

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Кубець Юлії Миколаївни

академічної групи 281М-21з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення паліативної допомоги»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Багрім О.А.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення паліативної допомоги».

76 стор., 3 рис., 73 джерела.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА РЕФОРМА, КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД, СТРАТЕГІЯ, ЯКІСТЬ.

Об'єкт дослідження – розвиток системи паліативної допомоги в Україні.

Предмет дослідження – процеси удосконалення системи управління паліативною допомогою.

Метою дослідження є аналіз вітчизняного та світового досвіду функціонування систем паліативної допомоги та розробка пропозицій щодо удосконалення системи управління в цій сфері.

У першому розділі досліджується інноваційний розвиток системи охорони здоров'я України. Другий розділ присвячено дослідженню змісту, стратегії та механізму правового регулювання паліативної допомоги в Україні. У третьому розділі розглядаються інструменти реалізації державної політики у сфері боротьби з раком.

Сфера практичного застосування результатів роботи: підвищення ефективності та результативності державної політики у сфері паліативної допомоги в Україні, поліпшення якості надання медичних послуг онкохворим.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improvement of palliative care».

76 pages, 3 figures, 73 sources.

PALLIATIVE CARE, HEALTH CARE SYSTEM, MEDICAL REFORM, COMPETITIVENESS OF A MEDICAL INSTITUTION, MULTIDISCIPLINARY APPROACH, STRATEGY, QUALITY.

Object of research – development of the palliative care system in Ukraine..

Subject of research – process of improving the palliative care management system.

The purpose of research – analysis of the domestic and global experience of the functioning of palliative care systems and develop proposals for improving the management system in this area.

In the first section examines examines the innovative development of the healthcare system of Ukraine. The second section is devoted to researching the content, strategy and mechanism of legal regulation of palliative care in Ukraine. In the third section examines the tools for implementing state policy in the field of cancer control.

The field of practical application of work results: increasing the efficiency and effectiveness of state policy in the field of palliative care in Ukraine, improving the quality of providing medical services to cancer patients

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
УКРАЇНИ.....	8
1.1. Державна політика України в сфері охорони здоров'я	8
1.2. Напрями реформування системи охорони здоров'я України.....	18
1.3. Аналіз систем охорони здоров'я зарубіжних країн.....	21
РОЗДІЛ 2	
ЗМІСТ, СТРАТЕГІЯ ТА МЕХАНІЗМ ПРАВОВОГО	
РЕГУЛЮВАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	31
2.1. Зміст та правове регулювання надання паліативної допомоги в	
Україні.....	31
2.2. Кращі практики надання паліативної допомоги в Україні.....	37
2.3. Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні	39
РОЗДІЛ 3	
ІНСТРУМЕНТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ	
У СФЕРІ БОРотьБИ З РАКОМ	49
3.1. Профілактика онкологічних захворювань як ефективний спосіб	
боротьби з раком	49
3.2. Паліативна допомога у лікуванні хворих на рак.....	54
3.3. Державно-приватне партнерство як засіб боротьби з	
онкологічними проблемами	65
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77

ВСТУП

Сфера охорони здоров'я, зокрема медичної допомоги, займає одну із найважливіших, основоположних позицій у державній політиці, адже, насамперед, від здоров'я людини залежить суспільно-економічний розвиток нації. Налагоджена система охорони здоров'я, а саме дієвий механізм надання того виду медичної допомоги, якого потребує пацієнт, сприятиме забезпеченню дотримання невід'ємного та непорушного права кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, проголошеного права у ст. 49 Конституції України. Проблеми правового регулювання медичної допомоги є актуальними як на міжнародному, так і на національному рівнях. Міжнародно-правові акти, схвалені Організацією Об'єднаних Націй, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною організацією праці, Радою Європи і Європейським Союзом, Всесвітньою та Європейською медичними асоціаціями, є основними джерелами, які містять міжнародні та регіональні стандарти у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги.

У зв'язку з загрозами природно-екологічного характеру, глобальними соціальними проблемами, виникненням пандемії коронавірусної хвороби, спостерігається загострення невиліковних хронічних захворювань. Крім того, наявна велика кількість хвороб, набутих у результаті неправильного способу життя. Одне з найстрашніших і не до кінця вивчених захворювань, що несе за собою проблеми догляду – це онкологія на пізніх стадіях розвитку. Поряд із цим, спостерігається значне збільшення кількості серцево-судинних захворювань, які спричиняють ряд важких наслідків. Значно «помолодшали» такі захворювання, як інсульти та інфаркти, що вражають людей не тільки похилого віку, а й молодь. Чимало людей потерпають від хвороб Альцгеймера чи Паркінсона, які суттєво погіршують якість життя. Окрім негативного впливу на фізичну складову здоров'я, сучасна людина відчуває на собі вплив інформаційних атак, психоемоційних навантажень, які є фактором ризику виникнення значної кількості хвороб. У результаті, актуальності набуває

проблема надання необхідної допомоги хворим з невиліковними хворобами в останній період життя, а також їх рідним, які повинні навчитися не тільки правильному комплексному догляду за хворими, а й способам фізичного та емоційного відновлення власного здоров'я.

Коли страх за життя рідної людини не дає раціонально мислити, коли розгубленість та відчуття раптових змін в особистому житті заважають думати, то кожному, хто опинився у подібній ситуації, потрібні ефективні поради, які дадуть відповіді на питання: що робити, аби полегшити життя найріднішої людини в її теперішньому стані, на що звернути особливу увагу при догляді за тими, хто обмежений у своєму просторі і пересуванні, як не вигоріти самому в тій ситуації, коли через постійне недосипання, втому, фізичні навантаження перебуваєш у постійному стресі.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, паліативна допомога – це ряд комплексних і системних заходів, мета яких максимально забезпечити якість життя невиліковно хворих та їх рідних, запобігти і перешкодити стражданням через раннє виявлення і точне діагностування причин болю та розладів систем життєдіяльності, проведення відповідних лікувальних заходів, симптоматичної терапії та забезпечення догляду, а також надання соціальної, психологічної, моральної та духовної підтримки.

Дослідження завдань, сутнісної характеристики паліативної допомоги, аналіз проблем догляду за людьми похилого віку здійснено у працях Ю.В. Вороненка, Н.Б. Галіяш, Ю.І. Губського, К.В. Данилюк, Х. Данна, І.В. Понкіна, А.А. Понкіної, Г.В. Савки, З.О. Слободюк, Р.І. Сопко та інших. Разом із тим, огляд наукової літератури показує, що така складна проблема, як надання паліативної допомоги людям, які зіткнулися з тяжкими, невиліковними захворюваннями в останній період життя та їх рідним, потребує подальших комплексних наукових досліджень.

Для визначення шляхів розв'язання даної проблеми сформуємо об'єкт, предмет, основну мету та завдання даної магістерської роботи.

Об'єкт дослідження – розвиток системи паліативної допомоги в Україні.

Предмет дослідження – процеси удосконалення системи управління паліативною допомогою.

Метою дослідження є аналіз вітчизняного та світового досвіду функціонування систем паліативної допомоги та розробка пропозицій щодо удосконалення системи управління в цій сфері.

Для досягнення мети у роботі визначено наступні завдання дослідження:

- дослідити державну політику України в сфері охорони здоров'я;
- визначити напрями реформування системи охорони здоров'я України;
- проаналізувати системи охорони здоров'я зарубіжних країн;
- дослідити зміст та правове регулювання надання паліативної допомоги в Україні;
- вивчити кращі практики надання паліативної допомоги в Україні;
- визначити стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні;
- дослідити профілактику онкологічних захворювань як ефективний спосіб боротьби з раком;
- проаналізувати паліативну допомога у лікуванні хворих на рак;
- скласти пропозиції щодо державно-приватного партнерства як засобу боротьби з онкологічними проблемами.

У процесі роботи використано методи теоретичного й емпіричного дослідження, основними з яких є методи системного аналізу та синтезу (історичний, індукція та дедукція, порівняння та аналогія, класифікація тощо). Історичний метод та індуктивну логіку застосовано при дослідженні процесів еволюції й становлення систем паліативної допомоги в Україні та світі. Методи аналізу та синтезу використано під час визначення орієнтирів та принципів реформування системи медичної допомоги в Україні.

