якщо країна показала результативність лише по одному напрямку. Тому, якщо враховувати країни, які звітували по всім трьом напрямкам то ми матимемо в середньому найкращі показники скринінгу у Великобританії, потім у Швеції і нарешті у Фінляндії (Мал. 1.7). Саме тому пропоную розглянути особливості устрою системи скринінгу перш за все у

вищезазначених лідерів та для порівняння розглянемо і Японію, адже, не дивлячись на її високий економічний рівень розвитку, вона показала дуже низькі результати в охопленні свого населення скринінгом онкозахворювань. З цією метою розглянемо на скільки якісною була організація в цих країнах онкоскринінгу, базуючись на параметрах наведених у табл. 1.7.



Мал.1.7 Середній рейтинг країн по охопленню скринінгом на РМЗ, РШМ та КРР.

Джерело: складено автором на основі бази даних CanScreen5 [21]

При детальному аналізі даних (табл 1.6) можна зробити ряд висновків: по-перше, досвід Великобританії, Швеції, Фінляндії, Нідерландів та Італії демонструє, що доступність скринінгових програм є важливим фактором їхньої ефективності. У зазначених країнах скринінгові тести для трьох основних видів раку – надаються безкоштовно. Наприклад, Великобританія пропонує безкоштовне тестування та діагностичні дослідження для всіх трьох видів раку, коли Швеція та Фінляндія – лише для скринінгу РМЗ. Японія демонструє менш ефективні показники, оскільки відсутність безкоштовних

діагностичних досліджень значно обмежує рівень участі населення у скринінгу.

Табл.1.6

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ ОНКОСКРИНІНГУ У РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ [21]

		Великобританія	Швеція	Фінляндія	Нідерланди	Італія	Японія
Особа/команда/установа, відповідальна за координацію програми:	PM3	Так	Так	Так	Так	Так	Так
	РШМ	Так	Так	Так	Так	Так	Так
	КРР	Так	Так	Так	Так	Так	Так
Виділений бюджет на програму скринінгу	PM3	Так	Так	Так	Так	Так	Так
	РШМ	Так	Так	Так	Так	Так	Так
	КРР	Так	Так	Так	Так	Так	Так
Задokumentована політика онкоскринінгу	PM3	Так	Так	Так	Так	Так	Так
	РШМ	Так	Так	Так	Так	Так	Так
	КРР	Так	Так	Так	Так	Так	Так
Характер документування політики	PM3	Рекомендація	Рекомендація	Рекомендація	Закон	Закон	Сповідення
	РШМ	Рекомендація	Рекомендація	Рекомендація	Закон	Закон	Сповідення
	КРР	Рекомендація	Рекомендація	Рекомендація	Закон	Рекомендація	Сповідення
Рік коли розпочато програму	PM3	1988р.	1986р.	1987р.	1989р.	1990р.	1987р.
	РШМ	1988р.	1967р.	1963р.	1970р.	1989р.	1983р.
	КРР	2006р.	2008р.	2004р.	2014р.	1982р.	1992р.
Безкоштовні скринінгові тести	PM3	Так	Так	Так	Так	Так	Ні
	РШМ	Так	Так	Так	Так	Так	Ні
	КРР	Так	Так	Так	Так	Так	Ні
Безкоштовні діагностичні дослідження	PM3	Так	Так	Так	Так	Так	Ні
	РШМ	Так	Ні	Ні	Так	Так	Ні
	КРР	Так	Ні	Ні	Ні	Так	Ні
Метод запрошення на скринінг	PM3	-	Лист	Лист	Лист	Лист	-
	РШМ	Лист	Лист	Лист	Лист	Лист	-
	КРР	Лист	Лист	Лист	Лист	Лист	-
Набір для скринінгу додається до запрошення	РШМ	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	-
	КРР	Так	Так	Так	Так	Ні	-

По-друге, законодавче регулювання програм скринінгу в Нідерландах та Італії забезпечує їхню стабільність та ефективність. Зокрема, Нідерланди використовують чітко документовану політику та додають набори для скринінгу КРР до запрошень, що суттєво підвищує рівень участі населення. У Великобританії та Швеції, де програми базуються на рекомендаціях, також досягнуто високого рівня охоплення, однак ці моделі вимагають значних організаційних зусиль.

Також можна прослідкувати, що ефективна організація скринінгу залежить від системи запрошень. Листи-запрошення для участі в скринінгу широко використовуються у Великобританії, Швеції, Фінляндії та Нідерландах. Зокрема, у Нідерландах для скринінгу на КРР до запрошень додається набір для тестування, що значно підвищує охоплення населення. Водночас у Японії ця практика відсутня, що може пояснювати нижчі показники участі.

Далі ми бачимо, що Фінляндія стала першою країною, яка у 1963 році впровадила популяційний скринінг на РШМ. І, з одного боку, цей досвід підкреслює важливість раннього запровадження програм скринінгу для досягнення сталих результатів, адже у Нідерландах він був розпочатий у 2014 році і досяг показника лише у 21%, а Великобританія зі Швецією ввели цю програму майже на 10 років раніше і досягли рівня дещо більше 50%. Але з іншого боку Фінляндія хоча і почала скринінгову програму у 2004 році, але її показники гірші, ніж у Нідерландах. Можливо це пов'язано з тим, що в Нідерландах скринінг був введений на рівні закону, в той час, як у Фінляндії – на рівні рекомендації.

Цікавим рішенням для більшості країн було додавання до запрошення на КРР-скринінг набору для проведення цього скринінгу, і як показують цифри це так чи інакше спрацювало.

Тепер можна детально розглянути систему охорони здоров'я у Великобританії:

Система охорони здоров'я Сполученого Королівства (система Беверіджа) складається із Національної служби охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка забезпечує безкоштовну медичну допомогу для всіх законних мешканців країни, Департаменту охорони здоров'я – урядовий орган, що займається створенням та контролем впровадження законів та нормативних актів у медичній сфері та третій тип державного органу – Стратегічне управління охорони здоров'я.

NHS фінансується переважно за рахунок загального оподаткування (і складає близько 90% бюджету охорони здоров'я), що дозволяє надавати більшість медичних послуг безкоштовно на момент їх отримання [23]. Це дозволяє забезпечити рівний доступ до медичних послуг незалежно від фінансового стану пацієнта.

NHS складається з чотирьох окремих організацій, що діють у різних частинах Сполученого Королівства: NHS Англії, Шотландії, Уельсу і північної Ірландії [24, с. 7]. Кожна з цих організацій працює незалежно, але всі вони дотримуються спільних принципів надання медичної допомоги.

NHS надає широкий спектр медичних послуг, включаючи первинну медичну допомогу, спеціалізоване лікування, стоматологічні та офтальмологічні послуги. Деякі послуги, такі як стоматологічне лікування та рецептурні ліки, можуть вимагати часткової оплати, але існують пільги для певних категорій населення.

Поряд з NHS існує приватний медичний сектор, який надає додаткові послуги для тих, хто бажає та може за них платити. Проте більшість населення користується саме послугами NHS.

Загалом, система охорони здоров'я Великобританії спрямована на забезпечення доступної та якісної медичної допомоги для всіх мешканців країни, незалежно від їхнього соціального чи економічного статусу.

Але питаннями скринінгу в країні займається окрема структура – це Національний скринінговий комітет Великобританії (НСК ВБ), який

консультує міністрів і NHS у 4 країнах Великобританії щодо всіх аспектів скринінгу та підтримує впровадження програм скринінгу [25].

НСК ВБ працює у співпраці з Департаментом охорони здоров'я та соціального захисту Великої Британії, а також з урядами Шотландії, Уельсу та Північної Ірландії. Комітет підтримує впровадження скринінгових програм, розробляє високорівневі стандарти та здійснює нагляд за доказовою базою, що стосується балансу користі та шкоди, а також загальної економічної ефективності існуючих програм.

Таким чином, НСК ВБ є ключовим органом, що формує політику скринінгу у Великій Британії, надаючи незалежні експертні рекомендації урядам та NHS у всіх чотирьох країнах Сполученого Королівства, і вірогідно, що високі показники виконання скринінгових програм в країні зобов'язані не лише існуванню системи NHS але й зі створенням, належним функціонуванням та тісною співпрацею з НСК ВБ.

Цей аспект важливо підкреслити для того, щоб у подальшому зрозуміти, що може використати для себе у цьому русі Україна, адже трансформація системи охорони здоров'я в нашій державі, започаткована у 2018 році була основана саме на британській моделі [26].

Тепер розглянемо систему охорони здоров'я Швеції. Вона є децентралізованою. Відповідальність за надання медичних послуг покладається на 21 регіон (регіональні ради) та 290 муніципалітетів, що дозволяє враховувати місцеві потреби та особливості. Основним джерелом фінансування є податки, зібрані на національному та місцевому рівнях. Це забезпечує рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян та резидентів країни. Первинна медична допомога надається через медичні центри, де працюють лікарі загальної практики, медсестри та інший медичний персонал. У разі необхідності пацієнтів направляють до спеціалізованих закладів вторинного або третинного рівня [27].

Організація скринінгових програм у Швеції є спільною відповідальністю національних органів охорони здоров'я та регіональних

влад. На національному рівні Соціальна служба Швеції (Socialstyrelsen) розробляє рекомендації щодо впровадження скринінгових програм. Однак остаточне рішення про запуск та реалізацію таких програм приймається кожним із 21 регіону країни [28]. Соціальна служба Швеції проводить детальний аналіз потенційних скринінгових програм, враховуючи наукові докази, ефективність та можливі ризики. На основі цього аналізу надаються рекомендації щодо доцільності впровадження конкретних програм. При цьому кожен регіон самостійно вирішує, чи впроваджувати рекомендовану програму, зважаючи на місцеві потреби та ресурси. Це може призвести до певних відмінностей у доступності скринінгових програм між регіонами. Регіональні онкоцентри координують впровадження цих програм, забезпечуючи рівний доступ для всіх мешканців та сприяючи високому рівню участі населення [29].

Система охорони здоров'я Фінляндії базується на державних послугах охорони здоров'я, на які має право кожен, хто постійно проживає в країні. Крім того, кожна особа має право на екстрене лікування під час перебування у Фінляндії. Згідно з Конституцією Фінляндії державна влада повинна гарантувати кожному адекватні соціальні, медичні та медичні послуги. Крім того, у Фінляндії працюють численні приватні постачальники медичних послуг [30]. Фінансування системи здійснюється переважно за рахунок податків, що гарантує рівний доступ до медичної допомоги незалежно від фінансового стану громадян. Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я Фінляндії відповідає за розробку загальної політики в галузі охорони здоров'я та соціального захисту. Воно встановлює нормативні акти та надає рекомендації щодо організації медичних послуг. З 2023 року медичні та соціальні послуги організовуються 22 округами добробуту (Well-being Service Counties), включаючи місто Гельсінкі та групу HUS (колишній лікарняний округ Гельсінкі та Уусімаа). Ці округи керуються демократично обраними радами та фінансуються з державного бюджету. Вони відповідають за надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги, а також соціальних послуг

[31]. Муніципалітети залишаються відповідальними за функції громадського здоров'я, такі як охорона навколишнього середовища та санітарний нагляд. Для реалізації програм сприяння здоров'ю та добробуту муніципалітети співпрацюють з округами добробуту.

У Фінляндії організація скринінгових програм є спільною відповідальністю національних органів охорони здоров'я та муніципалітетів. Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я розробляє законодавчу базу та надає рекомендації щодо скринінгу, тоді як муніципалітети відповідають за практичне впровадження цих програм. Муніципалітети можуть самостійно проводити скринінгові обстеження або залучати інших постачальників послуг. Вони зобов'язані надавати мешканцям достатню інформацію про цілі, організацію, ефективність та можливі ризики скринінгових обстежень. Участь у скринінгу є добровільною та безкоштовною для громадян [32]. Муніципалітети надсилають персональні запрошення особам, які підпадають під відповідні вікові категорії, із зазначенням часу та місця проведення обстеження [33]. Фінський канцер-реєстр відповідає за збір та аналіз даних про скринінгові програми, оцінюючи їх ефективність, якість та вплив на захворюваність і смертність від раку [34].

Сучасним прикладом організованого підходу до скринінгу є також і Норвегія. Вона запровадила національну програму скринінгу раку кишківника, яка стала третьою програмою скринінгу раку в країні. Відмінною рисою цієї програми є те, що вона є першою, яка охоплює запрошує і жінок і чоловіків. Учасниками програми є громадяни віком 55 років, яким надсилається набір для проведення фекального тесту на приховану кров (іFOBT). Цей тест виконується вдома, після чого зразок надсилається до лабораторії для аналізу. У разі позитивного результату пацієнтів направляють на колоноскопію до медичного закладу. Особи, які пройшли колоноскопію, не отримують повторних запрошень, тоді як учасники з негативним результатом фекального тесту запрошуються знову через кожні два роки до досягнення ними 65-річного віку. На початкових етапах участь у програмі взяли близько

130 000 осіб. Згідно з першими результатами, близько 55% запрошених подали зразки для аналізу протягом чотирьох місяців. Позитивні результати були отримані у 6% випадків, що відповідає результатам пілотного проєкту, реалізованого раніше. Окрім того, представники програми відзначили, що популярність ініціативи зростатиме з часом, оскільки населення дедалі більше дізнаватиметься про її переваги. Інформаційні кампанії, які нині проводяться, мають сприяти кращій підготовленості громадян і підвищенню рівня їх обізнаності про важливість участі у скринінгу [35]. Програма мамографічного скринінгу функціонує в Норвегії, як державна ініціатива понад 25 років. Обстеження проводяться поза межами лікарень, зокрема у мобільних скринінгових пунктах, таких як спеціалізовані автобуси, і реалізуються медичними організаціями. Адміністрування програми здійснюється централізовано, що забезпечує контроль за якістю її виконання. Центральний координаційний підрозділ інтегрований у структуру Реєстру раку [36].

Японія, що за даними світового банку відноситься до країн з рівнем доходу вище середнього (ВНД=39030\$) [37] має систему охорони здоров'я, що «в основному фінансується за рахунок страхових премій, які субсидуються податками. Пропорційні прибуткові податки та страхові внески зі свого населення стягують як центральний уряд, так і муніципалітети стягують. Відповідно до національних витрат на охорону здоров'я, страхові премії становлять 48,7% фінансових внесків, за якими йдуть державні субсидії (38,8%) та доплата пацієнтів (11,7%)» [38, р. 51]. У 2008 році уряд Японії запровадив політику Специфічних медичних обстежень та Специфічних медичних рекомендацій з метою контролю витрат на охорону здоров'я через скринінг і раннє втручання для запобігання хронічним захворюванням, таким як метаболічний синдром. З моменту запровадження цієї політики рівень участі в медичних обстеженнях значно зріс. Однак, як зазначають Sakamoto, H., Rahman, M., та ін. «зберігається значна нерівність у рівнях участі залежно від типу плану охорони здоров'я, що тісно пов'язано зі статусом зайнятості» [38, р.182]. Далі вони пишуть що загалом, рівень участі у скринінгу є нижчим, ніж

у країнах ОЕСР та відзначається суттєва гендерна нерівність у скринінгу раку, що може бути пов'язано з доступністю, визначеною часом, вартістю та регіональними ресурсами скринінгової програми. За результатами опитувань, чоловіки частіше проходили скринінг раку протягом аналізованого періоду [38, р.183].

З цього можна зробити висновки, що хоча повна зайнятість, покрита корпоративними планами медичного страхування, демонструє в Японії найвищий рівень участі в обстеженнях — близько 90%, але працівники неформального сектору, частково зайняті особи та безробітні (наприклад, домогосподарки) мають суттєво нижчий рівень участі. Грубо кажучи, громадяни Японії, можуть мати страховку, і національна рекомендація радить пройти скринінг наприклад на РМЗ, але страховка може це не покривати. Тобто щодо скринінгу на три, розглянутих вище, видів онкозахворювань може не діяти страхова програма або через «слабкий» корпоративний план, або через відсутність страховки на тлі безробіття і при цьому державний сектор не покриває оплату за скринінгові методики. Тому хоча запровадження політики «обстеження для всіх» і сприяло значному зростанню участі повністю зайнятих працівників, але воно ж водночас і поглибило нерівність у доступі до медичних обстежень залежно від статусу зайнятості.

Звертає на себе увагу дослідження Л. Чжана та співавторів, де було проаналізовано 84 країни з 5 континентів, які прийняли до вересня 2022 року участь у проекті CanScreen5. Команда авторів дійшла наступних висновків: «Країни з високим рівнем доходу (КВРД) мали краще організовані програми скринінгу порівняно з країнами з низьким та середнім рівнем доходу (КНСРД), що підтверджується наявністю закону, який зобов'язує забезпечувати скринінг у 41,2% (n = 14) таких країн. Порівняно з КНСРД, КВРД також частіше мали систему запрошень на скринінг (n = 29, 85,3%) і використовували мамографію як основний тест для скринінгу (n = 33, 97,1%) з подвійним читанням усіх мамограм (n = 23, 67,6%). У 85,3% КВРД (n = 29) була створена інформаційна система для збору індивідуальних даних» [39]. Але, на прикладі

Японії, ми бачимо, що не обов'язково рівень доходу корелює із якісним охопленням скринінговими програмами.

Завершуючи цей розділ, хотілося б ще проаналізувати охоплення скринінгом у КНСРД.

Згідно метааналізу захворюваності на РМЗ у субсахарних регіонах Африки з'ясовано, що низький рівень обізнаності про РМЗ серед населення та медичних працівників в Африці на південь від Сахари прямо сприяє високому відсотку пізніх стадій захворювання на момент діагностики. Як зазначено в статті, «низький рівень обізнаності про рак молочної залози серед загального населення та працівників охорони здоров'я в регіоні сприяє високій частоті пізньої діагностики раку» [40, р. 933]. Тим не менш, як зазначають автори метааналізу, «у регіоні існують державні заклади, де профіль стадій РМЗ значно кращий, що свідчить про можливість зрушення стадій у таких умовах — навіть за відсутності організованого скринінгу» [40, р. e924]. Вони також наголошують на тому, що задля запобігання смертей від потенційно виліковного раку, акцент треба змістити саме на ранню діагностику та лікування РМЗ. Зауважу, що рання діагностика відрізняється від скринінгу тим, що направлена на виявлення хвороби, коли вже існують мінімальні її прояви або скарги.

В іншій статті автори виділяють важливим фактором також і культурні переконання та страхи, пов'язані з діагностикою. Наприклад, відсутність звернень за медичною допомогою через страх перед можливістю мастектомії або стигматизації була описана як одна з основних причин, що перешкоджають ранньому зверненню за медичною допомогою [41].

Отже наведені дані показують на скільки низький рівень обізнаності населення, та стигматизація щодо онкозахворювань можуть знизити звернення до медичних закладів за допомогою та обстеженням.

Висновки до розділу 1.

Державні медичні програми-протидії онкологічним захворюванням відіграють ключову роль у зменшенні захворюваності та смертності від раку. Ці програми забезпечують раннє виявлення онкологічних захворювань, що значно підвищує ймовірність ефективного лікування та поліпшення виживаності. Але держава при впровадженні скринінгових програм має обов'язково орієнтуватися на чітке наукове підґрунтя, доказову базу щодо скринінгових методів, міжнародний досвід та наявні міжнародні настанови, адже деякі скринінги можуть бути економічно необґрунтованими, а інколи можуть принести більше шкоди ніж користі.