Сфера практичного застосування результатів роботи: підвищення ефективності та результативності державної політики у сфері паліативної допомоги в Україні, поліпшення якості надання медичних послуг онкохворим.

РОЗДІЛ 1

ІННОВАЦІЙНИЙ РОЗВИТОК

СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Державна політика України в сфері охорони здоров'я

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування. Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави [1, с. 14].

Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ).

ВООЗ – міжнародна міжурядова організація, спеціалізована установа ООН, створена у 1946 р., що відповідає за політику здоров'я в усьому світі. ВООЗ діє як спрямовуючий і координуючий орган при наданні міжнародної допомоги в галузі охорони здоров'я і відіграє провідну роль у системі ООН у процесі розв'язання проблем охорони здоров'я, які виникають у надзвичайних ситуаціях.

На 17-ій 1963 р. (Нью-Йорк) і 35-ій 1983 р. (Венеція) сесіях ВООЗ визначено 12 принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи, які випливають із позиції повного дотримання прав людини [2]. Дані принципи ґрунтуються на позиції, що всі люди мають однакові права на отримання медичної допомоги незалежно від місця проживання.

Асамблея 1983 р., яка прийняла поправки до рекомендацій 18-ої Хельсінкської асамблеї 1964 р. щодо приведення у відповідність із міською організацією охорони здоров'я у сільській місцевості, зобов'язала держави забезпечити такі умови роботи в державній системі охорони здоров'я, які були б достатньо привабливі для того, щоб система медичних послуг у сільській місцевості могла розвиватись такою ж мірою, як аналогічна система в містах. Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні визначені також у програмному документі ЄРБ ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті» [3, с. 138 – 139].

Основоположним документом ВООЗ є Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я (1986 р.). Програмними документами для урядів країн-членів ВООЗ (у т. ч. й України) є «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті», «Здоров'я-2020», у яких сформовані програмні дії урядів щодо забезпечення необхідного рівня здоров'я населення, управління детермінантами здоров'я, протидії ризикам для здоров'я.

Бангкокська хартія ВООЗ (2005 р.) сприяння здоров'ю у глобалізованому світі закликає до розвитку політики, спрямованої на активізацію громад, демократизацію процесів ухвалення політичних рішень у сфері охорони здоров'я, підтримку місцевих ініціатив.

Підходи до формування державної політики України в галузі охорони здоров'я визначені в Конституції України (ст. 43, 45, 46, 48-50) [4]. Деталізація та конкретизація основних конституційних положень, що стосуються правового регулювання охорони здоров'я, знайшли відображення у низці законодавчих і нормативних актів. У 1992 р. прийнято основоположний законодавчий акт – Основи законодавства України про охорону здоров'я, в якому визначені основні засади та принципи розбудови національної системи охорони здоров'я [5]. Основи державної політики у цій сфері закріплюються також міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

За визначенням науковців, державна політика в галузі охорони здоров'я – це сукупність рішень чи обов'язків держави щодо проведення органами влади узгодженого курсу дій у системі надання медичної допомоги, спрямованих на досягнення поставлених завдань з метою покращення здоров'я населення держави [6].

Політика України в галузі охорони здоров'я базується на тому, що держава визнає право кожного громадянина держави на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я.

Державну політику в галузі охорони здоров'я І. Солоненко трактує як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень або взятих зобов'язань держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів із метою збереження генофонду нації, її гуманітарного потенціалу та урахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної особистості, так і суспільства в цілому [7].

Колектив науковців на чолі з Н. Р. Нижник дає таке визначення державній політиці України в галузі охорони здоров'я: це невід'ємна складова частина внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, що обов'язково проводить держава в інтересах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що обумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я [8].

Для здійснення аналізу і вибору стратегії державної політики стосовно перебудови системи охорони здоров'я необхідно включити певні механізми

державного управління в процес перетворень, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів. Основні механізми державної політики, які максимально впливають на діяльність системи охорони здоров'я, такі: фінансування галузі, організація системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях, розміщення фінансових ресурсів, методи оплати виробників медичних послуг, регулювання діяльності з метою оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів і соціальний маркетинг.

Автори Програми реорганізації медичної допомоги в Україні «Перспектива-2010» та Національної програми на виконання Указу Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [9] вважають, що державна політика в галузі охорони здоров'я повинна розглядатися на п'ятьох основних стратегічних напрямках:

- стратегія забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення України;
- стратегія в галузі медичної освіти і структури кваліфікації медичних кадрів;
- стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги в Україні;
- технологічна стратегія;
- стратегія в галузі реорганізаційних форм медичної допомоги.

Проаналізувавши публікації вітчизняних науковців та беручи до уваги пріоритетність охорони здоров'я в державній політиці, можемо стверджувати, що метою охорони здоров'я України в період реформування галузі є забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом його збереження та зміцнення, профілактики захворювань і якісної доступної медичної допомоги при оптимізації витрат.

Наступною категорією, що потребує наукового тлумачення, є «державне управління охороною здоров'я». У сучасній науковій літературі продовжується

пошук загальноприйнятого визначення «державне управління» [10; 12 – 15]. Зокрема, З. Гладун у монографії «Державне управління в галузі охорони здоров'я», посилаючись на наукові праці Л. Ковалю, Г. Райта, А. Альохіна, Ю. Козлова та Г. Атаманчука, робить висновок, що державне управління – це організуюча діяльність органів виконавчої влади, яка полягає в організації виконання законів та інших нормативно-правових актів чинного законодавства, здійснення розпорядження ресурсами загальнодержавної власності з метою комплексного соціально-економічного розвитку, а також забезпечення реалізації державної політики у відповідних сферах життя [10].

У свою чергу, В. Шахов у роботі «Державна політика в сфері управління: модернізація чи модифікація?» зазначає, що під державним управлінням розуміється вид діяльності держави, що полягає в здійсненні нею управлінського, тобто організуючого впливу на ті сфери й галузі суспільного життя, які вимагають певного втручання держави шляхом використання повноважень виконавчої влади [11]. Поняття «державне управління» за змістом є ширше, ніж поняття «виконавча влада».

На нашу думку, універсальнішим варіантом визначення державного управління є, визначення запропоноване авторами монографії «Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи», де зазначається, що державне управління – це форма практичної реалізації державної влади. Таким чином, під державним управлінням вони розуміють діяльність держави щодо організації упорядкування різних соціальних процесів у суспільстві [12].

Відомий науковець і дослідник проблеми співвідношення державного управління і виконавчої влади Н. Нижник пропонує розглядати державне управління як діяльність органів та установ цих гілок державної влади (законодавчої, виконавчої, судової) із вироблення і здійснення регулюючих, організуючих і координуючих впливів на всі сфери суспільства з метою задоволення його потреб, що змінюються. Саме цього визначення ми і будемо дотримуватися у процесі нашого дослідження.

Отже, коли ми говоримо про державне управління охороною здоров'я, то розуміємо ефективну діяльність держави щодо організації (управління) всіх складових системи охорони здоров'я з метою задоволення потреб громадян України у збереженні та зміцненні здоров'я.

З точки зору системного підходу об'єктом державного управління охороною здоров'я буде вся державна система охорони здоров'я України. Суб'єктом державного управління охороною здоров'я буде система державної влади у вигляді спеціально утворених взаємодіючих органів державної влади, між якими розподілені певні функції державного управління охороною здоров'я.

Підсумовуючи все вище означене, слід зазначити, що державне управління охороною здоров'я – ефективна діяльність держави щодо управління всіма складовими системи охорони здоров'я з метою задоволення потреб громадян України у збереженні та зміцненні здоров'я шляхом реалізації державної політики у цій галузі. При цьому як суб'єкт державного управління охороною здоров'я виступає система державної влади у вигляді спеціально утворених її взаємодіючих органів, між якими поділені певні функції державного управління охороною здоров'я.

Дослідники проблем державної політики України в галузі охорони здоров'я вважають, що галузь перебуває в кризовому стані. Основними причинами є: зміни соціально-економічної системи держави; низька оплата праці медичних працівників; незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги; тривалий період реформування без виділення належних коштів, тобто без суттєвої економічної та політичної підтримки, а це все призводить до вимирання нації [13 – 19].

Категоріями ефективності системи охорони здоров'я слід вважати:

- вплив на кінцеві результати, а саме – на здоров'я населення;
- соціальну справедливість, тобто забезпечення кожній людині рівного доступу до медичної допомоги;
- задоволення населення якістю медичного обслуговування [20].

На сучасному етапі суспільного розвитку Українська держава виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я нації, але разом з тим вона не спроможна фінансово її підтримати в сучасних умовах. Одночасно спостерігаються децентралізація державного управління охороною здоров'я та підвищення ролі регіональних і місцевих органів державної влади, місцевого самоврядування, пов'язаних із охороною здоров'я та медичною допомогою. Вирішити означені проблеми у системі охорони здоров'я має запроваджена в країні медична реформа.

Аналіз законодавчих документів, наукових джерел та інформації щодо практичної діяльності закладів системи охорони здоров'я дає підстави стверджувати, що тривалий час управління вітчизняною охороною здоров'я ґрунтувалося на прямому адмініструванні, а роль економічних методів була незначна, що не сприяло підвищенню якості медичних послуг. Фінансування галузі традиційно базувалося на показниках ресурсного забезпечення (ліжковий фонд, число медичних працівників та ін.), а не кінцевих результатах роботи медиків.

Екстенсивний шлях розвитку системи охорони здоров'я, спрямованість на кількісні показники, спроби здешевлення медичної допомоги призвели до появи серйозних проблем, серед яких зниження якості медичної допомоги, брак устаткування, діагностичної апаратури, інструментарію і лікарських засобів. Наслідком недостатності економічних стимулів стали низька ефективність використання ресурсів, недостатній професіоналізм медиків, неувага до пацієнтів, побори з них та ін. [21, с. 53-54].

Однак, слід зазначити, що повний перехід системи охорони здоров'я на ринкові відносини соціально вкрай ризикований. Впровадження реформ потребує значної зміни законодавчої бази. Згідно з конституцією України кожний громадянин нашої країни має право на безкоштовне лікування [26]. Тому, на нашу думку, спроби швидко внести зміни до конституції в аспектах медицини можуть викликати активний супротив, особливо серед старшого покоління.

Слід зазначити, що задекларований перехід до обов'язкового медичного страхування, також доки не передбачений законом, а окрім того, має досить проблемне економічне підґрунтя. Причини цього не тільки в кризовому стані України в умовах конфлікту на сході, а й постійне погіршення соціально-економічного стану країни.

Відповідно до положень Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», яка затверджена Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5 метою державної політики у сфері охорони здоров'я є системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав, що відповідає намірам наближення до законодавчих, нормативних та адміністративних актів держав-членів ЄС, які визначені програмою «Європейська стратегія здоров'я-2020» та іншими стратегічними документами, які формують політику в сфері охорони здоров'я.

На сучасному етапі вітчизняного державотворення державна політика охорони здоров'я реалізується на основі таких принципів, як:

- законність – відповідність Конституції та законам України, міжнародним договорам, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України;
- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;
- співробітництво – узгодження цілей, пріоритетів, завдань, заходів і дій центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, органів професійного самоврядування, забезпечення співробітництва між ними під час формування та реалізації державної політики охорони здоров'я;

– паритетність – забезпечення рівних можливостей доступу всіх суб'єктів охорони здоров'я до участі у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я;

– відкритість, публічність – забезпечення вільного доступу до інформації, що визначає державну політику охорони здоров'я і є у розпорядженні органів державної влади та органів місцевого самоврядування;

– координація – взаємозв'язок та узгодженість середньо- та довгострокових стратегій, планів і програм охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях;

– історичне наступництво – урахування і збереження позитивних надбань попереднього періоду розвитку та функціонування національної і регіональних систем охорони здоров'я;

– сталий розвиток сфери охорони здоров'я, який передбачає її гармонізацію з розвитком суспільства і держави для задоволення потреб нинішнього покоління з урахуванням інтересів майбутніх поколінь;

– об'єктивність – розроблення всіх документів, що визначають державну політику охорони здоров'я, на основі компетентного доказового менеджменту та реальних показників, які можна оцінити та реально досягти на практиці;

– орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я;

– ефективність – забезпечення досягнення максимально можливих позитивних результатів за рахунок мінімально необхідних витрат ресурсів громадян, громад, суб'єктів господарювання та держави;

– підзвітність – забезпечення періодичного звітування суб'єктів державної політики охорони здоров'я перед суспільством та громадами про прийняті рішення та їх результати, урахування думки громадськості для їх оцінювання та коригування;

– багатосекторальне співробітництво – залучення усіх секторів економіки, передусім таких, як охорона здоров'я, освіта, фінанси, екологія,

соціальна політика, правосуддя, засоби масової інформації, до реалізації державної політики охорони здоров'я;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [22, с. 486].

Розробка державної політики у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі вітчизняного державотворення повинна здійснюватися з урахуванням специфіки медичної галузі. Так, медична галузь має певні особливості, які, безумовно, потрібно враховувати при спробах її комерціалізувати, зокрема:

– частина медичних послуг має властивості «суспільних товарів», вони є об'єктом колективного споживання. наприклад, санітарно-гігієнічні заходи, пов'язані із запобіганням інфекційним захворюванням;

– недостатня інформованість споживача щодо ціни, обсягу і якості набутих благ, з одного боку, з іншого – незалежність дій виробників і споживачів. На відміну від звичайних ринків, в охороні здоров'я виробник, а не споживач, визначає обсяг благ, що надаються. Це містить в собі значний потенціал структурних диспропорцій і зловживань в охороні здоров'я. З цього можна зробити висновок про необхідність цілеспрямованого управління обсягами і структурою надання медичної допомоги;

– особлива роль принципу рівності в отриманні медичної допомоги. Обсяг споживання медичних послуг не може визначатися тільки рівнем платоспроможності людини. Це особливо очевидно в тих випадках, коли для зменшення страждань і врятування життя людини потрібна екстрена медична допомога. Забезпечення рівних можливостей в споживанні медичних послуг диктує необхідність перерозподілу бюджету охорони здоров'я на користь найменш захищених верств населення – малозабезпечених, дітей, безхатченків, хронічних хворих тощо.

Основою розвитку галузі стає принцип суспільної солідарності. Реалізація цього принципу потребує активного втручання держави. Зазначені чинники обмежують можливості розвитку ринкових відносин в медичній

галузі. Звідси виникає необхідність у використанні складніших механізмів управління порівняно з іншими галузями ринкової економіки [21, с. 54].

1.2. Напрями реформування системи охорони здоров'я України

Як уже зазначалося вище, медична система України складається з трьох рівнів або ланок надання медичної допомоги населенню: первинної (амбулаторної), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо або вузькоспеціалізованої). Критеріями поділу на ці рівні є вид медичної послуги, специфіка складності її надання, рівень кваліфікації лікаря та тип спеціалізації медичної допомоги. Зокрема, первинна, або амбулаторна ланка відповідає за надання невідкладної допомоги населенню, а також допомоги, що надається пацієнтам лікарями загальної практики за місцем проживання або тимчасового перебування. До закладів первинного рівня медичної допомоги належать амбулаторії, поліклініки та кабінети сімейних лікарів.

Вторинна ланка передбачає процедуру стаціонарного лікування із залученням вузькопрофільних спеціалістів. На цьому рівні працюють районні та міські лікарні міст, СМТ та районних центрів.

Третинна ланка відповідає за надання висококваліфікованої медичної допомоги, а саме: проведення діагностики складних захворювань і нетипових відхилень, патологій та ускладнень. На цьому рівні працюють дослідницькі інститути, вузькоспеціалізовані лікарні та госпіталі.

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні з метою зміцнення вітчизняної системи охорони здоров'я та її потенціалу, підвищення рівня її безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, розбудови розвинутої й сталої демократії та ринкової економіки визначені:

– положеннями глави 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським

співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони;

– Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 років;

– спільним зі Світовим банком проектом «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» на підтримку реформування охорони здоров'я.