Аналіз міжнародного досвіду управління ДМСППОЗ таких країн ЄС, як Великобританія, Швеція та Фінляндія, демонструє, що важливим фактором успіху є доступність скринінгових послуг, які мають забезпечуватися безкоштовно для цільових груп населення. Крім того, роль муніципалітетів у впровадженні скринінгу, як у випадку Швеції та Фінляндії, дозволяє адаптувати програми до локальних потреб, хоча це може призводити до нерівностей у доступності між регіонами.

Також одним із ключових викликів є інформованість населення. Недостатня поінформованість про мету, процес та значення скринінгових обстежень може стати бар'єром для участі громадян, навіть якщо програми є безкоштовними та організованими на високому рівні. Наприклад, у Норвегії завдяки популяризації програми скринінгу колоректального раку участь у перші чотири місяці після отримання запрошення становила 55%. Культурні стигми, пов'язані з онкологічними захворюваннями, також створюють значні перешкоди.

Скринінгові програми потребують значних фінансових, матеріальних та людських ресурсів. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу (КНСРД) часто спостерігається фрагментованість або неефективне впровадження таких програм.

Водночас, навіть високий рівень доходу країни, як у випадку Японії, не є гарантією успішного впровадження скринінгових програм. Успіх залежить від структурованої організації, включно з належним запрошенням учасників, доступністю тестів та діагностичних досліджень, а також законодавчим регулюванням.

Отже досвід країн із високим рівнем доходу демонструє, що добре організовані та фінансовані програми скринінгу можуть забезпечити значні суспільні переваги. Водночас приклади КНСРД підкреслюють необхідність зосередження уваги на обізнаності населення, забезпеченні якості та доступності медичних послуг. Важливо розуміти, що лише виділення ресурсів недостатньо: успішна реалізація програм залежить від стратегії, яка враховує культурні, освітні та логістичні особливості кожної країни.

РОЗДІЛ 2

СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ СКРИНІНГОВИМИ ПРОГРАМАМИ – ПРОТИДІЇ ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

2.1. Скринінг програми – стратегія виявлення онкологічних захворювань для збереження здоров'я людини.

В Україні проблема онкологічних захворювань є надзвичайно актуальною. За інформацією Інституту метрики та оцінювання здоров'я Вашингтонського університету, у 2019 році рак легень посідав перше місце серед 30 оцінюваних онкологічних патологій за кількістю втрат років якісного життя (disability-adjusted life years, DALY), спричинених непрацездатністю та передчасною смертністю. Наступними за цим показником є КРР та рак шлунка, за якими йдуть рак молочної та підшлункової залоз. В цілому, серед 22 груп захворювань, для яких розраховано DALY, онкологічні хвороби займають друге місце, а сукупні втрати для України у 2019 році становили 2,7 мільйона років. [42] В Україні рівень захворюваності на рак становить 380 випадків на 100 тисяч населення, що ставить нашу країну серед «лідерів» по цьому рівню на європейському континенті. Станом на 1 січня 2019 року на онкологічному обліку перебувало близько 1 мільйона пацієнтів (975 301 особа). За даними Національного канцер-реєстру України (НКРУ), щорічно вперше діагностується рак у близько 140 тисяч дорослих і понад 1 тисячі дітей. За прогнозами, до 2030 року кількість нових випадків злоякісних новоутворень в Україні може досягти 180 тисяч на рік [43]. Аналізуючи щорічні бюллетні НКРУ з'ясовано, що в 2019 році від раку померло 61 289 громадян України, з яких 44,3% померлих склали чоловіки працездатного віку (18-64 роки) та 16% - жінок (18-54 р.) [44]. Аналіз даних за 2022 рік

показав деяке зменшення показників захворюваності та смертності, що вірогідно у сукупності пов'язано із пандемією COVID-19 та повномасштабною війною, що підтверджує і сам аналітичний огляд даних, опублікованих в бюлетені за 2022-2023 роки в НКРУ, але, тим не менш, цифри також невтішні: померлих – 42660 осіб, з них працездатних чоловіків - 42%, а жінок - 16.8% [45;46].

Згідно із наведеної статистики ми бачимо, що повідомлення про рак є вкрай необхідним для аналізу існуючої ситуації, та розробки стратегії боротьби із ним. Тому такі повідомлення стали в Україні з 1953 року обов'язковими, а у 1996 році наказом Міністерства України було створено Національний канцер-реєстр України, який вже вище згадувався, і який зараз є частиною Українського національного інституту раку в м. Києві. Починаючи з 2000 року НКРУ публікує щорічний звіт (бюлетень) «Рак в Україні», в якому зібрані дані про захворюваність, смертність і поширеність, з перекладом англійською мовою, доступним онлайн.

Оцінюючи роботу НКРУ у своїй роботі А. Рижов та співавтори зазначають, що попри той факт, що своєчасне звітування національних даних демонструє переваги обов'язкової системи збору інформації, низький рівень випадків, зареєстрованих лише за свідоцтвами про смерть, а також зниження показників у старших вікових групах вказують на ймовірне недооцінення показників захворюваності й смертності, особливо серед людей похилого віку. Тим не менше автори пишуть, що дані є достатньо зіставними, що дозволяє використовувати їх для аналізу масштабів онкологічного тягаря в Україні. Тому з огляду на ключову роль НКРУ у моніторингу та оцінці протиракових заходів, важливо забезпечити його стабільну роботу протягом усього періоду реформування системи охорони здоров'я (ОЗ) [48, с. 156-165]. Його існування та фінансування посідає центральну роль в об'єктивному моніторингу ефективності онкоскринінгових програм. Виходячи з даних НКРУ стає зрозумілим, що впровадження ефективних ДМСППОЗ є вкрай важливою.

В Україні для покращення онкоскринінгу наказом МОЗ України від 19.03.2018 року №504 затверджено «порядок надання первинної медичної допомоги», що визначає «перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань». Вказаним переліком лікарі загальної практики та сімейної медицини зобов'язані виявляти групи ризику для пацієнтів із різними хворобами серед яких перераховані також і РМЗ, КРР та РПЗ (табл. 2.1) [48].

Таблиця 2.1

СКРИНІНГ ОНКОЗАХВОРИЮВАНЬ ЗГІДНО НАКАЗУ МОЗ № 504

Захворювання	Фактори ризику (ФР)	Методи виявлення	Періодичність обстеження
РМЗ	<ul style="list-style-type: none"> - Підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2; - обтяжений спадковий анамнез; - пізніє перше дітонародження (30 років і старші); - безпліддя; пізня менопауза (55 років і старші); тривала гормонозамісна терапія менопаузи; - постменопаузальне ожиріння; - уживання алкоголю; - куріння; 	Направлення на мамографію жінок віком від 50-69р та за наявності ФР з 40р.	Кожні 2 роки
КРР	<ul style="list-style-type: none"> - Обтяжений спадковий анамнез по КРР; - сімейний аденоматозний поліпоз; - спадковий неполіпозний КРР; - запальні захворювання кишківника; - аденоматозні поліпи 	Особам від 50 до 75 років: опитування; тест калу на приховану кров та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	Кожні 2 роки. За наявності ФР - щороку
РПЗ	<ul style="list-style-type: none"> - 50 років і старші з низьким ризиком. - 45 років і старші із середнім ризиком - обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у родича у віці до 65 років). - 40 років і старші з високим ризиком - обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у кількох родичів у віці до 65 років) 	Інформування пацієнта; тест на простат-специфічний антиген (ПСА) та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	При ПСА < 2,5 кожні 2 роки. При ПСА ≥ 2,5 щороку

Вперше лікарям ПМД були дані більш-менш конкретні дії, щодо цільової групи та методів направлених на онкоскринінг і, починаючи з самого початку затвердження вищезазначеного наказу, сімейні лікарі України зобов'язані були виконувати його вимоги. Та чи дійсно ці вимоги виконувались та чи покращило це охоплення скринінгом ми далі розглянемо.

Наступним кроком пропоную виділити розпорядження КМУ від 26 липня 2018р. №530-р яким було затверджено «Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку». Цей план своїм 14 завданням передбачає профілактику та раннє виявлення злоякісних новоутворень для чого передбачено застосування таких заходів, як забезпечення інформування населення про ризик-фактори, які сприяють розвитку ЗН, методи їх попередження та важливість регулярних медичних обстежень, зокрема пріоритетного скринінгу РШМ та МЗ у жінок, а також КРР; Сприяння регулярному проходженню жінками медичних оглядів із виконанням скринінгу на РШМ та РМЗ відповідно до чинних нормативно-правових документів МОЗ; Розробка та впровадження у клінічну практику медичних стандартів для проведення скринінгу КРР на всіх етапах надання медичної допомоги [49].

Далі, 02.09.2020 р. постановою верховної ради України (ВРУ) №862-ІХ були схвалені рекомендації щодо організації протиракової боротьби в Україні, в яких було запропоновано президентові України ухвалити 2021й рік роком онкологічного скринінгу в Україні, а КМУ затвердити «національну стратегію контролю онкологічних захворювань до 2030 року». Звертає на себе увагу наступна рекомендація: «розробити та внести в установленому порядку на розгляд Верховної Ради України для затвердження проект закону про загальнодержавну цільову програму боротьби з онкологічними захворюваннями, передбачивши її належне щорічне фінансування та комплекс заходів, спрямованих на виконання резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу», зокрема щодо: а) обов'язкового впровадження на первинному рівні

надання медичної допомоги системного онкоскринінгу населення... ж) модернізації Національного канцер-реєстру, удосконалення його роботи з можливістю створення на його базі реєстру осіб, які пройшли онкоскринінг, з фіксацією його результатів та виявлених передракових станів та можливістю його інтеграції до Електронної системи охорони здоров'я (eHealth)» [50].

Пропозиція оголосити 2021 рік роком онкологічного скринінгу в Україні мало б не лише символічне, але й стратегічне значення, оскільки вона акцентує увагу на необхідності посилення державної політики у сфері профілактики та раннього виявлення ЗН. Однак, на основі наявних офіційних документів, Президент України так і не видавав указу про оголошення 2021 року Роком онкологічного скринінгу. Натомість у 2021 році було видано кілька указів, спрямованих на розвиток медицини та охорони здоров'я, зокрема Указ №369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [51]. Проте конкретних рекомендацій щодо контролю злоякісних новоутворень у цьому документі надано не було.

Тим не менш, кроки у цьому напрямку продовжились і НСЗУ на урядовому порталі опублікувала статтю, де зазначено що у програмі медичних гарантій на 2021 рік на лікування раку закладено було понад 5млрд грн, а фінансування закладів, що спеціалізуються в онкологічній допомозі підвищилось на 70% в порівняння з 2020 роком. «Більшість онкологічних лікарень, що підписали договори з НСЗУ, отримали більше фінансування за Програмою медичних гарантій, ніж за субвенцією у 2019 році. Загалом на 2 мільярди гривень... Рання діагностика найпоширеніших в Україні онкозахворювань залишиться пріоритетним напрямом у Програмі медичних гарантій на 2021 рік» - зазначається у статті [52].

Розглядаючи постанову №862-ІХ постає ще одне питання, а саме – з якою метою було рекомендовано впроваджувати системний онкоскринінг на первинній ланці, адже в Україні вже діяв 504 наказ МОЗ який зобов'язував

його проводити. Але з іншого боку на той момент в Україні не існувало загальнодержавної саме цільової програми боротьби зі злякисними новоутвореннями і її належного фінансування. Такий документ став би основою для систематизації заходів у сфері профілактики, діагностики та лікування раку, а також забезпечення їх сталого фінансування. Комплексний підхід, запропонований у рамках виконання резолюції WHA70.12, дозволить Україні інтегрувати світові практики у власну систему ОЗ, що сприятиме ефективнішому подоланні раку. Тому вказані рекомендації протиракової боротьби можна визнати правильними та логічно-послідовними.

Нажаль щодо рекомендації по модернізації та інтеграції канцер-реєстру до ЕСОЗ, то по теперішній час вона все іще не реалізована.

Орієнтуючись на вищезазначені «Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань» та «Рекомендації щодо організації протиракової боротьби в Україні» розпорядженням КМУ від 02.08.2024 № 730-р було досягнуто значного кроку у контролі злякисних новоутворень завдяки схваленню Національної стратегії контролю злякисних новоутворень на період до 2030 року (далі Національна стратегія) та затвердження плану дій з її реалізації на період до 2025 року, яка, по-перше, ґрунтовно окреслила існуючі проблеми серед яких вкотре було наголошено на недостатній обізнаності населення щодо проявів ЗН [53]. Національна стратегія не лише виявила проблеми але й визначила 7 стратегічних цілей. Пропоную звернути увагу на деякі з них:

- «Стратегічна ціль 2. Запровадження багаторівневої системи заходів із профілактики злякисних новоутворень із урахуванням наявної та оновленої інформації про розподіл та інтенсивність впливу чинників їх виникнення, зокрема поведінкових факторів ризику, системне інформування населення про такі чинники ризику та популяризація здорового способу життя» [53].

- «Стратегічна ціль 3. Підвищення рівня виявлення онкозахворювань на ранній стадії за рахунок створення окремого завдання

державної інформаційної політики з метою формування поміркованої онкологічної настороженості та заклику до профілактичних оглядів, а також введення пілотних програм із виявлення онкозахворювань, зокрема програм із рутинного або обов'язкового онкоскринінгу» [53].

Вказані дві цілі окреслюють безпосереднє державне занепокоєння профілактикою та раннім виявленням ЗН, що підтверджується визначенням таких завдань для реалізації поставлених цілей, як розробка та впровадження заходів, спрямованих на зменшення впливу шкідливих факторів на розвиток онкологічних захворювань, що включають створення лабораторій для вивчення канцерогенних чинників, а також посилення державного контролю над вмістом небезпечних речовин у середовищі. Також, одним із завдань для реалізації стратегічної цілі №2 визначено підвищення обізнаності населення щодо профілактики раку через регулярні інформаційні кампанії, які реалізують комунікаційні стратегії, та залучення медичних закладів первинної ланки для популяризації здорового способу життя, профілактики онкозахворювань і забезпечення безперервної медичної допомоги пацієнтам [53].

З метою реалізувати стратегічну ціль №3 розроблені завдання, які включають запуск місцевих програм для ранньої діагностики поширених злоякісних новоутворень, зокрема онкоскринінгу, а також комплексні заходи для інформування населення про важливість участі в таких програмах і важливість самообстеження. Очікувані результати реалізації цих завдань передбачають збільшення кількості самозвернень громадян для діагностики на ранніх стадіях раку, зростання кількості виконаних діагностичних тестів, а також створення ефективної системи інформування про необхідність раннього виявлення новоутворень і само обстеження [53].

Отже, зазначені цілі та завдання Національної стратегії є фундаментом для побудови сучасної системи профілактики й діагностики ЗН, орієнтованої на довгострокову ефективність і сталість. Акцент на заходах спрямованих покращити обізнаність населення щодо ЗН та профілактику вкотре доказує

важливість цих напрямків та орієнтованість на світовий досвід зі скринінгу. Їх реалізація дозволить інтегрувати найкращі світові практики у національну медичну систему, сприяючи збереженню здоров'я населення України.

З огляду на стратегічний рух України щодо вдосконалення управління ДМСППОЗ варто також відмітити і стрімке впровадження нових галузевих стандартів в медицині в цілому та по відношенню до онконагляду безпосередньо, враховуючи міжнародний досвід та сучасні дані в медичній науковій сфері. Це твердження підкріплюється тим, що, по-перше, завдяки наказу МОЗ України від 28.09.2012 року №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» були затверджені методика розробки та впровадження стандартів медичної допомоги, та «положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги», що дало змогу з цього моменту створювати та реєструвати якісні медстандарти зі зручним до них доступом для лікарів. А по-друге, МОЗ України наказом №1057 від 18.06.2024 затвердило «порядок скринінгу і ранньої діагностики раку шийки матки та моніторингу стану здоров'я пацієнок з груп ризику» (наказ набере чинності з 01.01.2025) та 18.06.2024 зареєструвало в державному експертному центрі чинну настанову зі скринінгу на РШМ (реєстрований номер КН 2024-1057) [54; 55]. Зазначена настанова ґрунтується на рекомендаціях ВООЗ, оновлених настановах Американського онкологічного товариства та Американського товариства кольпоскопії та цервікальної патології. Процес створення включав інформаційний пошук джерел, оцінювання клінічних настанов за допомогою інструменту AGREE, адаптацію їх до потреб і можливостей системи охорони здоров'я України, а також заключну експертизу, проведену спеціалістами Державного експертного центру МОЗ України. Нововведення цієї рекомендації стверджують, що оптимальною стратегією скринінгу РШМ вважається первинне тестування на вірус папіломи людини (ВПЛ) з інтервалом у 5 років, оскільки цей підхід є більш економічно обґрунтованим

порівняно з цитологічним дослідженням (мазком Папаніколау) або візуальними методами обстеження; рекомендований вік для початку скринінгу становить 25 років, замість раніше запропонованих 21 року. Первинне тестування на ВПЛ, ко-тестування або виключно цитологічне дослідження (у разі недоступності первинного тестування) також слід розпочинати з 25 років, а не з 30 років. На перехідному етапі ко-тестування та виключно цитологія можуть бути використані як альтернативи, проте у майбутньому необхідно забезпечити повний доступ до первинного тестування на ВПЛ без будь-яких обмежень [55 с. 11].

Ще у 2019 році д.мед.н О. Ковальов опублікував статтю, де підіймав питання національної програми онкоскринінгу. В статті було зазначено, що не дивлячись на позитивне ставлення жителів України до профілактичної медицини, для участі в програмах скринінгу існує ряд перешкод, серед яких було виділено:

- «негативне ставлення жінок до процедур кольпоскопії та біопсії при скринінгу раку шийки матки;
- боязнь роздягтися;
- сором'язливість;
- розташування оглядового кабінету поряд з іншими медичними кабінетами;
- довге очікування прийому гінеколога [56, с. 9].

Як пише автор статті: «Більшість опитаних жінок зазначили, що якщо в цілому вирішити проблему доступності неінвазивних скринінгових тестів, а також виключити необхідність відвідування оглядових медичних кабінетів тільки з профілактичною метою, кількість учасників медичного скринінгу зросте в рази» [56 с. 9].

І власне запропоноване тестування на ВПЛ і входить до групи неінвазивних скринінгових тестів. Тому затвердження вказаного стандарту та клінічної настанови, на мою думку, безсумнівно демонструє виконання поставлених стратегічних задач, потенційно забезпечуючи, як економію

державних коштів так і водночас покращення охоплення цільової груп скринінгом на РШМ, зменшуючи прояви основних бар'єрів, що перешкоджають жінкам .

Таким чином, проаналізувавши статистику, закони та стандарти які були затверджені в Україні ми бачимо, що наша держава постійно рухається вперед для подолання проблем пов'язаних зі ЗН, намагається постійно покращувати стратегічні підходи до скринінгових методик та управління скринінговими програмами, що особливо яскраво прослідковується починаючи з 2018 року. Особлива увага приділяється всебічним профілактичним заходам, впровадженню нових галузевих стандартів щодо онкоскринінгу, які імплементують найсучасніші дані науки та міжнародного досвіду, а також робиться значний фокус на розробку та впровадження методів що будуть допомагати інформувати населення про важливість скринінгу, необхідність самоогляду та знання про симптоми найрозповсюдженіших видів раку, що дасть змогу вчасно звертатися за безкоштовною медичною допомогою на етапі, коли хвороба тільки починає розвиватися. Вищевказані аспекти і визначають загальнодержавну стратегію виявлення онкологічних захворювань для збереження здоров'я людини.

2.2. Аналіз скринінгових програм протидії онкологічним захворюванням

Існування державних напрямків щодо програм онкоскринінгу є важливим етапом для покращення якості медичної допомоги населенню, тому в даному розділі зосередимось на аналізі роботи цих програм.

Почати варто з «відправного пункту» скринінгу ЗН в Україні – це НКРУ. У розділі 2.1 він вже був розглянутий, але в цьому розділі пропоную ще раз розглянути його роботу з позиції викликів, які стоять у питанні вдосконалення

цієї системи. Згідно підпункту ж, пункту 3, постанови ВРУ №862-ІХ від 02.09.2020р, було рекомендовано модернізацію НКРУ з реєстрацією тих осіб, які пройшли онкоскринінг та інтеграцією його даних з ЕСОЗ [50]. Ця рекомендація не увійшла в Національну стратегію і, хоча на сьогоднішній день вона не виконана, але питання залишається відкритим і активно обговорюється. Так, наприклад, Національний інститут раку на своєму офіційному сайті зазначає, що інтеграція НКРУ з ЕСОЗ має на меті створення єдиного інформаційного середовища для ефективного управління даними про злоякісні новоутворення. Це дозволить удосконалити збір, аналіз і використання онкоепідеміологічної інформації, забезпечити якісне ведення електронної документації онкологічних пацієнтів та формувати державну статистичну звітність на основі електронних даних. Зокрема, інститут зазначає, що для досягнення поставлених цілей необхідно створити інтеграцію з ЕСОЗ міжнародних класифікацій (ICD-O-3, TNM), розширення даних про стадіювання та лікування онкозахворювань, а також впровадження механізмів автоматизації обліку. Також, рекомендується оновити нормативну базу, для врегулювання нової класифікації, розробити медичні інформаційні системи, забезпечити доступ до даних про причини смерті пацієнтів і створити інструкції щодо ведення онкологічної документації в електронній формі. Інтеграція сприятиме підвищенню прозорості й достовірності даних, що стане основою для більш ефективного управління онкологічною службою, покращення державної політики у сфері онкології та відповідності міжнародним стандартам [57].

Протягом останніх десятиліть Україна реалізувала кілька державних цільових програм, спрямованих на боротьбу із ЗН, серед них:

- Державна програма «Онкологія» на 2002–2006 роки затверджена постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 29 березня 2002 року № 392 [58];

- Державна програма «Дитяча онкологія» на 2006–2010 роки, затверджена постановою КМУ від 19 липня 2006 р. N 983 [59];

- Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року [60].

Державна програма «Онкологія» на 2002–2006 роки орієнтувалась в тому числі на забезпечення запровадження скринінгових програм для «раннього виявлення передпухлинних захворювань та злоякісних новоутворень зовнішньої локалізації», а саме: РШМ, для чого жінкам з групи ризику мали проводитись кольпоскопічні обстеження шийки матки, а жінкам віком від 18 до 60 років - цитологічні обстеження 1 раз на рік; РМЗ - для жінок віком від 15 років пальпаторне обстеження молочних залоз 1 раз на рік та жінкам віком 40-65 років із груп ризику - мамографічне обстеження; раку прямої кишки та передміхурової залози – пацієнтам із груп ризику віком після 50 років 1 раз на рік – пальцеве обстеження; раку шкіри і ротової порожнини – для пацієнтів віком 20-60 років – фізикальне обстеження [58].

Програма дитяча онкологія мала на меті забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я дітей, зокрема шляхом надання високоякісної медико-соціальної допомоги дітям із злоякісними новоутвореннями, підвищення рівня одужання, а також зменшення показників інвалідності та смертності серед дітей, які страждають на ЗН. Серед завдань які були поставлені програмою йшлося про нормативно-правове регулювання діяльності ЗОЗ, ранню діагностику та своєчасне лікування у первинній ланці медицини, створення спеціалізованих діагностичних центрів для сучасної променевої, морфологічної та генетичної діагностики. Також передбачено розробку стандартизованих клінічних протоколів лікування, удосконалення реєстрації пацієнтів, підготовку і атестацію фахівців у дитячій онкології, проведення пріоритетних наукових досліджень, розвиток міжнародного співробітництва та активне інформування населення через медіа і громадські організації. На виконання визначених завдань було виділено майже 50млн грн, рівномірно розподілені по роках з 2007 по 2010. Серед заходів також планувалось розроблення шляхів для раннього виявлення, лікування та моніторингу віддалених наслідків терапії ЗН, впровадження сучасних

інформаційних технологій оцінки результатів медичної допомоги дітям з ЗН [59].

Загальнодержавна програма боротьби із ЗН на період до 2016 року також пропонувала запровадити скринінгові програми державного фінансування спрямовані на раннє виявлення передпухлинних захворювань та злоякісних новоутворень, зокрема РМЗ та РШМ, а також використання електронних систем цитологічного скринінгу. Але в ній не прописувались конкретні скринінгові методи якими було необхідно обстежувати пацієнтів, також не було наведено джерел доказової бази щодо скринінгу, та упущено наголошення на скринінг КРР. Хоча націленість програми і була на зниження рівня смертності онкохворих, підвищення їх одужуваності, доступності медичної допомоги для них та здійснення загальнодержавних заходів з профілактики ЗН, через відновлення онкопрофоглядів та диспансерне спостереження за хворими з передпухлинною патологією в амбулаторно-поліклінічних закладах, але жодних вказівок щодо методики удосконалення скринінгової програми надано не було [60].

Враховуючи те, що фінансування вищезазначених державних програм здебільшого спрямовувалося на закупівлю лікарських засобів, обладнання та витратних матеріалів, низка важливих завдань залишилася невиконаною в повному обсязі. Це стосується, зокрема, заходів із первинної та вторинної профілактики ЗН, наукового супроводу онкологічної допомоги, її інформаційно-аналітичного забезпечення, а також соціальної, трудової та психологічної реабілітації пацієнтів із раком та осіб, які отримали інвалідність внаслідок онкологічних захворювань.

Варто також відмітити і ряд законів, які передбачають систему обов'язкових профоглядів. Зокрема це стаття 169 «Кодексу законів про працю України», яка регламентує обов'язок роботодавця організувати за власний рахунок медичні огляди для працівників, які працюють у шкідливих або небезпечних умовах, потребують професійного добору, а також щорічний медогляд для осіб до 21 року [61].

Це стаття 31 «основ законодавства України про охорону здоров'я» встановлює вимогу обов'язкових медичних оглядів для категорій осіб, чия діяльність пов'язана з підвищеною небезпекою для оточуючих, шкідливими умовами праці або охороною здоров'я населення (неповнолітні, вагітні, працівники шкідливих виробництв, військовослужбовці). Відповідальність за своєчасність таких оглядів і наслідки їх невиконання покладається на керівників та власників підприємств, установ і організацій [62].

А також стаття 45 Закону України «Про систему громадського здоров'я», яка частково повторює попередні дві статті, а також наголошує на тому, що необхідно відсторонювати від роботи тих працівників, які не пройшли у визначений термін обов'язковий медогляд, з можливістю бути притягнутими до дисциплінарної відповідальності.

Указом президента України №842/2023 від 22.12.2023 було введено в дію рішення ради національної безпеки і оборони України (РНБО), «щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень» (далі Рішення) від 22.12.2023. РНБО зазначає, що «наявна система організації медичної допомоги населенню не спроможна ефективно реагувати на загрозливу тенденцію до зростання рівня передчасної смертності населення України від злоякісних новоутворень». Тому вона дала ряд вимог, які в тому числі і суттєво можуть вплинути і на скринінгові програми. Наприклад було вирішено для КМУ проаналізувати територіальний та професійний розподіл факторів ризику захворювання на ЗН для виявлення та залучення груп ризику до програм обов'язкового скринінгу ЗН. Звертає на себе також увагу і рекомендація запровадити стимули для роботодавців чиї працівники мають регулярно проходити медичні обстеження, для проходження ними в тому числі і скринінгу на ЗН. Важко сказати, чи стане таке рішення ефективним інструментом у боротьбі з онкологією, чи створить нове підґрунтя для корупційних схем і формалізації профілактичного огляду населення, але, можливо, що серед багатьох кроків у сукупності таке рішення і могло б дати певні позитивні результати [63].

Далі рішення РНБО вимагало забезпечити з 01.01.2024 пакети медичних послуг для популяційного скринінгу на ЗН, і в залежності від досягнутого рівня онкоскринінгу, запровадити коригувальні коефіцієнти до тарифів на медичні послуги, надавачам первинної медичної допомоги. [там же] Виходячи із власного досвіду, можу сказати, що після введення коригувальних коефіцієнтів, протягом усього 2024 року, і я впевнений, що це буде продовжуватись і далі, майже на кожній медичній нараді обговорювалось питання виконання вимог 504 наказу щодо онкоскринінгу, працівники, які виконували ці вимоги гірше, так чи інакше отримували зауваження від директора або завідуючих, а преміювання отримували лише ті працівники, які добре справлялися із поставленою задачею. Тим не менш, загальна картина змінилася не суттєво і на прикладі аналітичних даних по Миколаївській області це буде продемонстровано далі.

Ще важливою вимогою РНБО направленою до МОЗ (підпункт 3, пункту 2 цього рішення) було забезпечення розробки та затвердження порядку популяційного скринінгу для ранньої діагностики ЗН, орієнтуючись на ґрунтовні наукові дані, враховуючи, як скринінг на базі первинної медичної допомоги, так і впровадження децентралізованого механізму виявлення ризиків ЗН. Частково дана вимога реалізувалась через затвердження Національної стратегії про яку йшла мова у розділі 2.1, але чіткого децентралізованого механізму виявлення ризиків ЗН впроваджено не було.

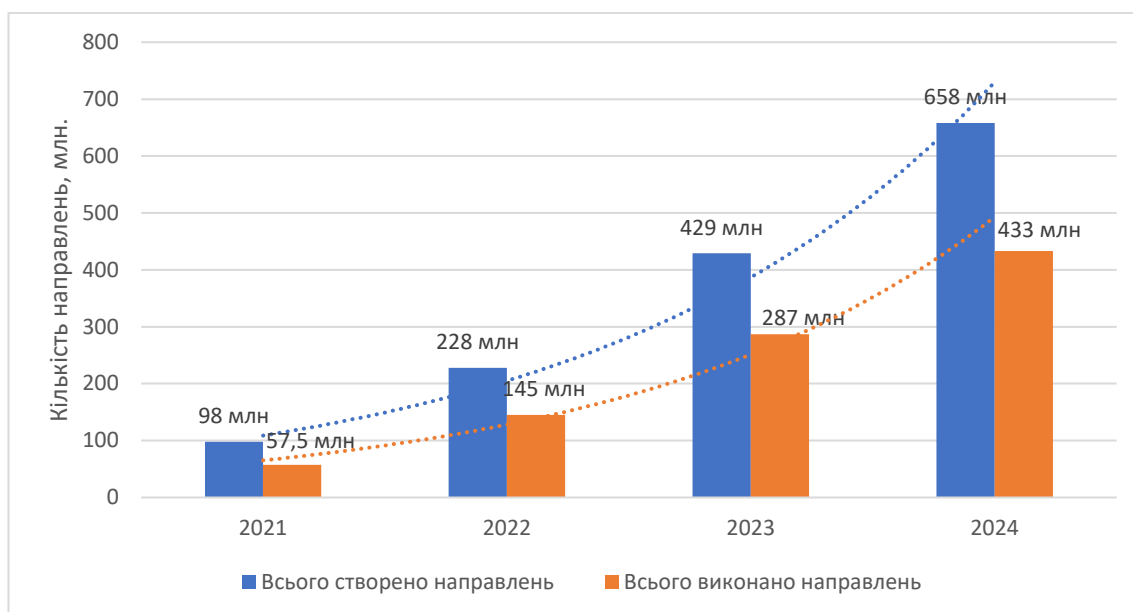
У пункті 8 Рішення вимагало міністерству цифрової трансформації України разом з МОЗ затвердити та забезпечити реалізацію заходів щодо інформування населення про необхідність проходження програм скринінгу ЗН. Але по теперішній час, не було здійснено жодної ініціативи, яка б ефективно інформувала населення про онкоскринінг окрім вимог до лікарів первинної ланки, щодо активного інформування населення та виявлення таких груп під час прийому.

Аналіз даних показав, що після вимог РНБО в пакетах ПМД, що надає НСЗУ нових пакетів, які б організовували цілеспрямовано онкоскринінг у 2023 та 2024 роках не з'явилося [64; 65].

З іншого боку вже з 2021 року почали діяти пакети медичної допомоги «мамографія», «колоноскопія», а також «медична допомога дорослим та дітям» в межах якого було можливо пройти кал на приховану кров, але не можливо було здати аналіз на простатспецифічний антиген (ПСА) для скринінгу РПЗ, хоча вимога 504 наказу це передбачає [66 с. 106, 116, 122].

Коли ці пакети тільки з'явилися, лише незначна кількість лікарень контракувала з НСЗУ для проходження цих обстежень, та сама кількість направлень з урахуванням усіх пакетів НСЗУ була відносно не великою (мал.2.1).

Згодом НСЗУ розширювала фінансування кожного зі своїх пакетів, а лікарі все активніше почали виписувати електронні направлення на ці послуги, але по відношенню до онкоскринінгу нових пакетів не було. Так пройти аналіз крові на ПСА для скринінгу РПЗ стане можливим згідно пакету №9 «Профілактика, спостереження, діагностика та лікування в амбулаторних умовах» лише у 2025 році [68 с. 14]. Хоча деякі лабораторії з 2024 року цей аналіз проводили безкоштовно, уклавши договір з НСЗУ, але централізованого механізму на виконання вимог 504 наказу щодо скринінгу РПЗ не існувало [69 с.1, 3, 4].



Мал. 2.1 Кількість створених та виконаних направлень за програмою медичних гарантій за 2021-2024 роки.

Джерело: складено автором на основі Дашбордів НСЗУ [67]

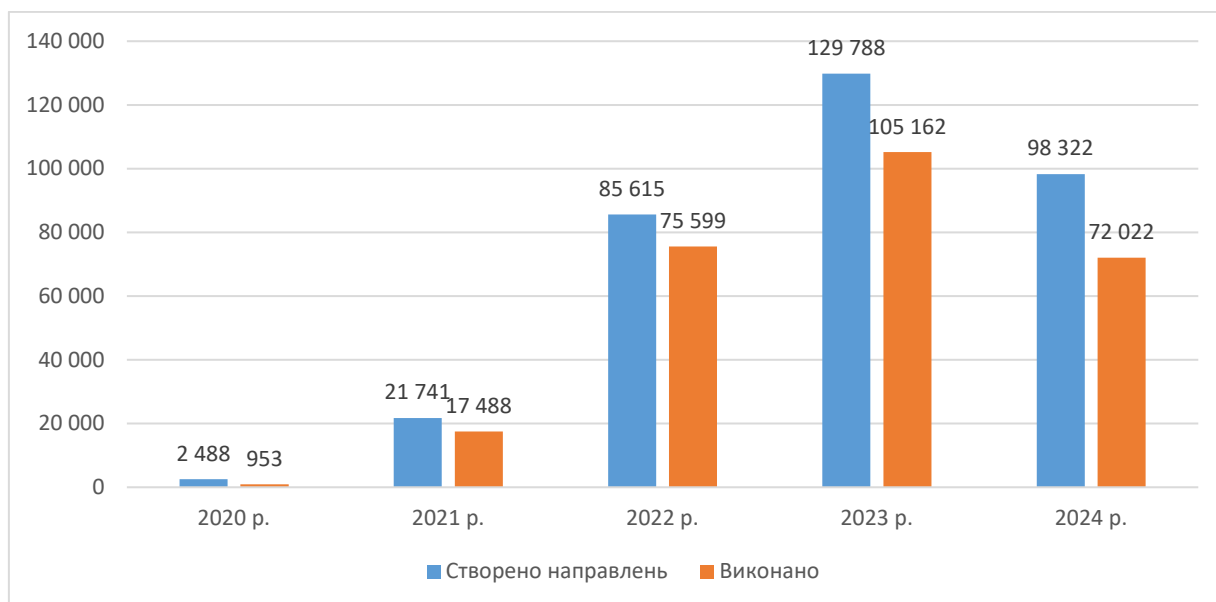
Підсумовуючи вищевказане, ми маємо на сьогоднішній день добре функціонуючий НКРУ, який ефективно та в доволі великому об'ємі збирає та аналізує інформацію щодо захворюваності на ЗН, але, тим не менш, він потребує інтегрування в ЕСОЗ, задля кращого моніторингу ефективності впровадження ДМСППОЗ та ефективнішого аналізу виявлення прогалин у системі з подальшою розробкою плану їх корекції. В Україні діє система профоглядів, ефективність якої розглянемо у наступному розділі. Також ми маємо приклад декількох програм боротьби з онкологічними хворобами, і на їх прикладі розуміємо, що лише фінансування закупівлі обладнання та лікарських засобів неможливо досягти поставленої мети, а саме зменшення онкологічного тягаря на державу. Необхідне фінансування інформаційних кампаній та скринінгових програм. На цьому шляху значний вплив зробила НСЗУ за рахунок впровадження та фінансування пакетів медичних полуг, серед яких є мамографія, колоноскопія, та можливість безкоштовно пройти ПАП-тест, але необхідне подальше розширення цих програм, та можливо об'єднання їх до одного пакету «онкоскринінг» для більш логічної

узгодженості їх один між одним та у подальшому задля оптимізації аналізу отриманих даних.

2.3. Моніторинг ефективності скринінгу онкологічних захворювань

Для більш детальної оцінки ефективності впровадження ДМСППОЗ розглянемо динаміку створених та виконаних направлень на скринінгові обстеження у період з 2020 по 2024 роки.

Загальна тенденція згідно мал.2.2 – 2.5 позитивна, якщо розглядати показник кількість створених лікарями направлень згідно вимог НСЗУ. Направленість на ПАП-тест з 2,5 тис. у 2020 році зросла в 52 рази – до майже 130 тис. у 2023 році, та дещо знизилась у 2024 році (мал. 2.2); на мамографію – з 51 тис. зросло в 12,5 разів – до 641 тис. у 2024 р. (мал. 2.3); на колоноскопію – з 37 тис. зросло в 9,6 разів – до 355 тис. (мал. 2.4); а направлення на тестування калу на приховану кров з 2 тис. зросло в рекордні 755 разів, тобто до майже 1,5млн. направлень (мал. 2.5).



Мал. 2.2. Динаміка створених та виконаних направлень на ПАП-тест (скринінг РШМ) в період з 2020 по 2024 рр.

Джерело: складено автором на основі дашбордів НСЗУ [70]

Тобто така значна динаміка направлень за 4 роки може свідчити по-перше про технічну доступність створення таких направлень, а по-друге – злагодженої роботи НСЗУ, МІС та центрів ПМД, щодо інформування та мотивування лікарів створювати ці направлення. Але така позитивна динаміка спостерігається лише при оцінці виконуваності вимог направляти пацієнтів на скринінг.