Крім того, положеннями Талліннської хартії ВООЗ 2008 «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту»; «Здоров'я-2020 – основи європейської політики і стратегія для XXI століття», визначено що, ефективні системи охорони здоров'я, які надають всебічні медико-санітарні послуги, у тому числі профілактичні, мають виняткову важливість для охорони здоров'я, економічного розвитку та добробуту і мають бути побудовані на засадах справедливого і сталого фінансування.

Реалізація вказаних стратегій спрямована на підтримку дій держав і суспільства щодо значного покращання здоров'я, підвищення рівня благополуччя населення, має скоротити нерівність відносно здоров'я, посилити охорону громадського здоров'я і забезпечити наявність універсальних, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я.

Протягом 2016-2017 рр. в країні продовжувалося проведення реформування системи охорони здоров'я. Метою реформи стало створення системи охорони здоров'я, яка здатна відповідати на реальні потреби людей, забезпечувати доступні та якісні послуги і гарантувати фінансовий захист у разі хвороби.

У сучасних умовах, наскільки це можливо в окремих регіонах, здійснюється послідовна робота з поліпшення роботи мережі закладів охорони здоров'я та їх подальшого розвитку. Процес реформ має поетапний характер і дозволяє вдосконалювати роботу різних ланок та рівнів охорони здоров'я, покращувати технології надання медичної допомоги, впроваджувати нові організаційні форми, накопичувати необхідні ресурси.

Ключовими напрямками реформи системи охорони здоров'я визначені:

- створення та запровадження нової моделі фінансування галузі;
- запровадження в країні системи громадського здоров'я;
- дерегуляція фармацевтичної галузі;
- подальший розвиток первинної медичної допомоги;
- проведення державних закупівель лікарських засобів та медичного обладнання [23, с. 10].

Серед важливих положень медичної реформи слід виділити такі:

- оплата за послугу та договірні стосунки з медичними закладами.

Головна ідея реформи полягає у тому, щоб змінити систему, коли кошти спрямовувалися на підтримку мережі лікарень. Замість цього кошти виділятимуться на фінансування потреб пацієнтів. З 2020 р. фінансування медичних установ визначатиметься згідно з переліком послуг, які гарантовано сплачуватиме держава;

- впровадження «програми державних медичних гарантій», тобто переліку медичних послуг та ліків, які оплачуватиме держава. Цей перелік буде щорічно встановлюватися Кабміном Міністрів і затверджуватися парламентом. Наразі такого переліку ще немає. Для його складання МОЗ має отримати інформацію з медичних закладів для визначення вартості послуг і реальних потреб населення;

- впровадження системи e-Health, яка має знищити застарілу паперову звітність та дозволить збирати дані щодо необхідних послуг в окремих районах та розраховувати їхню вартість;

- створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) – замовника медичних послуг, незалежного від постачальників (лікарень, місцевої влади та МОЗ). НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, який замовлятиме послуги для пацієнтів, управлятиме бюджетом і його розподілом між медичними закладами. Щоправда, незалежність НСЗУ дещо руйнують положення про субвенцію на первинній ланці [24].

Слід зазначити, що під час впровадження медичної реформи велика відповідальність лежатиме на пацієнтах. По-перше, вони мають розібратися,

які послуги для них тепер є безкоштовними. По-друге, вони повинні перестати давати хабарі, адже у сімейних лікарів мінімальна заробітна плата буде на рівні 10-15 тис. гривень. По-третє, потрібно почати перевіряти наявність медикаментів у своїх лікарнях, а не просто купувати в аптеці все те, що прописує лікар.

Як уже зазначалося вище, напрямки реформи на законодавчому рівні підтримані відповідними нормативно-правовими актами. Практичне впровадження реформи охорони здоров'я в життя здійснюється Міністерством охорони здоров'я України.

1.3. Аналіз систем охорони здоров'я зарубіжних країн

Існуючі проблеми охорони здоров'я – нерівність у забезпеченні здоров'я населення, постійно зростаючий тягар неінфекційних захворювань – є непротими для вирішення, мають багатоаспектний комплексний характер, і потребують переосмислення змісту та стратегії.

Всесвітня організація охорони здоров'я виступає ініціатором зміни парадигми в охороні здоров'я на глобальному рівні. У відповідь на сучасні виклики та загрози для країн Європейського регіону ВООЗ розробила нову політику «Здоров'я-2020», звернену до всіх структур державного управління і всього суспільства, які роблять певний внесок в охорону здоров'я. Для вирішення проблем суспільного здоров'я в першу чергу слід проводити заходи щодо усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, скорочення поширеності чинників ризику, впровадження сучасних стратегій профілактики та формування здорового способу життя [25, с. 5].

Сучасні моделі системи охорони здоров'я, які існують у світовій спільноті, сформувався під впливом різноманітних чинників, основними серед яких є: географо-історичний, соціокультурний, політико-адміністративний. На фоні дії цих чинників також простежуються загальні тенденції напряму розвитку національних систем охорони здоров'я.

Аналіз існуючих моделей систем охорони здоров'я, їх переваг та недоліків є необхідним для формування сучасної парадигми розвитку національної системи охорони здоров'я. Основне завдання, яке постало на сьогодні перед будь-якою національною системою охороною здоров'я, незважаючи на модель її побудови, – це дотримання адекватного балансу між постійним зростанням собівартості медичних послуг унаслідок швидких інноваційних процесів і забезпечення рівного доступу до користування якісними та ефективними медичними послугами всіх громадян країни, незалежно від їх майнового та соціального статусу. Вирішення цієї проблеми є основою реформування і вітчизняної системи охорони здоров'я. Використання світового досвіду з відповідною його адаптацією до українських реалій сприятиме цьому.

Реформування охорони здоров'я відбувається відповідно до міжнародних зобов'язань України та за підтримки авторитетних міжнародних організацій (Світового банку, UNICEF, USAID та інших). Упровадження реформ, є частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Тому важливим є вивчення досвіду управління у сфері охорони здоров'я провідних країн.

У дослідженні У. Безкоровайної [26] зазначається, що сучасні моделі системи охорони здоров'я, які існують у світовій спільноті, сформувалися під впливом різноманітних чинників, серед яких треба виділити такі основні: географічно-історичний, соціально-культурний, політико-адміністративний. На фоні дії цих чинників також простежуються загальні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я.

Державна система охорони здоров'я (система Беверіджа). Характеристикою системи Беверіджа є обмеження державою ринкових відносин між надавачами й користувачами медичної допомоги за умови гарантії всім громадянам отримання медичної допомоги та послуг, незалежно від їхнього соціального статусу й матеріального стану; найманий характер

праці медичних працівників із залежністю грошової винагороди від обсягу наданої медичної допомоги та кваліфікації лікаря; відсутність у пацієнтів можливості ринкового вибору лікаря [26]. Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Беверіджа, є Великобританія, Італія, Канада, Скандинавські країни. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Беверіджа є такі [26]:

- доступність і безоплатність медичної допомоги усім верствам населення держави;
- надійність одноканального механізму фінансування (державний бюджет) з державним контролем фінансових витрат у галузі;
- багатоконпонентна економіка охорони здоров'я на основі загальнодержавної власності;
- високий рівень адміністративної керованості системи, ефективніше управління й координація діяльності за умови надзвичайних ситуацій;
- гарантований рівень оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг;
- можливість швидкого впровадження змін у систему охорони здоров'я на всіх її рівнях;
- відсутність конкуренції у сфері надання медичних послуг (із збереженням прихованої конкуренції за розподіл державних фінансових ресурсів, які виділені бюджетом для оплати медичної допомоги та медичних послуг);
- централізоване планування і сталий розвиток інфраструктури галузі;
- пріоритетність профілактики, а також амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та швидкої медичної допомоги в охороні здоров'я;
- державний контроль за якістю надання медичної допомоги.
- монополія держави на медичні послуги;
- обмеження державних витрат на охорону здоров'я;
- незацікавленість системи в інноваційних змінах;

- недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги;
- залежність доступності медичної допомоги від рівня фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;
- відсутність економічних стимулів до підвищення якості надання медичної допомоги, розширення її обсягу;
- невисокий рівень стандартів медичного обслуговування;
- низький рівень задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги (соціальною доступністю, рівнем обслуговування, участю в лікуванні);
- високий рівень медико-етичних конфліктів між надавачами й користувачами медичної допомоги;
- обмежений доступ пацієнтів до якісних високоспеціалізованих медичної допомоги та практична відсутність контролю споживачів медичної допомоги за якістю її надання;
- відсутність правових, економічних, соціальних умов для формування адекватного конкурентного середовища в галузі надання медичної допомоги;
- неефективне (неекономічне) використання наявних ресурсів охорони здоров'я;
- слабка (подекуди – відсутня) кореляція заробітної платні медичних працівників з обсягом, якістю та ефективністю наданої пацієнтам медичної допомоги, що призводить до певного дефіциту медичних кадрів;
- авторитарний стиль керівництва галуззю на всіх її рівнях.