Тепер пропоную детально розглянути показник виконуваності направлень. Отже пацієнт отримавши направлення має бути вмотивованим його пройти, адже ми розуміємо, що, найбільш вірогідно, отримав він направлення під час візиту до свого сімейного лікаря, а звертався на прийом з певною іншою проблемою. І так найкраща динаміка виконуваності спостерігається серед виконання ПАП-тесту і сягає приблизно 80%. Це можна пояснити тим, що сам механізм ПАП-тестування передбачає звернення жінки не до сімейного лікаря, а до гінеколога в рамках обов'язкових профоглядів, який, у випадку контрахтування з НСЗУ, проводить тестування власноруч і самостійно відправляє мазки на аналіз, тобто жінка вже звернулася до лікаря і скринінговий аналіз проведений прямо на прийомі.

Такий підхід уникає формалізації, і кінцевий результат роботи лікаря, а саме отримання результату скринінгового тесту пацієнтом, легко відстежується і корелюється з показниками направлень. Тим не менш, у порівнянні з когортою жінок які направлені на мамографію, абсолютні цифри направлень на ПАП-тестування не втішні, і майже у 6 разів менші ніж при направленні на мамографію (мал. 2.3). В той же час кількість виконаних мамографій залишається досить низькою особливо у 2024 р. – 16%.

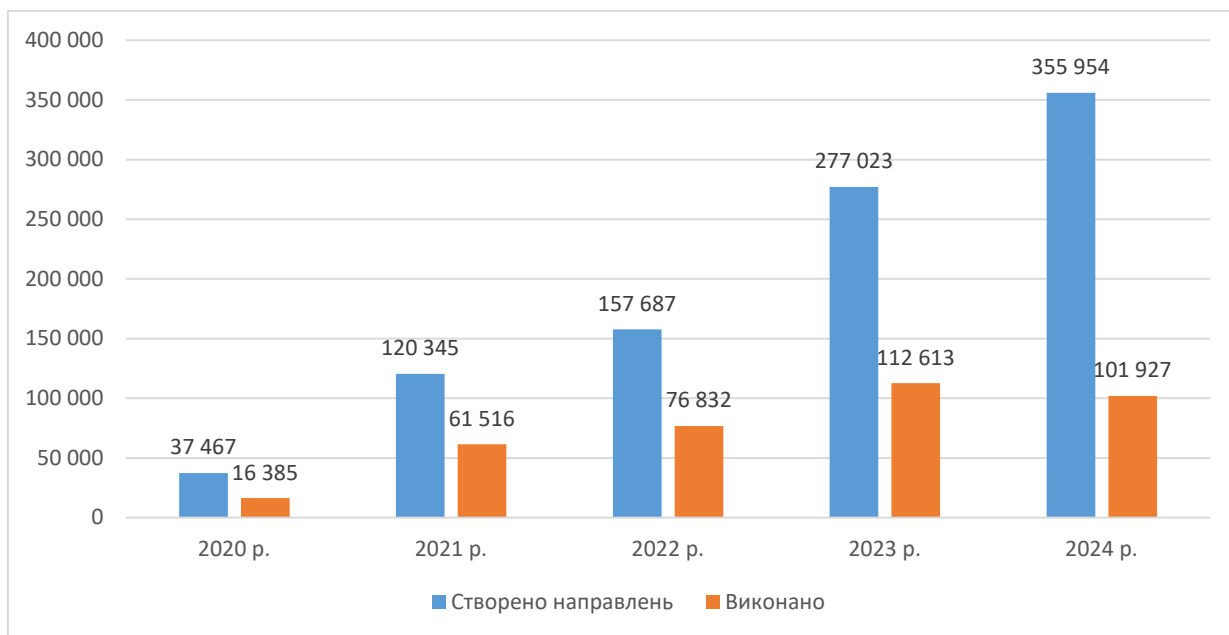


Мал. 2.3. Динаміка створених та виконаних направлень на мамографію (скринінг РМЗ) в період з 2020 по 2024 рр.

Джерело: складено автором на основі дашбордів НСЗУ [70]

При цьому абсолютні значення виконання мамографії 2022-2024 приблизно однакові і наближаються до 100 тис. як і у випадку з ПАП-тестуванням. Така співставимість абсолютних цифр може опосередковано вказувати саме на прихильність цих жінок до гінекологічного огляду, що пояснює важливість інформованості населення щодо важливості онкоскринінгу.

Виконання направлень на колоноскопію (мал. 2.4) сягає близько 30%, що може бути пов'язано зі складністю процедури та небажанням пацієнтів проходити це дослідження без нагальної потреби, а серед тих хто пройшов знаходяться або симптомні, або ті, хто розуміє важливість онкоскринінгу.



Мал. 2.4. Динаміка створених та виконаних направлень на колоноскопію (скринінг КРР) в період з 2020 по 2024 рр.

Джерело: складено автором на основі дашбордів НСЗУ [70]

Щодо виконання тесту калу на приховану кров, ми можемо побачити на малюнку 2.5 найбільший розрив між кількістю створених направлень та виконаних у порівнянні з вищезазначеними скринінговими методами. Рівень виконання дорівнює приблизно 6% у 2024 році, а в абсолютних цифрах спостерігався незначний приріст у 2023 році в порівнянні з 2022 роком (в 6 разів), та майже відсутня динаміка приросту у 2024 році. Приріст у 6 разів може так само, як і в інших випадках, бути пов'язаний із когортою пацієнтів, які розуміють сутність онкоскринінгу та вмотивовані його проходити, але подальша відсутність приросту а виконуваність у 6% може вказувати на складність підготовки до аналізу, про що детальніше буде розглянуто у наступному розділі, і знову ж – небажання пацієнтів проходити аналіз, мета якого їм не достатньо зрозуміла. Також малюнок 2.5 яскраво демонструє, що недостатньо лікарю лише виписати направлення пацієнту на аналіз, а потрібно з ним попрацювати, пояснити та вмотивувати щодо необхідності її проведення.



Мал. 2.5. Динаміка створених та виконаних направлень на аналіз калу на приховану кров (скринінг КРР) в період з 2020 по 2024 рр.

Джерело: складено автором [70]

Отже проведений моніторинг ефективності скринінгу онкологічних захворювань на основі аналізу дашбордів НСЗУ свідчить, з одного боку, про якісну роботу НСЗУ, щодо технічної можливості створення направлень та можливістю виконати їх безкоштовно, та узгодженість між роботою НСЗУ та первинної ланки, а, з іншого боку, про певну інертність населення щодо активного проходження цих направлень. Показовим прикладом високий рівень скерувань на мамографію й аналіз калу на приховану кров та низький рівень їх виконань, що свідчить про формальне виконання лікарями ПМД наказу МОЗ № 504, та небажання пацієнтами проходити незручні методи дослідження, необхідність яких вони не розуміють.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз сучасного стану управління ДМСППОЗ в Україні дозволяє зробити ряд наступних висновків. По-перше, в Україні з 2018 року

спостерігаються значні зрушення в системі охорони здоров'я в цілому та у напрямку покращення онкологічного скринінгу. Це вказує на прагнення держави до адаптації національної системи управління ДМСППОЗ до міжнародних стандартів. Окрім скринінгових програм приділяється увага також і профілактичним та інформаційним заходам, спрямованих на підвищення обізнаності населення щодо необхідності самоогляду та раннього звернення за медичною допомогою.

По-друге, в питанні фінансування та адміністрування програм скринінгу ключова роль належить НСЗУ, яка надає громадянам можливість безкоштовно проходити ключові скринінгові дослідження, такі як мамографія, колоноскопія та ПАП-тест. Однак потрібно розглянути можливість подальшої оптимізації цих програм, що передбачає їх об'єднання в єдиний логічний пакет по онкоскринінгу для забезпечення кращої узгодженості цих методик одна з одною та оптимізацією аналізу ефективності виконання такого пакету. Але, незважаючи на значне вдосконалення технічних можливостей у впровадженні скринінгових програм, існують проблеми з їх реалізацією. Насамперед серед пацієнтів відмічається низький рівень виконання отриманих направлень, зумовлений вірогідно недостатньою поінформованістю населення щодо важливості онкоскринінгу, що дає нам розуміння про важливість проведення масштабних інформаційних кампаній. Одночасно це свідчить і про формальне виконання медичними працівниками наказів МОЗ, та їх недостатню освітню роботу з населенням. Адже лише закупівля обладнання та ліків не може забезпечити досягнення довгострокових цілей щодо зменшення онкологічного тягаря.

По-третє, актуальною залишається проблема інтеграції зібраних НКРУ даних до ЕСОЗ. Така інтеграція сприяла би підвищенню точності моніторингу ефективності управління ДМСППОЗ, та дозволила би виявляти слабкі місця в цій системі та розробляти більш ефективні стратегії для їх усунення.

Загалом, розвиток системи управління скринінговими програмами в Україні демонструє позитивні зрушення, проте потребує подальшої

оптимізації, враховуючи вищезазначені коментарі для зменшення рівня онкологічної захворюваності серед населення.

Підсумовуючи вищевказане, ми маємо на сьогоднішній день добре функціонуючий НКРУ, який ефективно та в доволі великому об'ємі збирає та аналізує інформацію щодо захворюваності на ЗН, але, тим не менш, він потребує інтегрування в ЕСОЗ, задля кращого моніторингу ефективності впровадження ДМСППОЗ та ефективнішого аналізу виявлення прогалин у системі з подальшою розробкою плану їх корекції.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ СКРИНІНГОВИМИ ПРОГРАМАМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Модель системи державного управління медичними скринінговими програмами в умовах воєнного стану

Система охорони здоров'я України стикається з безпрецедентними викликами, зокрема через поточний конфлікт із Росією. Ця ситуація поглибила існуючі проблеми, такі як нестача персоналу, оскільки понад 30 тисяч медичних працівників вступили до лав Збройних Сил України або виконують волонтерські обов'язки. Понад 2500 медиків емігрували, а 4500 стали внутрішньо переміщеними особами. Ця остання група зіткнулася зі значними труднощами в працевлаштуванні на новому місці, що призвело до того, що деякі змінили професію або взагалі покинули Україну. Це ще більше навантажує і без того обмежені кадрові ресурси в секторі охорони здоров'я. Проблему ускладнює відсутність точних даних щодо поточної кількості працюючих медичних працівників. Станом на січень 2023 року приблизно 45 000 внутрішньо переміщених медиків знайшли роботу в інших закладах охорони здоров'я по всій країні. Це включає понад 2000 лікарів і 1500 медичних працівників середньої ланки (таких як медсестри, акушерки, фельдшери та фармацевти) [71].

Моніторингова комісія ООН з прав людини в Україні неодноразово повідомляла про напади на медичні заклади. Наприклад за період з 24 лютого 2022 року по 25 лютого 2023 року повномасштабного російського вторгнення в Україну, задокументовано 334 напади на 267 закладів охорони здоров'я України, з них 230 об'єктів пошкоджено та 37 зруйновано [72]. Тим не менше

станом на січень 2023 року, понад 122 медичні заклади повністю відновили роботу, а ще 260 – частково відновлено, згідно з даними з МОЗ України. Розширення мобільних амбулаторій було критичним, особливо у Вінницькій та Хмельницькій областях, де проживає найбільша кількість внутрішньо переміщених осіб. Незважаючи на ці зусилля, майже 30% населення все ще стикається з проблемами доступу до медичної допомоги [71].

Зусилля щодо впровадження ефективних програм скринінгу раку в Україні ще більше ускладнюються загальною кризою в системі охорони здоров'я та впливом війни на розподіл ресурсів. Різниця в доступності онкологічної допомоги між країнами з низьким і середнім рівнем доходу, серед яких до нещодавна була і Україна, та країнами з високим рівнем доходу підкреслює необхідність впровадження адаптованих підходів для подолання цих викликів [73].

Як показує міжнародний досвід для реалізації будь-яких програм перш за все необхідне фінансування. Згідно зі звітом «Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення» (RDNA3), розробленим урядом України спільно зі Світовим банком та Європейською комісією, поточні потреби сектору охорони здоров'я оцінюються приблизно у 17 мільярдів доларів США. При цьому короткострокові потреби на період 2024–2026 років складають 3,6 мільярда доларів США, однак ці цифри продовжують зростати через постійні ракетні атаки та загрози [74]. З огляду на це Україна неодноразово отримувала допомогу від уряду США та західних партнерів на фінансування галузі ОЗ. Так, наприклад, як зазначають у МОЗ, «у рамках спільного проєкту Міністерства охорони здоров'я України та Світового банку «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (HEAL Ukraine) до загального фонду Державного бюджету України вже було перераховано еквівалент 137,5 мільйона доларів США. Це стало можливим завдяки ефективнішому використанню наявних ресурсів» [74]. Уряд Кореї погодився надати кредит для фінансування бюджетних потреб України в рамках співучасті у проєкті HEAL Ukraine [75].

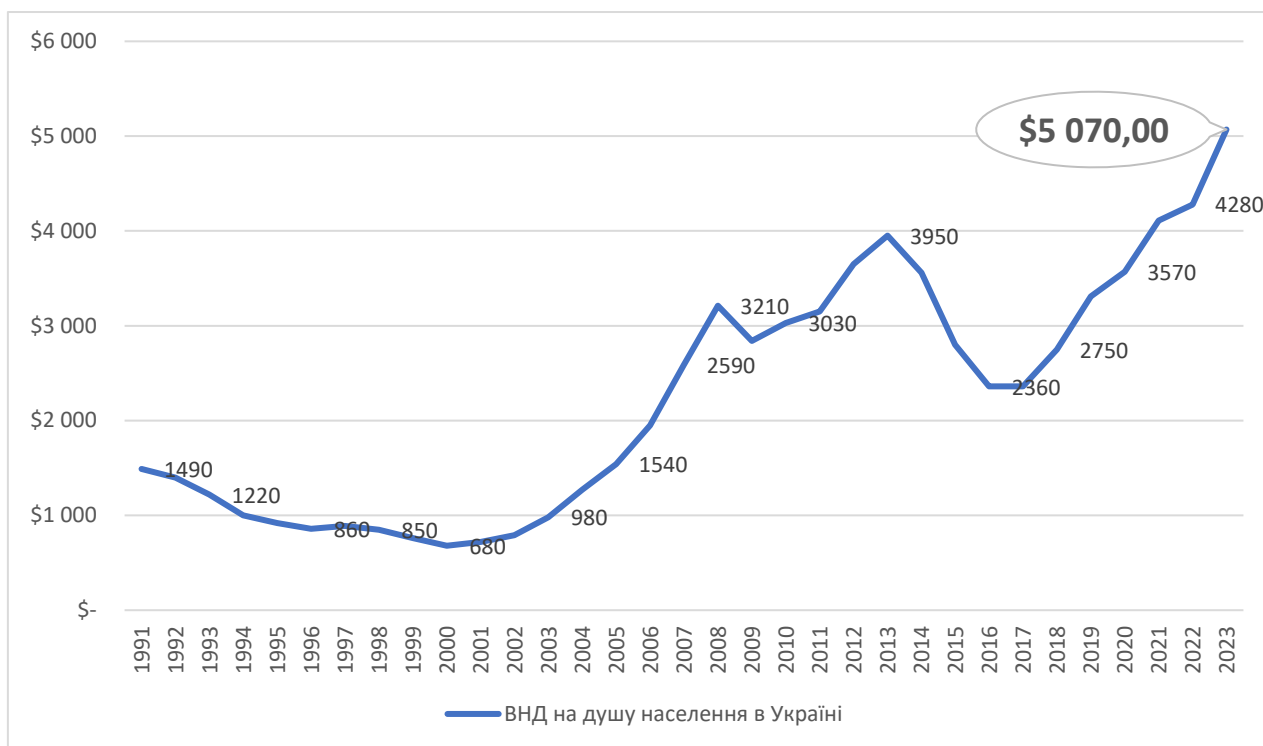
Тому незважаючи на складні обставини, пов'язані з війною та обмеженими ресурсами, обсяг гарантованих медичних послуг для громадян України не лише не зменшився, а й продовжує зростати. У 2024 році Програма медичних гарантій зазнала розширення, що свідчить про пріоритетність охорони здоров'я навіть в умовах кризового періоду. Загальний бюджет ПМГ на 2024 рік складає понад 159 мільярдів гривень, з яких 5,2 мільярда гривень спрямовано на реімбурсацію лікарських засобів [76]. А вже у 2025 році, як повідомляє МОЗ, загальні витрати на систему ОЗ первіщатимуть 217 мільярдів гривень. З них понад 175,5 мільярда гривень буде виділено для реалізації ПМГ, що на 16.5млрд. грн. Більше за бюджет 2024 року.

На забезпечення ліками та медичними виробами для лікування складних захворювань, таких як ендопротези, засоби для лікування травм, підтримка донорства крові, слухові апарати, а також медикаменти для боротьби із серцево-судинними та онкологічними хворобами, заплановано 11,8 мільярда гривень. Додатково 4,4 мільярда гривень буде спрямовано на розвиток громадського здоров'я, оперативне реагування на спалахи хвороб і надзвичайні ситуації, що дозволить забезпечити доступ пацієнтів до необхідних медикаментів і поліпшити якість медичного обслуговування, зберігаючи стабільність системи охорони здоров'я навіть за умов викликів воєнного часу [77].

Цікавим фактом також можна відзначити те, що за розрахунками Світового банку Україна у 2023 році вперше віднесена до країн із доходом вище середнього (мал. 3.1, 3.2). Світовий банк застосовує метод Атласу, розроблений у 1989 році, для розподілу економік світу на чотири категорії (країни з низьким, середнім, вище середнього та високим рівнем – мал. 3.3) . Оцінки, які використовуються для визначення розмірів економіки та класифікації країн за рівнем доходу, базуються на показнику валового національного доходу (ВНД) на душу населення. Для забезпечення коректного міждержавного порівняння, значення ВНД перераховуються з місцевої валюти

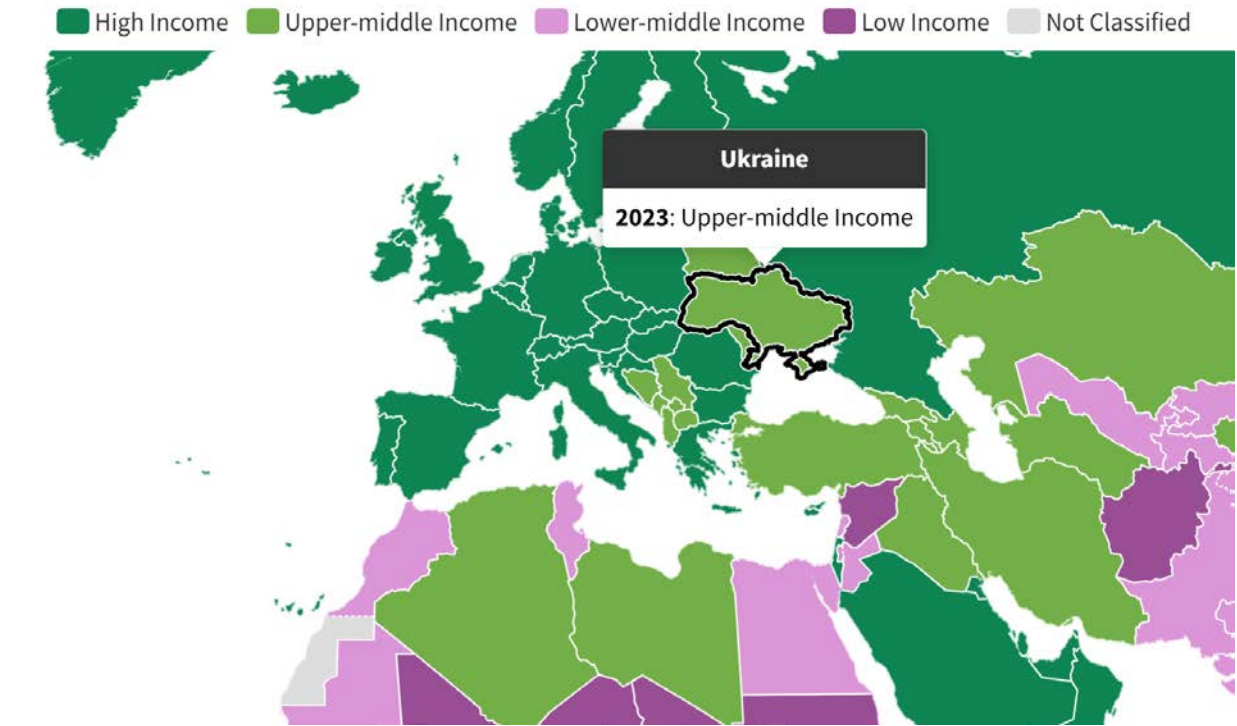
(LCU) у поточні долари США, враховуючи метод «Атлас», що згладжує валютні коливання.

Як пояснив Світовий Банк, таке місце України у класифікації було зумовлене кількома ключовими факторами: зростанням реального ВВП на 5,3% у 2023 році після його значного скорочення на 28,8% у 2022 році, а також зменшенням чисельності населення на 15% унаслідок російського вторгнення. Окрім цього, підвищення цін на товари та послуги вітчизняного виробництва сприяло зростанню валового національного доходу (ВНД) на душу населення на 18,5% [78].



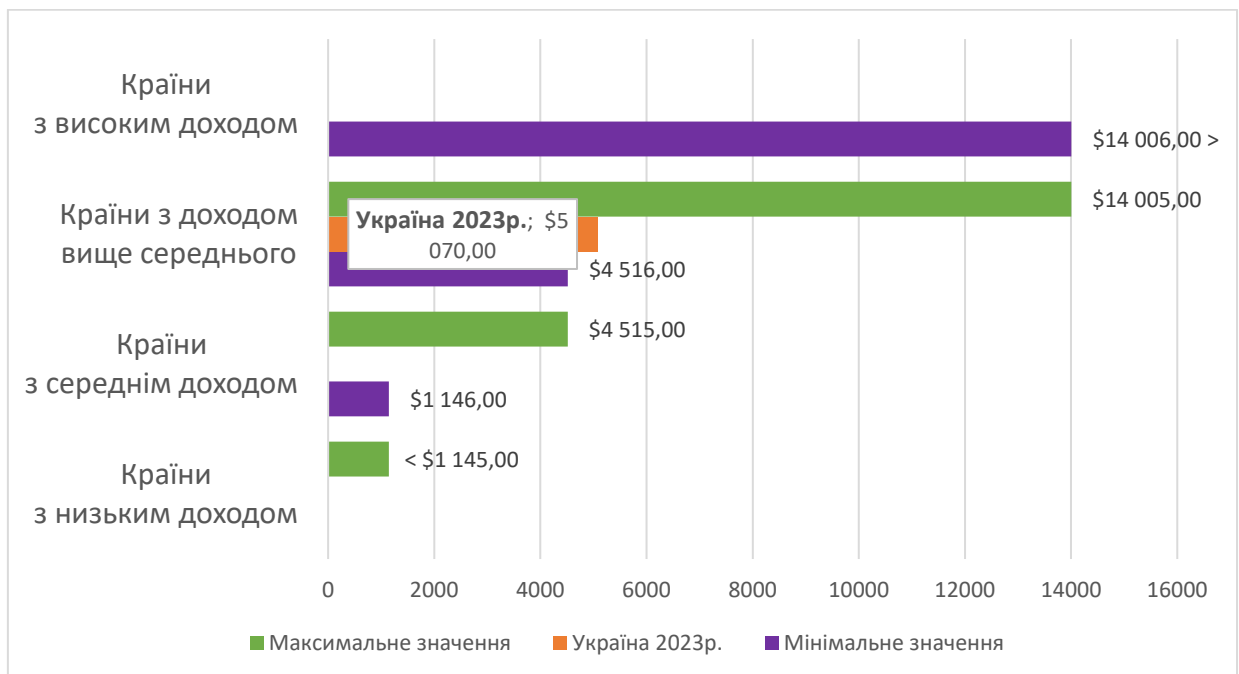
Мал. 3.1. Динаміка ВНД на душу населення в Україні з 1991 по 2023 роки.

Джерело: складено автором на основі [79]



Мал. 3.2. Мапа країн класифікованих за рівнем доходу згідно даних Світового Банку

Джерело: [78]



Мал. 3.3. Класифікація Світового Банку країн за рівнем доходу за методом ATLAS

Джерело: складено автором на основі [80]

Перехід України до країн із доходом вище середнього відкриває додаткові можливості для проведення скринінгових програм, адже для КНСРД, як правило розглядається лише можливість ранньої діагностики ЗН, в той час як скринінгові програми для таких країн важкодоступні. Тим не менше, попри розширення фінансування медичної сфери в Україні, парадоксального покращення загального фінансового її становища, міжнародне цільове фінансування медичної галузі, стан впровадження програм онкологічного скринінгу залишається не втішним. МОЗ не виділяє програми онкоскринінгу, як пріоритетні для держбюджету, хоча про проблему у цій сфері говориться досить довго і ґрунтовно [77]. Можливо напрямок МОЗ щодо інтеграції всіх державних ЗОЗ до програми медичних гарантій для формування єдиного медичного простору та забезпечення безоплатного доступу до медичних послуг для пацієнтів покращить стан скринінгових програм, але це потребує подальших спостережень та аналізу. Тому для більш глибокого розуміння стану системи ОЗ України, механізмів її фінансування та потенційних можливостей для реалізації змін в управлінні ДМСППОЗ необхідно розглянути також і законодавчу базу її функціонування з огляду на можливість проведення таких програм.

Стаття 3 Конституції України визначає, що «життя і здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю, а утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави». Стаття 49 Конституції України говорить про те, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. ОЗ забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [82].

Базуючись на цьому положенні Конституції, стаття 7 основ законодавства України про ОЗ передбачає, що держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері ОЗ певними шляхами, деякі з яких, що нас цікавлять, наступні:

- «організація і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я;
- організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної, спеціальної медичної та реабілітаційної статистичної інформації» [62].

У 2016 році розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016р №1013-р було схвалено «Концепцію реформи фінансування ОЗ» згідно якої передбачалось перехід на платформу для збору то обміну фінансової та медичної інформації в електронному вигляді, що могло б забезпечити реалізацію принципу «гроші ходять за пацієнтом», та створити єдиний медичний простір для координації медичної допомоги та функціонування нової системи управління якістю послуг [82].

Після ухвали Концепції протягом 2017-2020 років відбулись значні зрушення в системі ОЗ та цифрових трансформацій. Так 27 грудня 2017 року згідно з постановою Кабінету Міністрів України №1101, було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) — новий центральний орган виконавчої влади зі спеціальним статусом, який був заснований за зразком британської Національної служби охорони здоров'я (NHS). НСЗУ підпорядковується Кабінету Міністрів України через Міністра ОЗ. Відповідно до «Положення про НСЗУ», ключовими завданнями служби є реалізація державної політики в рамках програми медичних гарантій (ПМГ), виконання ролі замовника медичних послуг, лікарських засобів і медичних виробів. НСЗУ також подає Міністру ОЗ пропозиції щодо формування державної політики у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність служби спрямована на забезпечення цільового та ефективного використання коштів, передбачених програмою медичних гарантій. Звертає на себе увагу те, що згідно Положення НСЗУ проводить аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах з метою розроблення проекту

програми медичних гарантій, що можна визначити, як важливе підґрунтя для формування та управління ДМСППОЗ [83].

Важливим кроком стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Згідно цього закону надано визначення поняття програми державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій (ПМГ)) в якому сказано, що ПМГ – це «програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами». Важливо зауважити, що підпункт 4 статті 4 цього закону передбачає, що ПМГ розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів, а отже для коректної розробки ПМГ необхідна наявність затверджених коректних та актуальних стандартів медичної допомоги та профілактики захворювань. Важливо також зауважити, що 2 пункт статті 6 цього Закону зобов'язує пацієнта «проходити профілактичні медичні огляди в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, виконувати медичні приписи лікаря та дотримуватися правил внутрішнього розпорядку надавача медичних послуг». Відповідно до частини п'ятої статті 4 зазначеного Закону «Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету» [84].

Стаття 24 основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає функціонування електронної системи ОЗ, а постанова КМУ №411 від 25 квітня 2018 р. про «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»

затверджує «порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я» (ЕСОЗ). Другим пунктом цього порядку дані визначення таким поняттям, як:

- електронна медична інформаційна система (МІС) – «інформаційно-комунікаційна система, яка забезпечує функціонування електронних кабінетів користувачів, автоматизацію їх роботи, створення, перегляд інформації, обмін інформацією в електронній формі, зокрема із центральною базою даних (у разі підключення)»;

- електронна медична карта пацієнта;
- електронний кабінет;
- користувачі ;
- оператор – це «юридична особа або фізична особа - підприємець, яка є власником електронної МІС»;

- адміністратор центральної бази даних – державне підприємство «Електронне здоров'я»;

- особистий кабінет пацієнта;
- програмний модуль – «сервіс в електронній системі охорони здоров'я, який забезпечує наповнення та обмін інформацією між реєстрами, інформаційною системою НСЗУ»;

- розпорядник реєстру – «уповноважений орган державної влади, відповідальний за верифікацію інформації у відповідному реєстрі центральної бази даних»;

- центральна база даних – «інформаційно-комунікаційна система, яка містить передбачені цим Порядком реєстри, програмні модулі, електронну медичну інформаційно-аналітичну систему з оптимізації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, електронні кабінети пацієнтів і посадових осіб НСЗУ та МОЗ, інформаційну систему НСЗУ в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, а також забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами,

електронними медичними інформаційними системами» [85].

Цими визначеннями та поняттями було створено міцне підґрунтя, для функціонування електронної системи ОЗ.

Згідно 3 підпункту 8 пункту цього порядку функціональні можливості ЕСОЗ повинна забезпечувати можливість створення направлень, що вносяться в реєстр записів про направлення, а підпункт 3 пункту 45 визначає право медичних працівників на «створення та внесення до центральної бази даних відомостей про рецепти, направлення» та ін.

Для підключення до центральної бази даних електронна МІС повинна відповідати технічним вимогам, які визначаються адміністратором та затверджуються НСЗУ. Пункт 58 наголошує на тому, що у разі зміни технічних вимог до МІС для подальшої роботи в ЕСОЗ така МІС має бути повторно протестована відповідно до пункту 54 цього Порядку.

При цьому, підпунктом 6 пункту 2 статті 7 Закону України «про захист персональних даних», передбачається дозвіл на обробку біометричних та персональних даних, що стосуються здоров'я в цілях його охорони для «встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг, моніторингу відповідності встановленим умовам надання таких послуг» [86].

«Завданням ЕСОЗ є забезпечення створення можливостей використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав, зокрема за програмою ПМГ [85 п.7].

Тому станом на сьогодні ЕСОЗ має досить ґрунтовне законодавче підґрунтя, розроблені поняття та контролюючі системи для коректної роботи системи та її відповідності до Закону «Про захист персональних даних». ЕСОЗ дозволяє укладати електронні декларації з сімейними лікарями, оформлювати електронні рецепти за програмою «Доступні ліки» та електронні направлення, а також вести електронні медичні картки. Крім того, система сприяє забезпеченню пацієнтам доступу до управління власними медичними даними,

через особисті кабінети пацієнта, підвищуючи якість, безпеку та доступність медичних послуг.

Ще одним важливим кроком у реформуванні системи ОЗ було розпорядження КМУ №1617-р від 28 грудня 2020р про схвалення «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» (далі Концепція) в якій автори звертають увагу на наступне: «Слід зауважити, що Україна, зокрема, є визнаним лідером у сфері розроблення програмного забезпечення. Крім того, накопичено позитивний досвід щодо впровадження електронного урядування, електронної системи закупівель, системи електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів, Єдиного державного веб-порталу електронних послуг «Портал Дія», що створює сприятливі умови для розроблення і реалізації технічних рішень у сфері інформаційно-комунікаційних технологій та охорони здоров'я». Концепцією сформульовані також проблеми які потребують розв'язання, а саме, відсутність своєчасної інформації про пацієнта у лікарів через що консультації часто дублюються, фрагментованість цієї інформації, недоступність її для медичного персоналу поза ЗОЗ, що призводить до низької можливості контролю та якості управління у наданні медичної допомоги, медична статистика збирається та формується розірвано, а електронна система ОЗ потребує у «сумісності інформаційно-комунікаційних систем», адже на практиці часто виходить так, що людина пройшла певне дослідження в одному закладі, а в іншому ця інформація або недоступна або маються лише часткові, чи неповні дані, що в свою чергу ще більше загострює проблему моніторингу успішності виконання скринінгових програм та дублювання рекомендацій. Запропоновані шляхи розв'язання визначених проблем, а саме «організаційно-управлінське та технічне забезпечення розвитку е-здоров'я та ресурсне забезпечення розвитку е-здоров'я». Як можемо бачити основна «ставка» робиться на розвиток ЕСОЗ. Ця концепція розглядає як стан позитивних зрушень в цій системі, так і стан процесів, які треба удосконалити. Звертає на себе увагу наступний пункт концепції, який пропонує «забезпечення використання даних ЕСОЗ для

ухвалення управлінських рішень у сфері ОЗ та громадського здоров'я, зокрема з використанням підходів Big Data та технологій штучного інтелекту (ШІ);». Тобто використання системи ШІ в управлінні ОЗ вже розглядається на державному рівні, що безумовно може стати великим проривом у сфері управління ДМСППОЗ [87].

Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення визначає, що головним розпорядником бюджетних коштів є МОЗ, а розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня та відповідальним виконавцем бюджетної програми є НСЗУ. При цьому, пунктом 4 передбачено спрямування бюджетних коштів на оплату медичних послуг пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги (ПМД) [88].

Кожного року КМУ ухвалює постанову про «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення», яким затверджує порядок реалізації ПМГ на поточний рік. Остання постанова №1394 від 22 грудня 2023 р затвердила порядок реалізації ПМГ на 2024рік. Важливими визначеннями цієї постанови є поняття «пакет медичних послуг» - це «перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором».

Згідно з цим порядком НСЗУ в межах ПМГ укладає договори про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій. Відповідно за цими пакетами НСЗУ фінансує мамографію (глава 11 Порядку), яка є ключовим скринінговим методом обстеженням у боротьбі з РМЗ, але обмежує надавачів медичних послуг щодо середньомісячної кількості цих послуг у кількості не більше 5 для тих надавачів медичних послуг, які раніше не надавали цих послуг згідно з даними ЕСОЗ, або не більше середньомісячної фактичної кількості наданих послуг для надавачів які ці послуги надавали згідно з даними ЕСОЗ.

Також НСЗУ фінансує колоноскопію (глава 14 Порядку), яка відіграє важливу роль у скринінгу КРР. Логіка оплати та обмежень така сама як і для мамографії, але для надавачів медичних послуг, які не виконували колоноскопію згідно записів у ЕСОЗ кількість колоноскопій на місяць обмежується сімома послугами. Глава 8 цього Порядку описує пакет під назвою «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах». Саме у цьому пакеті зосереджені біохімічні дослідження які можуть бути направлені на скринінг раку передміхурової залози.

Постановою КМУ №1138 від 17.09.1996р встановлений перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах ОЗ і це єдиний перелік послуг який НСЗУ не може на сьогоднішній день включити до своїх безкоштовних пакетів, але з огляду на поставлену проблему цей перелік не передбачає платного проведення скринінгових програм [89].

Отже, Закон України передбачає фінансування, організацію, та проведення профілактичних заходів, доступність та безоплатність до них тій частині населення, яке має укладену з лікарем ПМД декларацію у системі ЕСОЗ через виписані ним електронні направлення. Незважаючи на те, що існує затверджений КМУ перелік платних послуг, які надаються у ЗОЗ, послуги з онкоскринінгу у цьому переліку відсутні і це звичайно дуже добре. Закон також вказує на механізми, яким чином розподіляються бюджетні кошти і вже ми говоримо не про «уявну» безкоштовну медицину, а реальну, коли чітко зрозумілий механізм безоплатності необхідних послуг, а в нашому випадку – це скринінгові дослідження. Але проблема постає у тому, що на рівні пакетів ПМГ не має чітко визначеного пакету який би забезпечував єдиний онкоскринінговий мінімум. Тобто на кожну онкопатологію, яка була зазначена вище, як необхідна для скринінгу, існує окрема програма, що створює деякий хаос та неузгодженість напрямках фінансування ДМСППОЗ.

Серед «викликів для розвитку інформаційно-комунікаційних систем» МОЗ України визначає наступні:

- 1) «недостатність фахових спеціалістів для автоматизації та управління змінами;
- 2) недостатність комп'ютерного та мережевого обладнання в ЗОЗ;
- 3) необхідність сталого фінансового забезпечення;
- 4) недостатність рівня комп'ютеризації та забезпечення швидкісного підключення до Інтернету;

недостатністю цифрової компетентності медичних працівників» [90].

На мою думку ще одним викликом є недостатність координації МІС з боку НСЗУ для автоматизації інформованістю громадян з найважливіших питань ОЗ. Як зазначено у проєкті «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» в напрямку «Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я» очікуються такі результати, як впровадження інтегрованої моделі системи ОЗ, яка б забезпечувала науково обґрунтоване та безперервне надання якісних і безпечних медичних послуг населенню створених з урахуванням принципів доказової медицини. Це стане можливим завдяки реалізації доступних цільових скринінгових програм для різних вікових груп, розроблених на основі принципів доказової медицини [92, с.62].

Звичайно, що система ОЗ в Україні все ще перебуває на етапі реформування і на сьогоднішній день орієнтується на приклади розвинених країн, зокрема Великобританії. Як вже було зазначено раніше, у Великобританії функціонує NHS, яка є загальнонаціональною програмою, що поєднує як безоплатні, так і платні медичні послуги. Фінансування NHS здійснюється здебільшого з державного бюджету (9 % ВВП), решта вартості покривається через платежі пацієнтів. Особливу увагу в цій системі приділяють найменш соціально захищеним верствам населення, таким як вагітні жінки, діти, малозабезпечені пенсіонери, які отримують окремі медичні послуги безкоштовно.

Можливо варто звернути увагу і на медичну систему Ізраїлю, яка має суттєві відмінності від української, адже вона базується на принципах обов'язкового медичного страхування, охоплюючи 94 % населення. Основним

джерелом медичного забезпечення є медичні страхові фонди, серед яких провідне місце займає Гістадрут – велике профспілкове об'єднання, яке забезпечує 83 % випадків страхування. Інші фонди покривають решту 17 %. Медичні установи Ізраїлю перебувають під управлінням профспілок, урядових структур та інших агентств.