Досвід Великобританії [27]. Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги (охоплене все населення країни) з 1948 року, коли вона була запроваджена. Це державна система, яка фінансується в основному за рахунок податків. Послуги надаються всім верствам населення і, в основному, на безоплатній основі. Не існує оплати за послуги, які надаються в межах НСОЗ, за винятком лікарень у тих випадках, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування, яке не є необхідним з клінічної точки зору.

Для деяких груп населення також існує певна співплата за стоматологічну допомогу, а також плата за фармацевтичні препарати – за один пакет, прописаний лікарем. Пацієнти мають свободу вибору своїх лікарів.

Спочатку система була організована як державна в цілому. Послуги лікарів загальної практики та стаціонарна допомога фінансувалися державою і контролювалися державними органами влади. Однак, ця організація була в значній мірі змінена в 90-х роках. Основною зміною було те, що покупці послуг і надавачі медичних послуг були розділені, і в межах системи був введений «внутрішній ринок».

Ринок працює через лікарів загальної практики та регіональні адміністрації охорони здоров'я, які закупають послуги лікарень від імені свого зареєстрованого населення або пацієнтів, що проживають на їхній території. Основною метою такої реорганізації було підвищення рівня конкуренції серед надавачів медичних послуг і надання можливостей підвищити ефективність при закупівлі та наданні медичних послуг. Однак, фінансування цієї системи залишилося за державою (державний бюджет).

Досвід Італії [27]. Національна служба охорони здоров'я Італії (НСОЗ) була заснована в 1978 році з метою забезпечення універсального доступу до медичних послуг, які, в основному, надаються безоплатно. Фінансування системи охорони здоров'я носить переважно державний характер – за рахунок загального оподаткування та соціального страхування. Надання послуг змішане – послуги надаються як державними, так і приватними закладами.

Система охорони здоров'я Італії є вкрай децентралізованою у порівнянні з її прототипом, англійською НСОЗ. Парламент встановлює мінімальний гарантований обсяг послуг для всієї країни, і визначає умови, за якими населення може отримувати послуги від приватного сектору. Реалізація, планування, фінансування та моніторинг системи охорони здоров'я здійснюються 21 регіонами. Система є дуже фрагментованою внаслідок частих змін уряду та недостатньої координації на центральному рівні. Медичні послуги не досягають середнього рівня ЄС. Існує значна різниця між рівнями

медичної допомоги на півночі та півдні країни на користь північної частини. Однак, рівень розподілу ресурсів є дуже високим з точки зору як капіталу, так і людських ресурсів, що призводить до неефективного розподілу, управління і використання ресурсів. У порівнянні з іншими країнами ЄС, населення країни незадоволене системою охорони здоров'я.

Незважаючи на значні проблеми у забезпеченні рівної і ефективної медичної допомоги а фінансування, загальні показники здоров'я населення є хорошими у порівнянні з середніми показниками ЄС. Крім того, Італія має видатну медичну експертизу у деяких сферах охорони здоров'я.

Другою моделлю системи охорони здоров'я, яка використовується у світовій медичній практиці, є система Бісмарка, тобто ринкові відносини, які регулюються державою. Характеристикою цієї системи є обов'язкове медичне страхування у національному масштабі; законодавче регламентування (примушування) солідарної участі роботодавців в оплаті медичної допомоги; законодавчо визначена неприбутковість страхових закладів (лікарняних кас) із зобов'язанням витратити всі зібрані кошти на оплату медичної допомоги й медичних послуг. Суб'єктами ринку медичних послуг є лікарі та лікувально-профілактичні заклади, які пропонують свої послуги, страхові заклади (лікарняні каси), через які здійснюється оплата медичних послуг і незастраховані пацієнти. Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Бісмарка, є Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Франція. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи [26].

Перевагами системи охорони здоров'я Бісмарка є такі:

- децентралізований тип фінансування галузі;
- право вибору лікаря, місця й умов отримання медичної допомоги;
- чіткий розподіл управлінських функцій між державними органами, органами, які здійснюють фінансування, і надавачами медичної допомоги;

- наявність конкуренції між суб'єктами ринку медичних послуг: страховими компаніями, лікувально-профілактичними закладами, вільно практикуючими лікарями;

- підвищений рівень контролю за якістю медичних послуг і фінансових витрат на її надання;

- забезпечення солідарної оплати медичної допомоги населенням;

- дієздатність економічних механізмів управління ринковою моделлю системи охорони здоров'я.

Недоліками системи охорони здоров'я Бісмарка вважаються такі [26]:

- нерівномірність територіального та соціального доступу до ринку медичної допомоги для різних категорій населення;

- неадекватне реальним витратам підвищення ціни на медичні послуги;

- значні фінансові витрати на утримання аналітично-адміністративного персоналу для управління та фінансового обслуговування розрахунків страхових організацій з лікувально-профілактичними закладами та окремими вільно практикуючими лікарями, а також на правовий супровід відносин суб'єктів ринку медичних послуг;

- неналежний контроль за діяльністю медичного персоналу, який надає медичні послуги;

- незацікавленість у пацієнтах, які належать до групи високого ризику здоров'я; тривало- і частохворюючих або тих, хто не володіє соціальним страховим полісом;

- низький відсоток використання у діяльності стратегічного (довготривалого) планування;

- незацікавленість у зміцненні здоров'я населення й підвищенні рівня його санітарно-просвітніх знань;

- почастищення випадків надання клінічно необґрунтованої медичної допомоги.

Досвід Франції [27]. Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала

першість Франції. При цьому враховувалися такі критерії, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення. З'ясувалося, що саме в цій країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, надсучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення.

У Франції є багато великих науково-дослідних установ, які водночас лікують. Майже всі лікарні належать муніципалітетам міст і підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів. Заклади для лікування психічно хворих та хворих на туберкульоз належать департаментам чи приватним особам. Диспансери здебільшого засновуються на приватні пожертви, але в дуже великих містах – на муніципальні кошти. При кожній лікарні є клініка для амбулаторних хворих. Офіційно визнані неможливі лікуються у спеціальних безкоштовних поліклініках.

Третьою моделлю системи охорони здоров'я, яка застосовується у світовій медичній практиці, є ринкова модель. Типовим прикладом країни з ринковою системою охорони здоров'я є США. Характерними особливостями ринкової системи є такі [26]:

- взаємодія лікарів і пацієнтів як вільних суб'єктів ринку. Надавачі медичної допомоги (лікарі) пропонують свої послуги, а споживачі (пацієнти) їх купують. За таких умов і наявності конкуренції між надавачами медичної допомоги встановлюється реальна ринкова їх ціна;

- кореляція споживання медичної допомоги громадян з диференціацією їх прибутків;

- відсутність єдиної системи державного медичного страхування;

- існування системи добровільного медичного страхування;

- здійснення державного регулювання ринку медичних послуг законодавчим шляхом та через запровадження соціальних медичних програм.

Досвід США [27]. Догоспітальну медичну допомогу населенню США майже повністю надають лікарі приватної практики. Приватною практикою охоплено близько 65–70 % всіх лікарів.

Стаціонарну допомогу громадяни США одержують в госпіталях, які розділяються на дві групи: федеральні, які підпорядковуються уряду і федеральним відомствам; муніципальні, які підпорядковані місцевій владі штатів, релігійним організаціям, власникам і ін. Висока вартість госпітальної медичної допомоги вимушує скорочувати терміни лікування. В середньому один хворий перебуває в стаціонарі близько 9 днів. Плану «ліжкодень» в США не існує.