Українська медична реформа, хоча і має певні успіхи, ще не досягла завершення. Окремі її аспекти зустрічають спротив населення, що частково пов'язано із ментальними особливостями сприйняття змін. У порівнянні з Великобританією, медичні послуги в Україні також надаються переважно державними та комунальними медичними закладами, які забезпечують безоплатну або частково оплачувану допомогу на що держава гарантовано виділяє 5% ВВП. В той же час на відміну від Ізраїлю, Україна демонструє слабку інтеграцію профспілок у систему ОЗ. Ця відмінність відображає національну специфіку та різні історичні й соціальні умови формування медичних систем обох країн [92]. Але питання щодо доцільності інтеграції профспілок в систему ОЗ України варто додатково дослідження.

Отже яку модель ДМСППОЗ ми маємо на сьогоднішній день в умовах воєнного стану? НСЗУ, як єдиний стратегічний закупівельник медичних послуг, отримуючи кошти з держбюджету у щорічному розмірі 5% від ВВП та цільових іноземних інвестицій, фінансує пакети медичних послуг в рамках ПМГ. Медичні підприємства різних форм власності заключають договір з НСЗУ по цих пакетах, що дозволяє тим громадянам, які звернулися до підприємства з електронним направленням здати той чи інший аналіз збезкоштовно при умові, що цей заклад контрактований НСЗУ по необхідному пакету. Людина, що знаходиться у групі ризику, не отримує повідомлень про необхідність проходження онкоскрінінгу, та не інформована, щодо необхідності це зробити в її віці. Але вона може у межах обов'язкового профогляду на роботі або з будь-яких причин по власному бажанню звернутися на безкоштовну консультацію до лікаря ПМД, який у свою черго, враховуючи всі чинні вимоги до лікарів ПМД, має віддиференціювати чи

належить ця людина до групи ризику по виникненню онкозахворювань згідно наказу МОЗ №504, та у разі необхідності створити йому електронне направлення на безкоштовне проходження мамографії, калу на приховану кров, або кров на ПСА, або у випадку скринінгу РШМ скерувати до акушер-гінеколога, який у свою чергу проведе ПАП-тест. Після проведення цих обстежень, факт про їх проходження заносяться та зберігаються в електронній медичній системі, та в узагальненому вигляді підвантажуються до аналітичних панелей (дашбордів) НСЗУ. Нажаль при цьому результати скринінгових тестів та дані тих пацієнтів, яким в результаті скринінгу встановлений онкологічний діагноз, не заносяться до аналітичних панелей. НКРУ відслідковує захворюваність та інші показники, що необхідні для онкоконтролю, але він не інтегрує свої дані з ЕСОЗ, та відслідкувати взаємозв'язок між охопленням скринінговими програмами населення та захворюваністю на основні ЗН виявляється складною задачею. Про необхідність вдосконалення скринінгової системи державі добре відомо, ми говорили та перераховували велику кількість документів, законів, проєктів, які на це спрямовані, але далеко не все вдалось поки що втілити в роботу, а деякі аспекти взагалі не конкретизовані та залишаються поза увагою держслужбовців. Вказані недоліки мають бути доопрацьовані, тому в наступному розділі розберемо конкретні шляхи їх вирішення.

3.2. Організаційно-інституційні заходи та практичні рекомендації щодо вдосконалення системи державного управління медичними скринінговими програмами.

За останні роки штучний інтелект (ШІ) зазнає швидкого розвитку та прогресу в усьому світі, зокрема у сфері діагностики та прогнозування захворювань [94; 95]. Штучний інтелект (ШІ) відтворює аспекти людської діяльності, полегшуючи обробку великих обсягів даних лікарями. Медицина вважається однією з найперспективніших галузей для впровадження систем ШІ. Основні напрями його застосування включають аналіз цифрових даних для формування висновків, виявлення прихованих закономірностей у інформації та прогнозування різноманітних ситуацій [94; 95].

У діагностичних процесах використовується машинне навчання, яке базується на створенні алгоритмів із застосуванням існуючих даних, що реалізують підхід "навчання з учителем" (supervised learning). Сучасні наукові дослідження підтверджують високу результативність використання ШІ у діагностиці КРР, що підтверджується відмінними показниками чутливості та специфічності [94; 95].

У рамках реалізації плану скринінгу та спостереження за КРР медичні працівники здійснюють колоноскопію для виявлення змін чи аномалій у слизовій оболонці товстого та прямого кишечника. Алгоритми програмного забезпечення дозволяють ідентифікувати зони з підвищеним ризиком розвитку КРР. Під час колоноскопії програмна система створює маркери, що супроводжуються звуковими сигналами, та інтегрує їх у відеопотік з ендоскопічної камери для позначення потенційно уражених ділянок. Ці сигнали спрямовують увагу лікаря на необхідність проведення додаткових дій, наприклад, детальнішого візуального обстеження або забору біопсії для подальшого аналізу [94; 95].

Хоча колоноскопія широко використовується як ефективний метод діагностики та лікування, її масове впровадження для скринінгу серед населення віком від 45–50 років залишається викликом навіть для економічно розвинених країн. Отже, попри високу точність і специфічність колоноскопії у діагностиці передракових станів та ранніх стадій колоректального раку, цей метод здебільшого використовується як засіб уточнювальної діагностики або в межах скринінгових програм із рекомендованою періодичністю не частіше одного разу на п'ять чи десять років. Саме через це для скринінгу колоректального раку у світі перевага надається неінвазивним методам, зокрема тестуванню на приховану кров у зразках калу (fecal occult blood-test (FOBT)) [94; 95].

Але аналіз калу на приховану кров може мати свої недоліки. Так наприклад біохімічні (БХ) тести FOBT визначають пероксидазну активність у біозразках калу, яка може свідчити про приховану крововтрату не лише з товстого кишечника, але й з інших відділів шлунково-кишкового тракту. Водночас на результати FOBT можуть впливати фактори, зумовлені пероксидазною активністю харчових продуктів (зокрема м'яса, овочів, фруктів, багатих на вітамін С) або застосуванням певних лікарських засобів, таких як ацетилсаліцилова кислота. Впровадження таких тестів у практику масового скринінгу КРР наприкінці ХХ століття сприяло зменшенню захворюваності на КРР на 17–20% [97].

Водночас імунохімічні (ІХ) тести виявлення прихованої крові у калі (immunochemical fecal occult blood test (IFOBT)), на відміну від біохімічних FOBT, працюють на основі виявлення глобіну людини, який з'являється у біозразках калу виключно у випадку крововтрати з товстого кишечника. Це пояснюється тим, що глобін із проксимальних відділів шлунково-кишкового тракту розщеплюється під час проходження через кишкову трубку. IFOBT вирізняються високою специфічністю результатів, при цьому їх використання не вимагає попереднього дотримання дієтичних обмежень або припинення прийому лікарських препаратів перед проведенням дослідження. Декілька

рандомізованих клінічних досліджень підтвердили, що імунохімічні методи є більш ефективними, ніж біохімічні, для виявлення прихованої крові у біозразках калу. Зокрема, результати метааналізу методів виявлення прихованої крові в калі для скринінгу КРР, опубліковані Канадським комітетом з технологій у системі охорони здоров'я (2009), показали низьку чутливість FOBТ. Лише 38,3% випадків КРР було виявлено за допомогою гваякової проби, тоді як для ІХ-тестів чутливість становила 81% [99].

Такі дані свідчать про те, що на рівні скринінгових програм від FOBТ варто відмовитися та перейти на ІFOBТ як стандарт. По-перше для людей це спростить саму процедуру, адже виходячи із проаналізованих даних щодо проходження калу на приховану кров, цей метод має найнижчі показники виконання (див розділ 2.3), адже серед 1.5 млн. виписаних направлень, пройшли його лише 10%. Нерідко виникала ситуація, коли люди приносили аналіз до лабораторії, і виявлялось, що вони не правильно були підготовлені, або зовсім не підготовлені через непоінформованість від лікаря, який скерував на аналіз, а серед тих кого лікарі поінформували багато людей просто не виконували цього призначення через важкість підготовки. Тому на мою думку, необхідно внести зміни до 504 наказу МОЗ, де щодо скринінгу на КРР замість загальної рекомендації пройти аналіз калу на приховану кров, має бути чітко встановлена рекомендація щодо проходження лише ІFOBТ. Після чого НСЗУ має включити цей тест до своїх пакетів, для того, щоб громадяни мали можливість пройти його безкоштовно за електронним направленням, а БХ – тест виключити із цього переліку.

Іншою стратегією або паралельною стратегією можна запропонувати внесення до 504 наказу МОЗ вимогу про проходження колоноскопії. Пропоную орієнтуватися в цьому питанні на дослідження Н. Мельничук та співавторів, де було досліджено економічну ефективність скринінгу КРР в Україні за допомогою розробки та застосування детермінованої когортної моделі Маркова, що дозволяла оцінити економічну ефективність трьох стратегій скринінгу для осіб 50-75 років, а саме FOBТ щороку, колоноскопія з

FOBT кожні 5 років і колоноскопія кожні 10 років. Дослідники дійшли висновку, що колоноскопія кожні 10 років виявилась найбільш економічно-вигіднішою стратегією [99].

З огляду на це дослідження остаточною рекомендацією для 504 наказу в розділі скринінгу КРР можна залишити проходження колоноскопії особам від 50 до 75 років кожні 10 років, або IFOBT та колоноскопію кожні 5 років.

Як зазначають Ю. Думанський та В. Чехун у своїй аналітичній статті, що система онкологічної допомоги в країні характеризується значною фрагментарністю, а взаємодія між її ланками недостатньо чітка, прозора та ефективна, що уповільнює розвиток галузі та негативно впливає на якість медичних послуг. Аналіз причин недостатньої ефективності діагностики раку свідчить, що її рівень залежить не стільки від нестачі діагностичного та лікувального обладнання у ЗОЗ, скільки від низької онкологічної грамотності медичних працівників загальнолікарняної мережі. Система профілактичних оглядів також виявилася малоефективною, оскільки лише 25,0% онкологічних пацієнтів були виявлені в ході таких оглядів, зокрема навіть пухлини з візуальною локалізацією, як-от ротова порожнина, діагностувалися лише у 22,8% випадків. При цьому підхід, при якому на лікарів-онкологів покладається відповідальність за профілактику онкологічних захворювань, виявлення пацієнтів з цією патологією, організацію протиракових заходів та супровід хворих на пізніх стадіях, що потребують лише симптоматичного лікування, з одного боку, відволікає їх від основної функції – лікування пацієнтів, а з іншого – перекладає на них усю відповідальність за реалізацію цих завдань [100].

Отже з цього можна дійти висновку, що відповідальність за реалізацію таких завдань, як профілактика, скринінг, рання та своєчасна діагностика раку, паліативна допомога (тобто супровід пацієнтів на пізніх стадіях) має бути перекладена на лікарів ПМД. Логіка в такому підході більш справедлива, адже навіть кількісно таких лікарів набагато більше і охоплення населення таким методом мало б покращитися. Але треба пам'ятати, що в умовах сучасної

реформи охорони здоров'я, на «плечі» сімейного лікаря покладена така велика кількість різноманітних та всебічних завдань (виявлення та ведення 7 груп ризиків по 504му наказу, супровід паліативних хворих, забезпечення пацієнтів програмою «Доступні ліки», щеплення дитячого та дорослого населення, оформлення безлічі різноманітних документів, за виписку яких лікаря контролює пенсійний фонд, ТЦК, МСЕК, прокуратура та багато-багато чого іншого), що також відволікає їх від своєї основної функції – лікування. В рутинній практиці сімейного лікаря часто виникає ситуація, коли пацієнт приходить на прийом з певним питанням, з певною своєю проблемою, і у пацієнта та лікаря є лише 20 хвилин для вирішення цього питання, і треба враховувати те, що для того, щоб потрапити до лікаря, він записувався на прийом заздалегідь, а часто це один, два, а інколи і три тижні. І коли лікар «змушений» замість прийому переконувати пацієнта, що потрібно пройти ті, чи інші аналізи, за які він не питав, а ще і щепитися, і пройти флюорограму, і відповідати на питання скринінгових анкет, і на все це витрачається інколи більше ніж 20 хвилин, то рівень незадоволення таким прийомом зростає, ризик того, що лікар неуважно віднесеться до тієї скарги, із якою пацієнт прийшов, збільшиться, а і загальна довіра пацієнта, а далі і населення може знизитись, адже люди в такому випадку розуміють, що лікар виконує чергову директиву, а не піклується за його здоров'я.

З огляду на це, я вважаю, що будь-які закони, які направлені на посилення відповідальності лікаря у питаннях скринінгу та розширення його функціональних обов'язків лише погіршать рівень надання первинної медичної допомоги. Тому на мій погляд, все те, що можливо автоматизувати, має бути автоматизованим, що зменшить проблему бюрократизму, знизить формалізм у виконанні покладених на медицину обов'язків, та покращить роботу системи в цілому. І онкоскринінг у цьому питанні – це те, що цілком можливо автоматизувати, адже ми маємо дуже чіткі критерії того, які особи, з приводу яких хвороб, та за яким принципом мають бути для цього відібрані.

У спільній роботі з проф. Євтушенко О.Н. ми зазначали, що «для покращення управління медичними скринінговими програмами потрібне:

- проведення широкої інформаційної кампанії для підвищення свідомості громадськості щодо важливості скринінгових програм та переваг раннього виявлення раку;

- розвиток належної інфраструктури та фінансової підтримки для розширення доступу до скринінгових програм у всіх регіонах;

- підвищення кваліфікації медичного персоналу, обов'язкова професійна підготовка та мотивація медичного персоналу для активної участі у скринінгових програмах;

- розробка системи моніторингу та оцінки якості скринінгових програм для виявлення можливих проблем та вдосконалення процесів» [101].

Серед перерахованих пунктів, значною проблемою залишається інформатизація населення та питання контролю ДМСППОЗ, адже закони та постанови, які ми розбирали вже направлені на розвиток інфраструктури, розглянуто було питання про систему моніторингу через вдосконалення НКРУ, а на підвищення кваліфікації лікарів направлена постанова КМУ від 14 липня 2021 року № 725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» та наказ МОЗ від 20.02.2024 № 281 Про затвердження Порядку функціонування електронної системи забезпечення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я [102;103]. Проблемами фінансової підтримки держава постійно займається, залучаючи кошти міжнародних донорів і хоча питання фінансування і є вкрай важливим, але це можливо тема інших досліджень.

Згідно із 49 статтею Конституції України, «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування». Але як вона може це забезпечити в умовах економії державних коштів та витрат на оборону країни? Цілком ймовірно, що широка інформаційна кампанія для нашої держави означатиме додаткове фінансове навантаження, адже будуть

необхідні витрати на оплату мас-медіа, створення телевізійних передач, реклами та ін., що в умовах воєнних дій було б недоцільним. Тому найкращим вирішенням питання інформатизації населення на мій погляд було б їх цільове запрошення на скринінг.

Оскільки, згідно із найкращим міжнародним досвідом, одним із найперспективніших видів запрошення пацієнтів до проходження скринінгу було цільове запрошення за допомогою листування, та враховуючи що організація такого рівня кампанії для України може стати значним фінансовим викликом, пропоную ввести закон, який зобов'язав би операторів електронних МІС створити прості алгоритми для відбору цільової когорти населення та розсилати повідомлення про необхідність проходження скринінгу через систему додатків, та нагадувати про необхідність цієї процедури. Прикладом такого повідомлення може бути наступне: «Безкоштовне направлення на мамографію. Шановна пані Н., нагадуємо про можливість безкоштовно пройти мамографію для попередження раку молочної залози. Для цього ви маєте можливість звернутися до свого сімейного лікаря за електронним направленням. Якщо бажаєте дізнатися більше, натисніть «тут»».

Виходячи із власного досвіду можу сказати, що переважна більшість пацієнтів різної вікової групи, приходить на прийом із гаджетами. При цьому можна побачити, що частка людей які користуються смартфонами зростає і використання мобільних додатків стає більш зрозумілим та доступним навіть для літніх людей. Пуш-ап повідомлення, які б могли безкоштовно розсилатися на рівні програмного коду, через такі додатки значно збільшило б частку людей, поінформованих про необхідність, наявність та безкоштовність скринінгу онкозахворювань.

Для більшої надійності функціонування зазначеної системи бажано проводити подібне листування з періодичністю 1 раз на квартал, але не частіше, щоб не викликати у громадян так званого «синдрому звикання» до повідомлень, а до самих запрошень додавати покликання на короткі ролик про

необхідність скринінгу. В цій ситуації лікар не буде виконувати роль особи, яка застосовуватиме складний диференціальний підхід з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів. Лікар може лише пояснити людині, яка звернулась за направленням на скринінг доцільність цього направлення, та переконати пацієнта у необхідності пройти зазначене обстеження в разі, якщо він/вона не зрозуміли цього при перегляді надісланих інфо-посилань.

Також, вважаю за доцільне з метою покращення системи моніторингу ефективності виконання ДМСППОЗ розробити алгоритми, які повинні автоматично відстежувати створені направлення на онкоскринінг та в рубриці аналітичних даних дашбордів НСЗУ відображати охоплення медичним скринінгом, а також деталі проходження скринінгу, як це вже реалізовано для інших видів направлень. Таким чином, буде забезпечено обов'язковий елемент публічного управління, як контроль, що сприятиме достовірності та прозорості отриманих даних, які можна буде використовувати для розробки подальших рекомендацій з удосконалення системи скринінгу. При цьому важливо зазначити, що процес повинен бути простим на етапі виписки направлення, оскільки будь-які додаткові вимоги, такі як категоризація чи виокремлення направлень на онкоскринінг в окрему рубрику на рівні ПМД, можуть погіршити охоплення такими направленнями, враховуючи перевантаженість лікарів ПМД, особливо в умовах воєнних дій. Усі ці процеси мають бути максимально алгоритмізовані за допомогою штучного інтелекту або іншого програмного забезпечення.

Тому, з метою виконання вимог рішення РНБО «щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень» від 22.12.2023, Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року, Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань та рекомендацій щодо організації протиракової боротьби в Україні пропоную наступний алгоритм дій для покращення управління ДМСППОЗ :

1) КМУ до постанови № 411 від 25.04.2018 пункт 6 доповнити абзацом з наступним змістом: «забезпечити інтеграцію національного канцер-реєстру

України з центральною базою дани ЕСОЗ з подальшим виведенням звітних даних в аналітичних панелях НСЗУ»

2) МОЗ України:

- разом з Міністерством культури та інформаційної політики розробити телемарафон в рамках якого населення України буде інформуватися щодо важливості онкоскринінгу з приводу КРР, РМЗ, РШМ та РПЗ та можливості пройти скринінг безкоштовно внести наступні зміни до наказу №504 від 19.03.2018:

- Додаток 2 до порядку надання первинної медичної допомоги (пункт 2, розділ II) «Перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань» для нозології КРР замінити слова «тест калу на приховану кров» на «імунохімічний тест калу на приховану кров (ІФОВТ) та колоноскопія», визначити періодичність цих методів як 1 раз на 5 років. Альтернативно запропонувати замінити ці слова на «колоноскопія 1 раз на 10 років»;

- Ввести в цей додаток нову нозологію – РШМ. Затвердити вік скринінгу для цієї групи – 25 років. Методом скринінгу запровадити ПЛР тестування на ВПЛ кожні 5 років.