У контексті вивчення кращих практик управління медичними закладами, заслуговує на увагу дослідження О. Дорошенко та М. Шевченка [28]. Автори акцентують увагу на тому, що нові тенденції у плануванні виробничих можливостей лікарень зміщуються від планування на основі показників потужності в бік спроможностей управління процесами. Наприклад, використовуються підходи, засновані на теорії промислового виробництва («раціональне мислення», що фокусується на вартості, що додається різними процесами пацієнту); погляд на лікарню не з точки зору ліжок або спеціалізації, а в аспекті того шляху, який здійснюють пацієнти, що в них лікуються, з точки зору відповідних процесів, що здійснюються медичними фахівцями, і виробничих потужностей, необхідних для реалізації цих процесів. Одним із способів досягнення цих цілей є систематизація шляхів (маршрутів) медичної допомоги. Однак їх розробка повинна спиратися на більш глибоке розуміння потоків пацієнтів, робіт і матеріальних благ усередині лікарні, визначення вузьких місць і на перетворення цього розуміння в нові інструменти планування виробничих потужностей.

У роботі [28] також систематизовано досвід багатьох країн у вирішенні проблем кадрового дефіциту шляхом впровадження такого інструменту, як введення або розширення надання послуг меншою чисельністю лікарів, про що зазначається в аналізі діяльності постачальників медичних послуг Канади, Данії, Фінляндії, Франції, Ірландії, Нідерландів, Норвегії, Іспанії, Швеції, Швейцарії, Великої Британії і США. Більш консервативні щодо перерозподілу

ролей лікарів окремих спеціалізацій виявилися системи охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Італії, Японії, Люксембургу, Греції, Чехії.

Для сприяння кращому географічному розподілу лікарів у багатьох країнах використовуються відповідні фінансові стимули і є поширеною практика сумісництва. Головні мотиви такого сумісництва – залучення пацієнтів і підвищення кваліфікації самого лікаря. Наприклад, робота в стаціонарі дозволяє амбулаторному фахівцю розширити свій професійний світогляд, отримати додатковий досвід і забезпечити безперервність ведення пацієнта. У цих країнах всіляко заохочується такий підхід, оскільки, з одного боку, це засіб підвищення кваліфікації лікарів, з іншого – можливість зменшити потребу у лікарських кадрах. Водночас у Кореї, Люксембургу, Швеції сумісництво у лікарнях не дозволяється [28].

Таким чином, в економічно розвинених країнах пацієнт проходить через багаторівневу систему обслуговування, де на всіх етапах забезпечується інтеграція і наступність у роботі. Крім того, постійно удосконалюються напрями взаємодії між різними рівнями надання медичної допомоги шляхом: підвищення узгодженості дій медичних служб; перерозподілу функцій між різними структурами і рівнями; раціонального планування і ведення пацієнтів; участі у вертикальній інтеграції, що особливо актуально при розробці схем обслуговування пацієнтів похилого віку.

РОЗДІЛ 2

ЗМІСТ, СТРАТЕГІЯ ТА МЕХАНІЗМ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1. Зміст та правове регулювання надання паліативної допомоги в Україні

У Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженій Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015, зазначається, що метою державної політики у системі охорони здоров'я є створення системи, зорієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування громадян України на рівні розвинутих європейських держав.

Україна, підписавши в 2014 року Угоду про асоціацію між Україною та ЄС [29], обрала євроінтеграційний вектор свого розвитку, що передбачає забезпечення поступової адаптації норм, вимог та наближення до європейських стандартів у системі охорони здоров'я шляхом здійснення системного її реформування, орієнтиром проведення якого є програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020».

В Україні спостерігається тенденція до постійного зростання кількості осіб, які помирають від хронічних, важких, невиліковних хвороб, які особливо посилюється останніми десятиріччями, в період затяжних економічних криз, що актуалізує проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги. Таке негативне явище має місце в більшості постіндустріальних країн світу та пояснюється глибокими соціально-демографічними змінами, що відбуваються в сучасному суспільстві. Разом з тим, в Україні відповідні статистичні показники захворюваності та смертності мають виразну тенденцією до погіршення. Підтвердженням цього є дані офіційної статистики, які відображені на рис. 2.1.

СМЕРТНІСТЬ В УКРАЇНІ



ПРИЧИНИ СМЕРТІ



** не класифіковані в інших рубриках

Інфографіку створено за даними Держстату України станом на 23.11.2021 року

СЛОВО І ДІЛО

Рис. 2.1. Інфографіка «Смертність в Україні»

Скорочення населення відбувається за рахунок високої смертності, а не низької народжуваності, як у країнах Європи. Україна посідає 2-ге місце в Європі за темпами поширення захворюваності на злоякісні новоутворення. Якщо в 1990 р. в Україні з діагностованими онкологічними захворюваннями було обліковано 670 тис. осіб, то сьогодні їх чисельність перевищує 1 млн. осіб [30].

Механізм правового регулювання паліативної допомоги характеризується відсутністю комплексного, структурованого та впорядкованого закріплення відповідних правових норм в актах національного законодавства. Паліативна допомога є відносно новим напрямом медичної допомоги, початок якого становить друга половина ХХ століття у системах охорони здоров'я розвинутих країн світу. В Україні паліативна допомога перебуває лише на стадії свого започаткування.

Із 2011 року паліативна допомога (як окремий вид медичної допомоги) була закріплена Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07 червня 2011 року №3611-VI [31]. У Навчальному енциклопедичному словник-довіднику зазначено, що термінальними або інкурабельними пацієнтами є особи з невиліковними (смертельними) хворобами та обмеженим прогнозом життя (термінальна стадія хвороби). До переліку таких хвороб найчастіше відносять важкі хронічні захворювання, що мають злоякісний перебіг (цукровий діабет, хронічні захворювання нирок і печінки тощо), хворобу Альцгеймера, епілепсію, 160 ускладнені судинні патології (інсульты, інфаркти), ВІЛ/СНІД та інші [32].

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2002 р. сформулювали визначення паліативної допомоги як «підхід, метою якого є поліпшення якості життя пацієнтів та членів їх сімей, які опинилися перед обличчям загрозливого для життя захворювання. Ця мета досягається шляхом попередження і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню,

ретельній оцінці та оцінюванню болю та інших обтяжливих фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної та духовної підтримки» [33].

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» від 03 липня 2007 року № 368 «паліативна допомога – це вид медичної допомоги, спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин (сімей), які зіштовхуються з проблемами невиліковної хвороби» [34].

У пункті 4 Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи «Паліативна допомога: зразок інноваційного підходу до охорони здоров'я та соціальної політики» від 28 січня 2009 року № 1649 [35] зазначено, що все більше соціальних груп населення (важкохворих, хронічно хворих, хворих, що потребують індивідуального догляду) на завершальних етапах свого життя неспроможні отримати належний юридичний захист гарантованих державою прав, реалізувати та задовольнити свої базові потреби в медичній допомозі з причини значних витрат на їх отримання. Це відбувається на тлі зростаючого домінування економічної політики над соціальною та політикою в системі охорони здоров'я.

У 2014 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я сформульовано розширене визначення «паліативної допомоги – це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей і дорослих) та їхніх сімей, що зіткнулися з проблемами, пов'язаними з небезпечним для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлення, ретельної оцінки та лікування болю та інших фізичних симптомів, а також надання психосоціальної та духовної підтримки. Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципі поваги до рішень пацієнтів і спрямоване на надання практичної підтримки членам їхніх сімей, зокрема щодо подолання горя у зв'язку з втратою близької людини, як протягом хвороби, так і у випадку смерті пацієнта» [36].

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я «на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей» [37]. Цим документом також передбачено, що порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Як видається, визначення поняття «паліативна допомога», яке закріплено в Основах, є не повним, адже йдеться лише про комплекс заходів, які має включати паліативна медична допомога.