- Надати розпорядження державному підприємству «Електронне здоров'я» щодо розробки, створення та затвердження функціонування в межах ЦБД ЕСОЗ алгоритмів штучного інтелекту, які будуть автоматично відслідковувати та групувати наступні категорії людей, у котрих укладена декларація із сімейним лікарем:

- Жінки віком від 50 до 69 років без факторів ризику, та жінки з 40 років із факторами ризику (наявність інформації в ЕСОЗ щодо підтвердженої мутації BRCA-1 або BRCA-2, першого дітонародження після 30 років, уживання алкоголю або тютюно паління) – в групу ризику щодо розвитку РМЗ;

- Жінки від 25 років – група ризику щодо розвитку РШМ;

- Особи від 50 до 75 років – в групу ризику, щодо розвитку КРР;

- Чоловіки від 40 років – група ризику щодо розвитку РПЗ;
- Зобов'язати медичні заклади ПМД розмістити мультимедійні засоби (Смарт-ТВ, Електронні інформаційні стенди, інформаційні кіоски, сенсорні термінали та ін.) в доступних для відвідувачів місцях, з метою трансляції завантажених з ЦГЗ коротких інформаційних роликів щодо необхідності та доступності проходження онкоскринінгу. Контроль за виконанням цього наказу покласти на голів обласного та міського управління охорони здоров'я кожного регіону.

3) НСЗУ, як майнового правовласника ЦБД ЕСОЗ забезпечити фінансування та функціонування створеного алгоритму, а також:

- Розробити для аналітичних панелей нову рубрику з назвою «Моніторинг ефективності онкоскринінгу», де відображати зведені дані по напрямкам на скринінг з РМЗ, КРР, РПЗ та РШМ, погашенням цих напрямлень, на основі створених алгоритмів відображати цільове охоплення онкоскринінгом населення України по нозологіям, відображати взаємозв'язок між проходженням скринінгових програм та такими показниками, як захворюваність, виявлення раку на ранніх стадіях, 5 - річна виживаність.

- Забезпечити інтегроване відображення даних звітів НКРУ в аналітичних панелях;

- Розробити рекомендації для медичних установ усіх форм власності, які контракуються НСЗУ, щодо правил розміщення мультимедійних засобів та розрахувати їх необхідну кількість в залежності від типу забудови, задля уникнення формалізації виконання вимоги по інформаційно-просвітницькій діяльності медичних закладів;

- Затвердити додаткові нові вимоги до МІС розроблених Державним підприємством «Електронне здоров'я»;

4) Державному підприємству «Електронне здоров'я»:

- Для визначених груп ризику за допомогою алгоритмів 1 раз на квартал або 1 раз на 6 місяців висилати смс-повідомлення від E-health, щодо необхідності проходження онкоскринінгу, з покликанням на інформаційні

відео-матеріали ЦГЗ що додатково та доступно пояснять людині про важливість та необхідність скринінгу. З моменту фіксації в ЦБД ЕСОЗ факту про проходження онкоскринінгу, припинити листування, та повторити його через той проміжок часу, який зазначений у наказі МОЗ №504.

- Розробити наступні додаткові технічні вимоги до МІС, які будуть умовою для підключення МІС до ЦБД.

- Обов'язкова інтеграцію МІС із новим алгоритмом онкоскринінгу, та відправляти для осіб, що встановили додатки на свої гаджети push-повідомлення із запрошенням та покликанням на інформаційні джерела ЦГЗ щодо онкоскринінгу. Частота повідомлень не повинна перевищувати визначеної норми для E-health.

- Створити в електронних карточках пацієнтів для лікарів первинної і вторинної ланки, а також у мобільних додатках власного кабінету пацієнта сигнальні позначки, на основі зазначених вище алгоритмів, щодо необхідності направлення на онкоскринінг. При проходженні скринінгу сигнальні позначки мають бути візуально помітними, що пацієнт пройшов скринінг та не відповідний термін не потребує повторного направлення

- Забезпечити технічну можливість для інтеграції даних НКРУ в ЦБД ЕСОЗ і МІС;

5) Центру громадського здоров'я, як головної експертної та інформаційно-аналітичної установи МОЗ розробити короткі відеоролики про важливість онкоскринінгу та ранні прояви КРР, РМЗ, РШМ та РПЗ і можливість пройти онкоскринінг безкоштовно. Ролики мають бути розміщені на офіційному сайті та на всіх офіційних ресурсах ЦГЗ і МОЗ для можливості легкого до них доступу.

6) Обласним та міським управлінням охорони здоров'я забезпечити контроль за виконанням вимог МОЗ щодо розміщення мультимедіа.

Таким чином, для вдосконалення системи державного управління медичними скринінговими програмами необхідно запровадити інтеграцію НКРУ з ЦБД ЕСОЗ. Забезпечити можливість виведення даних НКРУ у

дашбордах НСЗУ і створити в дашбордах нову рубрику «Моніторинг ефективності онкоскринінгу», яка дозволить відстежувати рівень направлень на онкоскринінг, їх виконання, захворюваність, раннє виявлення та виживаність пацієнтів. Внести до наказу МОЗ №504 уточнення щодо методів і періодичності досліджень для груп ризику. Зокрема, замінити «тест калу на приховану кров» на більш сучасний, точний та простіший у виконанні імунохімічний тест (іFOBT) або на колоноскопію з відповідною періодичністю. Впровадити алгоритми для автоматичного відстеження груп ризику через ЦБД ЕСОЗ та розробити технічні рішення, для автоматизованого сповіщення населення із визначених груп ризику, про необхідність проходження онкоскринінгу. З метою трансляції інформації про скринінгові програми та уникнення формального виконання цієї мети, розробити рекомендації щодо кількості та правил розміщення мультимедійних залежно від специфіки забудівлі зобов'язати ЗОЗ виконати ці рекомендації, задля уникнення формалізації. На нашу думку ці рекомендації покращать управління ДМСППОЗ не залучаючи значних державних коштів на реалізацію даного алгоритму.

Висновки до розділу 3

Українська система охорони здоров'я стикається з надзвичайними викликами, зумовленими тривалим військовим конфліктом з Росією. Значна кількість лікарів вступила до лав збройних сил України, велика кількість медичних закладів постраждало від збройної агресії, пріоритетними напрямками фінансування для держави залишаються оборона а в галузі медицини – реабілітація. Проте, попри складні обставини, обсяг гарантованих медичних послуг не тільки не зменшився, а й продовжує зростати. Розширення програми медичних гарантій у 2024 році з бюджетом понад 159 мільярдів

гривень, а також прогнозоване збільшення бюджету до 175,5 мільярда гривень у 2025 році, а також збільшення ВНД до 5070 \$, свідчать про фінансову спроможність держави забезпечити популяційні скринінгові програми. Це дає можливість у цих складних умовах впроваджувати зміни у систему управління ДМСПОЗ.

Аналіз чинної моделі показує, що, попри достатнє фінансування пакету медичних послуг через НСЗУ, існують значні недоліки в реалізації скринінгових програм. Серед головних проблем – відсутність автоматизованого інформування осіб із груп ризику щодо необхідності проходження скринінгу. НКРУ, який відповідає за моніторинг захворюваності, не інтегрує свої дані з ЕСОЗ, що ускладнює оцінку впливу скринінгових програм на показники захворюваності та виживаності пацієнтів. Також результати скринінгових тестів і дані про встановлені онкологічні діагнози не відображаються в аналітичних панелях НСЗУ.

Тому з метою вдосконалення системи державного управління медичними скринінговими програмами в умовах воєнного стану та уникнення фінансового перевантаження в процесі реалізації поставленої мети пропонуються ряд заходів, а саме: забезпечення повної інтеграції НКРУ з ЕСОЗ; створення нової рубрики в аналітичних панелях НСЗУ – «Моніторинг ефективності онкоскринінгу», що відобразатиме дані про направлення та виконання онкоскринінгових програм та їх взаємозв'язок з показниками раннього виявлення раку та 5-річної виживаності пацієнтів; впровадження алгоритмів штучного інтелекту для автоматизованого відстеження груп ризику та надсилання сповіщень про необхідність проходження скринінгу через цифрові засоби комунікації; внесення змін до наказу МОЗ №504, задля впровадження іFOBТ або колоноскопії з відповідною періодичністю, як більш сучасного методу скринінгу на КРР, а також впровадження скринінгу на РШМ методом тестування на ВПЛ на рівні ПМД; розробка та впровадження стандартів по ефективному облаштуванню ЗОЗ мультимедійними засобами

задля уникнення формалізованого підходу до вимоги про інформатизацію населення щодо важливості та доступності онкоскринінгу.

Незважаючи на кризові обставини, Україна демонструє високий рівень стійкості та пріоритетність розвитку системи охорони здоров'я, зокрема в напрямі онкологічного скринінгу. На нашу думку запропоновані заходи сприятимуть підвищенню ефективності управління медичними скринінговими програмами, забезпечуючи раннє виявлення онкологічних захворювань і покращення загальних показників здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

У дослідженні розглянутий сучасний стан державного управління медичними скринінговими програмами-протидії онкологічним захворюванням. За результатами виконання завдань проведеного дослідження:

1. Охарактеризована проблема скринінгу в системі охорони здоров'я, врахований міжнародний досвід реалізації державних скринінгових програм. З'ясовано, що скринінгові програми здатні зменшити захворюваність та смертність від онкологічних хвороб. На основі аналізу критеріїв Вільсона-Юнгнера, рекомендацій ВООЗ та ряду наукових публікацій визначено, що скринінгові програми можуть не тільки зменшити захворюваність але й завдати шкоди. Саме тому на державному рівні організація таких програм має бути зваженою, науково обгрунтованою та добре організованою.

Серед пріоритетних хвороб щодо яких можливо організувати скринінгові програми ВООЗ розглядає рак шийки матки, рак молочної залози та колоректальний рак. Міжнародний досвід управління ДМСППОЗ на прикладі Великої Британії, Фінляндії, Швеції та інших дає розуміння, що успіх проведення онкоскринінгу залежить від фінансування, яке забезпечує безкоштовність та доступність до скринінгових методів. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу (КНСРД) часто спостерігались фрагментованість та неефективне впровадження таких програм. Одним із найвпливовіших факторів успішності реалізації популяційного онкоскринінгу є інформованість населення щодо мети, процесу та значення скринінгових обстежень. Країни, які демонстрували найкращі результати проведення скринінгових кампаній застосовували з цією метою листування.

2. Проаналізовані скринінгові програми протидії онкологічним захворюванням та ефективність їх реалізації в Україні. З'ясовано, що Україна зробила багато кроків на розробку та функціонування ДМСППОЗ. Серед них

було заснування національного канцер-реєстру України, створення декількох цільових програм боротьби з онкозахворюваннями, встановлення системи обов'язкових профоглядів які мають вплив на охоплення населення онкоскринінгом, та направлені зокрема на скринінг РШМ, РПЗ та рак легень. Аналіз проведених цільових програм показав, що лише фінансування закупівлі обладнання та лікарських засобів не дасть можливості зменшити онкологічний тягар у державі та покращити здоров'я населення. Необхідне фінансування інформаційних кампаній та цільових скринінгових програм.

Починаючи з 2018 року завдяки інтенсивному реформуванню медицини впроваджений цілий ряд нових галузевих стандартів щодо онкоскринінгу, що засновані на сучасних даних науки та міжнародному досвіді. Створена у 2018 році НСЗУ, надає громадянам можливість безкоштовно проходити ключові скринінгові дослідження, такі як мамографія, колоноскопія та ПАП-тест. Вдосконалено технічні можливостей у впровадженні скринінгових програм, завдяки створенню ЕСОЗ.

Але, незважаючи, на певні позитивні кроки у впровадженні популяційного онкоскринінгу, існують проблеми з його реалізацією. Відмічається низький рівень виконання пацієнтами отриманих направлень, їх інформованості щодо мети, процедури та важливості проходження онкоскринінгу, формальне виконання медичними працівниками наказів МОЗ у напрямку онкоскринінгу, та їх недостатню просвітну роботу з населенням.

Визначена проблема інтеграції зібраних НКРУ даних до ЕСОЗ, вирішення якої сприяло би поліпшенню управління ДМСППОЗ, та дозволило би виявляти слабкі місця в ньому для розробки ефективніших стратегій їх усунення.

3. Обґрунтована модель системи державного управління медичними скринінговими програмами в умовах воєнного стану. Попри зменшення кількості медичних працівників, зруйновану медичну інфраструктуру певних територій, спрямування коштів держбюджету на сили оборони спостерігається розширення програми медичних гарантій, у 2025 році прогнозується

збільшення бюджету ПМГ до 175,5 мільярдів гривень. Дані Світового Банку свідчать про збільшення ВНД України до 5070 \$, що переводить її до країн із доходами на душу населення вище середнього, та дає державі змогу забезпечити ефективне впровадження популяційних скринінгових програм.

В період війни система управління ДМСППОЗ виглядає наступним чином. НСЗУ виконує роль основного стратегічного закупівельника медичних послуг, фінансуючи їх через кошти державного бюджету (5% від ВВП) та цільові іноземні інвестиції. Медичні заклади, які уклали договори з НСЗУ, можуть надавати громадянам безкоштовні медичні послуги за електронним направленням. Проте пацієнти із груп ризику онкологічних захворювань не отримують автоматичних повідомлень про необхідність проходження скринінгу. Лише за власною ініціативою або в межах обов'язкових профоглядів вони можуть звернутися до лікаря первинної медичної допомоги. Лікар, згідно з наказом МОЗ №504, має оцінити ризики пацієнта та за потреби створити направлення на відповідне обстеження (мамографію, аналіз калу на приховану кров, тест на ПСА або скерувати до гінеколога, які у свою чергу проводять ПАП-тест. Зниження ефективності такої моделі зумовлено як відсутністю системи автоматизованого інформування населення так і відсутністю інтеграції даних НКРУ з ЦБД ЕСОЗ.

4. Запропоновані організаційно-інституційні заходи та практичні рекомендації щодо вдосконалення системи державного управління медичними скринінговими програмами:

- забезпечення повної інтеграції НКРУ з ЕСОЗ;
- створення в дашбордах НСЗУ нової аналітичної рубрики – «Моніторинг ефективності онкоскринінгу»
- розробка та впровадження алгоритмів штучного інтелекту для автоматизованого відстеження груп ризику щодо онкологічних захворювань
- автоматизована розсилка визначеним групам ризику повідомлень через E-health або МІС щодо можливості, необхідності та доступності проходження онкоскринінгу;

- внесення змін до наказу МОЗ № 504, серед яких пропонується встановлення іFOBT або колоноскопії як єдиного стандарту скринінгу на КРР а також впровадження скринінгу на РШМ методом тестування на ВПЛ на рівні ПМД;

- розробка та впровадження стандартів по ефективному облаштуванню ЗОЗ мультимедійними засобами для ефективного інформування населення щодо онкоскринінгу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження Глобального тягара хвороб. Центр громадського здоров'я МОЗ України: веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorenniya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z> (дата звернення: 05.12.2024).
2. Кукуруза Г., Кухар М., Лесик М., Любченко О. Аналіз впливу на ВВП та державні фінанси захворюваності на рак передміхурової залози та якості його лікування в Україні. *Український медичний часопис*. 2023. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-248119-analiz-vplivu-na-vvp-ta-derzhavni-finansi-zahvoryuvanosti-na-rak-peredmihurovoyi-zalozi-ta-yakosti-jogo-likuvannya-v-ukrayini> (дата звернення: 04.12.2024).
3. Скільки онкопациєнтів пролікували за Програмою медгарантій з 2020 року – розповідають у НСЗУ. *Українська правда. Життя*. 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/05/19/254368> (дата звернення: 05.12.2024).
4. Яценко Ю. Б., Ошивалова О.О., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю. Скринінгові програми в онкології. *Український медичний часопис*. 2015. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-86801-skriningovi-programi-v-onkologii> (дата звернення: 13.12.2024).
5. The pros and cons of screening. *GOV.UK*. 2021 URL: <https://www.gov.uk/guidance/the-pros-and-cons-of-screening> (дата звернення: 05.12.2024).
6. Скринінг у первинній допомозі: клінічна настанова, заснована на доказах / уклад. : Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий та інші.; рец. : О. В. Любінець, Л. А. Стаднюк. / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Київ, 2018. – 464 с. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp->

content/uploads/2019/11/2018_09_21_kn_scrinning.pdf (дата звернення: 05.12.2024).

7. Кисельова, Т.О. *Масові дослідження з використанням Х-променів: перші кроки флюорографії. Дослідження з історії і філософії науки і техніки.* № 1, т. 28. 2019. с. 28-34. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4562/> (дата звернення: 05.12.2024).

8. Autier P., Boniol M., Gavin A. et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ.* Vol. 343. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4411> (дата звернення: 05.12.2024).

9. Efrat Gabai-Kapara, Amnon Lahad, Bella Kaufman et al. Population-based screening for breast and ovarian cancer risk due to BRCA1 and BRCA2. *PNAS.* №.39, Vol. 111. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1415979111> (дата звернення: 05.12.2024).

10. Cancer control. Report by the Secretariat. World Health Organization. Executive Board 114th session. Geneva. 2004. 7 p. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/20163/B114_3-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 05.12.2024).

11. Скринінг у первинній допомозі : клінічна настанова, заснована на доказах / уклад. : Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий та інші.; рец. : О. В. Любінець, Л. А. Стаднюк. / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Київ, 2018. – 464 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_09_21_kn_scrinning.pdf (дата звернення: 05.12.2024).

12. Thomas J. Gates, M.D. Screening for Cancer: Evaluating the Evidence. *American Family Physician.* Vol. 63, № 3. 2001. P. 513 – 522. URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0201/p513.html> (дата звернення: 05.12.2024).

13. Karsten Juhl Jørgensen, Per-Henrik Zahl, Per-Henrik Zahl Breast

cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ*. Vol. 340. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.c1241> (дата звернення: 05.12.2024).

14. Михайлович Ю.Й., Гайсенко А.В., Журбенко А.В. Проблеми адаптації скринінгу найбільш поширених злоякісних новоутворень у популяції України з позиції доказової медицини (уроки міжнародного досвіду). *Організація протиракової боротьби*. Національний інститут раку, Київ. № 6, т.2. 2012. С. 6-10. URL: <https://www.clinicaloncology.com.ua/wp/wp-content/uploads/2012/06/137.pdf> (дата звернення: 05.12.2024).

15. WHO position paper on mammography screening : guideline / World health organization. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Geneva. 2014. 82 р. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/137339/9789241507936_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 05.12.2024).

16. Albert L. Siu Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 164, № 4. 2016 URL: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M15-2886> (дата звернення: 05.12.2024).

17. A short guide to cancer screening: Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm / World health organization. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 2022. P. 45. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351396/9789289057561-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 05.12.2024).

18. Knudson A.G. Mutation and cancer: statistical study of retinoblastoma. *National Center for Biotechnology Information*. 1971. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5279523/>

19. Wilson J.M.G., Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World health organization. Geneva. 1968 pp163. P. 26-27 URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf (дата звернення: 05.12.2024).