Поняття паліативної допомоги деталізовано у наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» від 04 червня 2020 року № 1308 [38]: «паліативна допомога – це комплекс заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнта з захворюваннями, що обмежують життя, або з захворюваннями, що загрожують життю, відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги, шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань і допомоги членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд». Оскільки паліативна допомога має надаватись з моменту визначення діагнозу особи, під час прогресування хвороби та до заключного етапу, доцільно поєднувати паліативну медичну допомогу з процесом, який би полегшував, знімав або усував симптоми захворювання.

Слушно зазначено керівництвом Всесвітньої організації охорони здоров'я, що «паліативна допомога має включати психологічні та духовні послуги й іншу підтримку в підготовці до смерті. Програми з паліативної допомоги повинні також розглядати потреби сім'ї протягом прогресування захворювання аж до тяжкої втрати» [29]. На окремих етапах, під час прогресування хвороби, у паліативного пацієнта будь-яке лікування втрачає

необхідність та стає безрезультативним і безперспективним. Такий момент вважається переходом від лікування пацієнта до надання йому допомоги для полегшення больових відчуттів, зняття спазмів, зниження рівня болісних симптомів, надання пацієнту моральної та психологічної підтримки, у тому числі й духовної. Також важливим елементом паліативної допомоги є підтримка членів сім'ї, родичів і близьких пацієнта шляхом надання їм допомоги в подоланні трагічної ситуації, застосування (при потребі) психологічного консультування після смерті хворого.

Основною метою паліативної медичної допомоги є покращення забезпечення якості життя паліативних пацієнтів та надання підтримки членам сім'ї, родичам та близьким пацієнта. У п. 1 розділу II Порядку надання паліативної допомоги визначені основні завдання паліативної допомоги – покращення якості життя пацієнта та членів його сім'ї, інших осіб, що здійснюють за ним догляд, завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці та лікуванню болю, супутніх симптомів і ускладнень, й вирішення фізичних, психологічних, духовних та соціальних проблем пацієнта. У п. 5 наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» закріплені такі види паліативної допомоги, як:

– «загальна паліативна допомога – паліативна допомога, яка надається в амбулаторних умовах або за місцем перебування пацієнта лікарями загальної практики – сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами та іншими лікарями-спеціалістами, молодшими спеціалістами з медичною освітою або в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, мультидисциплінарною командою;

– спеціалізована паліативна допомога – паліативна допомога, яка надається за місцем перебування пацієнта або в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну або третинну медичну допомогу, мультидисциплінарною командою» [40].

У п. 5 Порядку надання паліативної допомоги мультидисциплінарна команда визначається як «медичні спеціалісти, фахівці різних спеціальностей: соціальні працівники, соціальні робітники, психологи, волонтери, юристи, св'ященнослужителі та інші за потребою, які залучаються для надання паліативної допомоги пацієнту та членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд» [40].

Закріплено надання паліативної допомоги:

- у стаціонарних умовах, які забезпечують цілодобове медичне спостереження та лікування, створюються лікарні «Хоспіс», відділення (палата, ліжко, за умови залучення мультидисциплінарної команди), мультидисциплінарні команди (п. 4 наказу МОЗ України № 1308);
- в амбулаторних та стаціонарних умовах надається спеціалістами та фахівцями з медичною освітою, які мають підготовку з паліативної допомоги відповідно до вимог МОЗ щодо безперервного професійного розвитку та передбачає залучення інших фахівців за потребою (п. 5 наказу МОЗ України № 1308).

2.2. Кращі практики надання паліативної допомоги в Україні

В Україні функціонують спеціальні лікарні «Хоспіс». Відповідно до п.6 наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» «лікарня «Хоспіс» – це заклад охорони здоров'я стаціонарного типу, який надає пацієнту спеціалізовану паліативну допомогу, консультативні послуги пацієнту та членам їх сімей, іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або установ соціального захисту населення» [40]. Ці спеціалізовані медичні заклади призначені для того, щоб покращити життя пацієнта на термінальній стадії, яку так називають для опису стану людини з діагнозом – невиліковна хвороба. В Україні досить мала

кількість хоспісних закладів з надання медичної допомоги, не дивлячись на велику кількість осіб, які цього потребують [41].

Одним з міст України, яке сприяло розвитку хоспісної діяльності, є Харків. Наприклад, Обласний спеціалізований будинок дитини «Гіппократ» [42]. Зазначена установа розрахована на 60 дітей, де надають медико-соціальну і паліативну допомогу дітям, які залишилися без батьківського піклування, а також дітям, які виховуються в сім'ях, що мають патологію органічного ураження центральної нервової системи та опорно-рухового апарату; розлади психіки та поведінки; вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення; придбані вади фізичного розвитку. У будинку дитини працюють фахівці різних напрямів: лікарі, медичні сестри, корекційні педагоги, логопеди, психологи.

При Вінницькій міській клінічній лікарні № 3 [43] створено хоспісне відділення паліативної допомоги, яке спеціалізується на наданні медичної допомоги термінальним хворим, які страждають від нестерпного болю. До основних завдань медичного закладу належить допомога не тільки паліативним хворим, а й членам їх сімей, шляхом надання психологічної та духовної підтримки, медичної допомоги. Позиція «Хоспісу» спрямована не на вилікування хвороби, а на максимальне зниження больових відчуттів хворих. Також Хоспіс позиціонує себе як медико-соціальну структуру, з обстановкою, яка наближена до домашньої. Така позиція в організації «Хоспісу» допомагає забезпечити інкурабельному пацієнту психологічний комфорт, який базується на індивідуальному підході в кожному конкретному випадку, з урахуванням стану здоров'я, психологічних чи соціальних потреб.

В Одесі функціонує приватний пансіонат «Бабусин дім» [44], де створені комфортні умови (родичі та близькі можуть відвідувати хворих та залишитись на ніч), підібраний професійний медичний персонал, який цілодобово надає не тільки паліативну медичну допомогу пацієнту, а й психологічну підтримку, санітарно-гігієнічний догляд, індивідуальне харчування та інше.

У обласному клінічному центрі паліативної медичної допомоги в Івано-Франківську [45], заснованому ще 15 серпня 1997 року, вдало функціонує виїзна паліативна служба. Особи в термінальній стадії хвороби, які перебувають на обліку виїзного/консультативного відділення, отримують необхідну медичну допомогу, психологічну підтримку.

При Київському міському клінічному онкологічному центрі [46] функціонує відділення паліативної медицини, де працюють висококваліфікованої медичні працівники, що надають не тільки медичну допомогу пацієнтам з невиліковними хворобами, а й психологічну підтримку та допомогу.

Система охорони здоров'я, зокрема рівень розвитку паліативної допомоги на сьогодні в Україні, не може забезпечити невиліковно хворого, який страждає від болю, повноцінним та професійним доглядом у медичних закладах або вдома. Сім'ї, які потребують психологічної підтримки, доглядаючи за термінальним хворим, за часту залишаються на одинці з даною проблемою. Саме тому, створення хоспісних закладів допомагатиме особам, які цього потребують, отримувати лікування для полегшення больових симптомів, професійний догляд та психологічну підтримку.

2.3. Стратегія розвитку паліативної допомоги в Україні

Міністерством охорони здоров'я України запропоновано комплексний підхід щодо організації надання якісної паліативної допомоги. На офіційному сайті 4 серпня 2016 року було опубліковано інформацію щодо розробленого проекту Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року та конкретний план заходів щодо її реалізації. Зазначеним документом передбачено створення соціально-медичних центрів, які будуть надавати комплекс послуг паліативним пацієнтам та членам їх родин. Стратегія пропонує системно врегулювати організаційні основи надання паліативної допомоги, зокрема, розробити правові та організаційні механізми, що

стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я і забезпечують розвиток мережі паліативних установ охорони здоров'я. Документ також передбачає розвиток кадрових ресурсів для роботи стаціонарних і виїзних служб паліативної допомоги, створення системи мотивації та заохочення для залучення кадрів, які надають паліативну допомогу, створення нової спеціальності молодшого медичного працівника – доглядальниця; проведення наукових досліджень щодо нозологічних, соціальних, психологічних та інших особливостей паліативного стану дітей та внесення відповідних змін у чинні медичні стандарти і клінічні протоколи, розробку нових медичних стандартів і клінічних протоколів» [47].