20. Glossary and definitions. CanScreen5 : website. URL: <https://canscreen5.iarc.fr/?page=help> (дата звернення: 05.12.2024).
21. Analysis. CanScreen5 : website. URL: <https://canscreen5.iarc.fr/?page=analysis>
22. Country fact sheets. CanScreen5 : website. URL: <https://canscreen5.iarc.fr/?page=factsheets> (дата звернення: 05.12.2024).
23. NHS public health functions agreements. Department of Health and Social Care. GOV.UK : website. 2018. URL: <https://www.gov.uk/government/collections/nhs-public-health-functions-agreements> (дата звернення: 05.12.2024).
24. Сміянова О.І. Державна модель системи охорони здоров'я Беверіджа на прикладі системи охорони здоров'я Великобританії : презентація / Сумський державний університет. Медичний інститут. Кафедра громадського здоров'я. 2021. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-4-Healthcare-systems.pdf> (дата звернення: 05.12.2024).
25. About us. UK National Screening Committee. GOV.UK : website. URL: <https://www.gov.uk/government/organisations/uk-national-screening-committee/about> (дата звернення: 05.12.2024).
26. Уляна Супрун Національна гордість. Як працює медицина у Великобританії. New Voice : website. 2019. URL: <https://nv.ua/ukr/opinion/nacionalna-gordist-yak-pracyuye-medicina-u-velikobritaniji-50011476.html> (дата звернення: 05.12.2024).
27. Swedish Healthcare: Overview of the health system. Swecare : website. URL: <https://www.swecare.se/en/swedish-healthcare/healthcare-in-sweden>
28. Om nationella screeningprogram. Socialstyrelsen: website. URL: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/om-nationella-screeningprogram> (дата звернення: 05.12.2024).
29. Screening. Regional Cancercentrum Stockholm Gotland : website.

URL: <https://cancercentrum.se/stockholm-gotland/regional-cancer-centres/screening/>

30. Healthcare system in Finland. Contact Point for Cross-Border Health Care : website. URL: <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland> (дата звернення: 05.12.2024).

31. Тунккынен L.К., Keskimäki I., Karanikolos M., Litvinova Y. Finland: Health system summary. 2023. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366710/9789289059398-eng.pdf?sequence=1> (дата звернення: 05.12.2024).

32. Screening. Ministry of Social Affairs and Health : website. 2024. URL: <https://stm.fi/en/screening>

33. Organising cancer screening. Finnish Cancer Registry : website. URL: <https://cancerregistry.fi/screening/organising-cancer-screening> (дата звернення: 05.12.2024).

34. Data registration. Finnish Cancer Registry : website. URL: <https://cancerregistry.fi/screening/data-registration/>. (дата звернення: 05.12.2024).

35. Tarmscreeningprogrammet er landsdekkende. Kreft registered : website. 2024. URL: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2024/tarmscreeningprogrammet-landsdekkende/>. (дата звернення: 05.12.2024).

36. Tarmscreeningprogrammet er landsdekkende. Kreft registered : website. 2024. (дата звернення: 05.12.2024). URL: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2024/tarmscreeningprogrammet-landsdekkende/> (дата звернення: 05.12.2024).

37. GNI per capita, Atlas method (current US\$). World bank group : website. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD> (дата звернення: 05.12.2024).

38. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H et al. Japan Health System Review. Vol. 8, No. 1. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for SouthEast Asia, 2018.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259941/9789290226260-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 05.12.2024).

39. Zhang, L., Mosquera, I., Lucas, E. *et al.* CanScreen5, a global repository for breast, cervical and colorectal cancer screening programs. *Nat Med* Vol. 29. P. 1135–1145. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02315-6> (дата звернення: 05.12.2024).

40. Jedy-Agba, Elima, et al. Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health* Vol. 4, № 12. 2016. P. e923-e935 URL: [https://www.readcube.com/articles/10.1016/S2214-109X\(16\)30259-5?status_token=eyJhbGciOiJFUzI1NiIsInR5cCI6IkpXVCJ9.eyJlbnRpdGx1ZCI6InlleyIsImFjY2Vzc1R5cGUiOiJvcGVuIiwiaWF0IjoiMTA5MTA0MTAxNi9TMjI4MTYsImV4cCI6MTczMjczMDAxNn0.suKu-LZj2tG1jKYcx41g-9VfCErY2dmzbyYWE0ablluTlpJtPLWzWUgFI8vcsIc01yBxXmYUWaXeNj5q5DT9Mw](https://www.readcube.com/articles/10.1016/S2214-109X(16)30259-5?status_token=eyJhbGciOiJFUzI1NiIsInR5cCI6IkpXVCJ9.eyJlbnRpdGx1ZCI6InlleyIsImFjY2Vzc1R5cGUiOiJvcGVuIiwiaWF0IjoiMTA5MTA0MTAxNi9TMjI4MTYsImV4cCI6MTczMjczMDAxNn0.suKu-LZj2tG1jKYcx41g-9VfCErY2dmzbyYWE0ablluTlpJtPLWzWUgFI8vcsIc01yBxXmYUWaXeNj5q5DT9Mw) (дата звернення: 05.12.2024).

41. Dinah A. Tetteh, Sandra L. Faulkner Sociocultural Factors and Breast Cancer in Sub-Saharan Africa. Implications for Diagnosis and Management. *Women's Health* 2016 Vol 12, № 1. P 147-156. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.2217/whe.15.76> (дата звернення: 05.12.2024).

42. Про схвалення Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року та затвердження плану дій з її реалізації на період до 2025 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02 серпня 2024 р. № 730-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/730-2024-%D1%80#Text> (дата звернення: 05.12.2024).

43. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення» : Постанова Верховної Ради України від 02 вересня 2020 року № 862-ІХ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-20/ed20200902#Text> (дата звернення:

05.12.2024).

44. Статеві-вікові показники смертності. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 22 – «Рак в Україні, 2019-2020». Додаток Б. 2019. [URL: http://ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/SME.pdf](http://ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/SME.pdf) (дата звернення: 05.12.2024).

45. Захворюваність і смертність в 2022 (уточнені дані) та в 2023 (оперативні дані) роках у розрізі регіонів. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 25 – «Рак в Україні, 2022-2023». Таблиця 3. [URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/TABLES_3-4.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/TABLES_3-4.pdf) (дата звернення: 05.12.2024).

46. Кількість випадків смерті від ЗН у статеві-вікових групах. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 25 – «Рак в Україні, 2022-2023». Додаток Б. [URL: http://ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/SME.pdf](http://ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/SME.pdf) (дата звернення: 05.12.2024).

47. A. Ryzhov, F. Bray, J. Ferlay, Z. Fedorenko, L. Goulak, Y. Gorokh, O. Soumkina, A. Znaor, Evaluation of data quality at the National Cancer Registry of Ukraine. *Cancer Epidemiology*. Volume 53. 2018. Pages 156-165. [URL: https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.002](https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.002) (дата звернення: 05.12.2024).

48. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 №504. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text) (дата звернення: 05.12.2024).

49. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку: Розпорядження Кабінету Міністрів України від від 26 липня 2018 р. № 530-р. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#n12](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#n12) (дата звернення: 05.12.2024).

50. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення» : Постанова Верховної Ради України від 02 вересня 2020 року № 862-IX. [URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-20/ed20200902#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-20/ed20200902#Text) (дата звернення:

05.12.2024).

51. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України від 18 серпня 2021 року_№369/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (дата звернення: 05.12.2024).

52. У Програмі медичних гарантій-2021 на раннє виявлення та лікування раку закладено понад 5 млрд грн. Національна служба здоров'я. Новини. 2021 : веб-сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-programi-medichnih-garantij-2021-na-rannye-viyavlennya-ta-likuvannya-raku-zakladeno-ponad-5-mlrd-grn-nszu> (дата звернення: 05.12.2024).

53. План дій з реалізації на період до 2025 року Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року. Затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 р. № 730-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/730-2024-%D1%80#n198> (дата звернення: 05.12.2024).

54. Порядок скринінгу і ранньої діагностики раку шийки матки та моніторингу стану здоров'я пацієток з груп ризику. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 05 серпня 2024 року № 1368. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1274-24#Text> (дата звернення: 05.12.2024).

55. Скринінг раку шийки матки. Ведення пацієток з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки. Клінічна настанова, заснована на доказах. *Державний експертний центр МОЗ України*. Реєстровий № КН 2024-1057. Опубліковано 18.06.2024. – 146 с. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/rak-shyjky-matky> (дата звернення: 05.12.2024).

56. Ковальов О. Україна проти раку: національна програма онкологічного скринінгу. *Здоров'я України. Онкологія, гематологія, хіміотерапія*. №3, т. 59. – с. 8-10. URL: <https://health-ua.com/multimedia/4/3/2/1/5/1575460063.pdf> (дата звернення: 05.12.2024).

57. Щодо інтеграції Національного канцер-реєстру України (НКРУ) та електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Національний Інститут Раку: веб-сайт. 2023. URL: <https://unci.org.ua/strong-shhodo-integratsiyi-natsionalnogo-kantser-reyestru-ukrayiny-nkru-br-ta-elektronnoyi-systemy-ohorony-zdorov-ya-esoz-strong/> (дата звернення: 05.12.2024).

58. Про затвердження Державної програми «Онкологія» на 2002-2006 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2002р. №392. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.12.2024).

59. Про затвердження Державної програми «Дитяча онкологія» на 2006-2010 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 19.07.2006р. №983. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2006-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.12.2024).

60. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року: Закон України від 23 грудня 2009 року № 1794-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1794-17#Text> (дата звернення: 05.12.2024).

61. Кодекс законів про працю України. Затверджений Законом Української радянської соціалістичної республіки №322-VIII від 10.12.1971 зі змінами. Остання редакція від 27.09.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3768-20#Text> (дата звернення: 05.12.2024).

62. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України. Відомості Верховної Ради України, 1993, №4, ст.19. Остання редакція від 01.10.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 05.12.2024)

63. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 грудня 2023 року «Щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень» : Указ Президента України від 22.12.2023 №842/2023. URL: https://www.president.gov.ua/documents/8422023-49329?fbclid=IwAR0UII7jYRfX5d_7kc30ggRpSHey0ZaaX4b26prn02OKKyFdY

[HnQ614HmQQ](#) (дата звернення: 05.12.2024)

64. Погоджені специфікації та умови закупівлі за напрямами медичної допомоги, які надаватимуться за Програмою медичних гарантій у 2023 році. Національна служба здоров'я України. Контрактування 2023. Вимоги ПМГ 2023 : веб-сайт. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2023/vimogi-pmg-2023> (дата звернення: 05.12.2024)

65. Погоджені специфікації та умови закупівлі за напрямами медичної допомоги, які надаватимуться за Програмою медичних гарантій у 2024 році. Національна служба здоров'я України. Контрактування 2024. Вимоги ПМГ 2024 : веб-сайт. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2024-1699952970/vimogi-pmg-2024> (дата звернення: 05.12.2024)

66. Вимоги до пакетів послуг програми медичних гарантій. Національна служба здоров'я України. 2021. – 202 с. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/storage/editor/files/pmg-booklet-2303.pdf> (дата звернення: 05.12.2024)

67. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ. Національна служба здоров'я України. Аналітичні панелі (Дашборди). Е-дані. веб-сайт. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/emz-stats> (дата звернення: 13.12.2024)

68. Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах. Національна служба здоров'я України. Вимоги ПМГ 2025 – 36 с. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/storage/editor/files/dodatok-paket-ambulatorka-1-1-1-2.pdf> (дата звернення: 05.12.2024)

69. Перелік медичних послуг CSD LAB за програмою НСЗУ. CSD LAB. НСЗУ. 2024. – 6 с. URL: https://www.csdlab.ua/sites/default/files/pdf/kp-nszu_12.09.2024_0.pdf (дата звернення: 05.12.2024)

70. Аналіз ведення електронних направлень лікарями первинної та спеціалізованої допомоги. Національна служба здоров'я України. Аналітичні

панелі (Дашборди). Е-дані. веб-сайт. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/service-requests> (дата звернення: 12.12.2024)

71. Khorram-Manesh A, Goniewicz K, Burkle FM. Social and Healthcare Impacts of the Russian-Led Hybrid War in Ukraine – A Conflict With Unique Global Consequences. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2023; 17:e432. – р. 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.91> (дата звернення: 05.12.2024)

72. Barten D.G., Tin D., Granholm F. et al. Attacks on Ukrainian healthcare facilities during the first year of the full-scale Russian invasion of Ukraine. *Confl Health* Vol. 17, № 57. 2023. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00557-2> (дата звернення: 05.12.2024)

73. Camacho R, Ferreira-Borges C, Roitberg F, Dvaladze AE, Lasierra Losada M, Alves da Costa F, Aggarwal A, Lawler M, Kopetskiy S, Sullivan R. Cancer care for Ukrainian refugees: Strategic impact assessments in the early days of the conflict. *J Cancer Policy. National Center for Biotechnology Information*. 2022 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36375808/> (дата звернення: 05.12.2024)

74. МОЗ та Світовий банк обговорили результати поточних та перспективи нових спільних проєктів із відновлення сфери охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України. 2024 : веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/moz-ta-svitovij-bank-obgovorili-rezultati-potochnih-ta-perspektivi-novih-spilnih-proyektiv-iz-vidnovlennya-sferi-ohoroni-zdorov-ya-2> (дата звернення: 05.12.2024)

75. Близько 100 мільйонів доларів США отримала Україна для реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України. 2024 : веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/blizko-100-miljoniv-dolariv-ssha-otrimala-ukrayina-dlya-reaguvannya-na-nadzvichajni-situaciyi-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 05.12.2024)

76. З 1 січня починає діяти Програма медичних гарантій на 2024 рік. Національна служба охорони здоров'я України. 2024 : веб-сайт. URL:

<https://www.kmu.gov.ua/news/z-1-sichnia-pochynaie-diiaty-prohrama-medychnykh-harantii-na-2024-rik> (дата звернення: 05.12.2024)

77. Державний бюджет на 2025 рік прийнято парламентом: видатки на сферу охорони здоров'я становлять понад 217 млрд грн. Міністерство охорони здоров'я України. 2024 : веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-byudzhhet-na-2025-rik-prijnyato-parlamentom-vidatki-na-sferu-ohoroni-zdorov-ya-stanovlyat-ponad-217-mlrd-grn> (дата звернення: 05.12.2024)

78. Eric Metreau, Kathryn Elizabeth Young, Shwetha Grace Eapen World Bank country classifications by income level for 2024-2025. World Bank Blogs : website. URL: <https://blogs.worldbank.org/en/opendata/world-bank-country-classifications-by-income-level-for-2024-2025> (дата звернення: 05.12.2024)

79. GNI per capita, Atlas method (current US\$). World Bank Group : website. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD> (дата звернення: 05.12.2024)

80. World Bank Country and Lending Groups. The World Bank : website. URL: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> (дата звернення: 05.12.2024)

81. Конституція України. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30, ст. 141. Остання редакція від 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 05.12.2024)

82. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#n8> (дата звернення: 05.12.2024)

83. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.12.2024)

84. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України. Відомості Верховної Ради. 2018. № 5, ст. 31. Остання редакція від 20.09.2024 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 05.12.2024)

85. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я. Затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19> (дата звернення: 05.12.2024)

86. Про захист персональних даних : Закон України. Відомості Верховної Ради України. 2010. № 34, ст. 481. Остання редакція від 27.04.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text> (дата звернення: 05.12.2024)

87. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#n8> (дата звернення: 05.12.2024)

88. Прядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2019 р. № 1086. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1086-2019-%D0%BF#n9> (дата звернення: 05.12.2024)

89. Перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. Затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#n12> (дата звернення: 05.12.2024)

90. Інформаційна екосистема електронної охорони здоров'я України. Міністерство охорони здоров'я України. База знань E-health. 2024 : веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/informacijna-ekosistema-elektronnoyi-ohoroni->

[zdorov-ya-ukrayini?utm](#) (дата звернення: 05.12.2024)

91. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року : Проект від 23.02.2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. – 68 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 05.12.2024)

92. Гордієнко Л. А., Зарубіжний досвід фінансування соціальних програм та особливості його впровадження в Україні Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування. 2020. Вип. 4. УДК 336.7. с. 27-28 URL: https://journals.dpu.kyiv.ua/public/site/4_2020/4.pdf

93. FDA Authorizes Marketing of First Device that Uses Artificial Intelligence to Help Detect Potential Signs of Colon Cancer. *FDA news release*. 2021 : wtbsite. URL: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-first-device-uses-artificial-intelligence-help-detect-potential-signs-colon?fbclid=IwY2xjawHJdCNleHRuA2F1bQIxMQABHVyixVfayalZZQwCUUZpHaS0xVLflr5kVSQXJH36grATzxFRqmIpZ77pNw_aem_5JQh62GQgfIxdRQxolA1DA (дата звернення: 05.12.2024)

94. Yuichi Mori, Shin-ei Kudo, Masashi Misawa, et al. Artificial intelligence- assisted colonic endocytoscopy for cancer recognition: a multicenter study. *Endoscopy International Open* 2021. Vol 9, №7. E1004-E1011 URL: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1475-3624.pdf> (дата звернення: 05.12.2024)

95. Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, et al. ACG Clinical Guidelines: Colorectal_Cancer Screening 2021. *The American Journal of Gastroenterology*. 2021; Vol. 116, №3. P. 458 – 479. URL: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001122> (дата звернення: 05.12.2024)

96. Shaukat A, Kahi CJ. Current and future colorectal cancer screening

strategies. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*. 2022. Vol. 19 №8. P. 521 – 531. URL: <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00612-y> (дата звернення: 05.12.2024)

97. Mandel J.S., Church T.R., Bond J.H., et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2000. Vol. 343, №22. P. 1603 – 1607. URL: <https://doi.org/10.1056/NEJM200011303432203> (дата звернення: 05.12.2024)

98. Ladabaum U., Dominitz J. A., Kahi C., Schoen R. E. Strategies for colorectal cancer screening. *Gastroenterology*. 2020. Vol. 158. Issue 2. P. 418 – 432. URL: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.06.043> (дата звернення: 05.12.2024)

99. Melnitchouk N., Soeteman D. I., Davids J. S. et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening in Ukraine. *Cost Eff Resour Alloc*. 2018. Vol. 16, № 20. URL: <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0104-0> (дата звернення: 05.12.2024)

100. Думанський Ю.В., Чехун В.Ф. Онкологія в Україні: стан проблеми та шляхи розвитку. *Онкологія. Науково-практичний журнал*. 2022. Т. 24, № 3. – 6 с. URL: <https://www.oncology.kiev.ua/wp-content/uploads/2022/12/1635.pdf?upload=> (дата звернення: 05.12.2024)

101. Євтушенко О. Н. Мовсесян А.Т. Державні медичні скринінгові програми протидії онкологічним захворюванням: проблеми імплементації / XXI Міжнародна наукова конференція «Ольвійський форум-2024: Стратегії країн причорноморського регіону в геополітичному просторі». /тези доп. Публічне управління в Україні 20-23 червня 2024 р. ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв. С.12-16.

102. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 14.07.2021 №725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.12.2024)

103. Порядок функціонування електронної системи забезпечення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2024 року № 281. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0368-24#n17> (дата звернення: 05.12.2024)