Наказом Міністерством соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» від 29 січня 2016 року №58 [48] затверджено «Державний стандарт паліативного догляду». Стандартом закріплена організація надання соціальної послуги з паліативного догляду паліативним хворим (особам похилого віку, інвалідам, хворим (із числа осіб працездатного віку на період до встановлення їм групи інвалідності, але не більше ніж чотири місяці)), які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги та моніторингу й контролю за якістю надання паліативної медичної допомоги. Оскільки діти є особливо вразливою категорією населення, які потребують особливого захисту у сфері охорони здоров'я, в тому числі і паліативної допомоги, то постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям» від 10 липня 2019 року № 675 [49] було затверджено Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям, основною метою якого є «створення правових засад щодо започаткування надання послуг з медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям відповідно до потреб громади.

Створення таких центрів призведе до зменшення влаштування дітей до закладів інституційного догляду, збільшить ефективність впровадження інклюзивної освіти шляхом зниження рівня інвалідизації, вчасного надання

реабілітаційних послуг тощо» [50]. Згідно з зазначеним Положенням центром медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям є спеціалізований заклад охорони здоров'я, що утворюється з метою задоволення потреб дітей у медичній реабілітації та паліативній допомозі. Також у Положенні закріплені основні завдання центру, права та зобов'язання, структура, функції і т.д. Найпотужнішим спеціалізованим центром дитячої онкології в Україні є Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» [51], місце для лікування онкохворих дітей в якій катастрофічно не вистачає.

Варто зауважити, що моральної підтримки зазначена категорія населення потребує не тільки від фахівців медичної сфери, а і членів родини, друзів, близьких. Саме тому одним із найголовніших завдань паліативної допомоги є максимальна допомога при позбавленню від болю, зменшення проявів хвороби, санітарно-гігієнічний догляд, психологічна, соціальна та духовна допомога пацієнту та його рідним.

В Основах законодавства України про охорону здоров'я взагалі не зазначено про умови надання паліативної допомоги чи мультидисциплінарною командою, чи спеціально створеними закладами медичної допомоги (хоспіси, центри), які можуть забезпечити цілодобове медичне спостереження та лікування, що є прогалиною у національному законодавстві. Відповідно до п. 5 наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» «мультидисциплінарна команда – медичні спеціалісти, фахівці різних спеціальностей: соціальні працівники, соціальні робітники, психологи, волонтери, юристи, св'ященнослужителі та інші за потребою, які залучаються для надання паліативної допомоги пацієнту та членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд». Наказом Міністерства соціальної політики України «Про Порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 26 грудня 2011 року № 568

[52] закріплено механізм організації, поняття мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг.

Мультидисциплінарний підхід забезпечується наданням комплексу соціальних послуг мультидисциплінарними командами, до складу яких включаються не менше трьох осіб з числа таких працівників територіального центру: соціальний працівник, соціальний робітник, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, сестра медична з масажу, лікувальної фізкультури, перукар, швачка, взуттєвик з ремонту взуття тощо.

В наказі Міністерства соціальної політики України № 568 закріплено мету запровадження мультидисциплінарного підходу та принципи, на яких ґрунтується надання соціальних послуг мультидисциплінарною командою. Відповідно до частини другої ст. 35-4 Основ законодавства України про охорону здоров'я «паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення» [37]. Положення наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» деталізують та уточнюють положення частини другої ст. 35-4 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а саме розділ III «Організації надання паліативної допомоги» наказу, зокрема, щодо медичного обслуговування пацієнта в закладі охорони здоров'я за направленням лікуючого лікаря.

Центром громадського здоров'я МОЗ України виділено первинну паліативну допомогу. «Первинна паліативна допомога – це паліативна допомога, яка надається паліативним хворим на первинному рівні надання медико-санітарної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах або вдома лікарями загальної практики-сімейної медицини, дільничними лікарями та лікарями-спеціалістами поліклінік» [53]. Центром запропонована така класифікація паліативної допомоги:

– «загальна паліативна допомога, яка надається паліативним хворим лікарями-спеціалістами відповідно до їхньої спеціалізації амбулаторно та у стаціонарних закладах охорони здоров'я другого і третього рівня;

– спеціалізована паліативна допомога – комплексна мультидисциплінарна медико-соціальна та психологічна допомога, яка надається паліативним хворим у закладах охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», у відділеннях та палатах паліативної допомоги стаціонарних лікувально-профілактичних закладів лікарями та молодшими медичними спеціалістами, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги, та вдома фахівцями спеціалізованих мультидисциплінарних мобільних бригад паліативної допомоги із залученням медичних психологів, соціальних працівників та інших фахівців, за потребою, а також волонтерів, найближчих родичів або опікунів хворого» [53].

Така класифікація паліативної медичної допомоги видається більш детальнішою. Адже лікування невиліковно хворих може проводитись лікарями загальної практики-сімейної медицини, дільничними лікарями на первинному рівні надання медичної допомоги. Відповідно до п.5 наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» «пацієнт, який потребує паліативної допомоги – пацієнт будь-якого віку із захворюванням, що обмежує та загрожує життю» [54]. Оскільки паліативної допомоги потребує особа, хвороба якої не піддається лікуванню, яке спрямоване на одужання, то, займатись таким хворим має фахівець вузької спеціалізації у закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги. А надання паліативної медичної допомоги вдома, завдяки створенню мультидисциплінарного інноваційного підходу до надання соціальних послуг важкохворим пацієнтам та утворення відповідних команд, покращить соціальне обслуговування осіб, які цього потребують [55]. Адже саме психологічна допомога вдома паліативним пацієнтам спрямована на зменшення стресового стану особи, а низка психологічних заходів

допоможуть поліпшити емоційний стан, підвищити мотивацію хворих, мінімізувати страх та тривожність.

Комплексний підхід щодо виокремлення основних ознак паліативної медичної допомоги дозволить покращити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, які зіткнулися з проблемами смертельного захворювання, шляхом запобігання і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки. Враховуючи вище зазначене, основними ознаками паліативної медичної допомоги слід вважати такі.

По-перше, паліативна допомога є одним із видів медичної допомоги, оскільки це чітко закріплено в Основах законодавства України про охорону здоров'я. По-друге, паліативна медична допомога включає комплекс заходів, які повинні супроводжувати особу з моменту визначення діагнозу, прогресування хвороби та до заключного етапу. По-третє, ще однією з ознак варто виокремити спрямованість зазначених заходів на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів та надання психологічної і моральної підтримки членам їх сімей.

У наказі Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим» від 23 травня 2014 року № 317/353 [56] закріплений термін «соціальна послуга паліативного догляду», до значення якого належить – допомога в самообслуговуванні невиліковним хворим; спостереження за станом їхнього здоров'я; сприяння наданню медичних послуг; допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними; навчання членів сім'ї догляду; представництво інтересів; психологічна підтримка особи та членів її сім'ї; надання інформації з питань соціального захисту населення; допомога в отриманні безоплатної правової допомоги; організація та підтримка груп самопомоги.

Нетривалий український досвід надання соціальної послуги паліативного догляду доводить, що одним із чинників, які гальмують його ефективність, є недостатня кваліфікаційна підготовка як медичних, так і соціальних працівників до роботи з особами похилого віку з важкими хронічними захворюваннями [57, 58]. Одним із важливих завдань професійної підготовки майбутніх соціальних працівників на сучасному етапі розвитку українського суспільства є належна організація навчання студентів напряму підготовки «Соціальна робота» з питань паліативної та хоспісної допомоги [59].

У Дніпрі працює повноцінна система надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах. Спочатку діяла міська програма надання паліативної допомоги мешканцям в амбулаторних умовах на 2018–2021 роки. В її рамках хворі забезпечувалися ліками, технічними та іншими засобами реабілітації на пільгових умовах. У міському бюджеті на цю програму було передбачено 40 млн грн.

«Наприклад, торік технічними засобами (підгузками, калота- та сечоприймачами) в амбулаторних умовах забезпечили 224 паліативних хворих на суму майже 1,5 млн грн. Крім цього, тисяча таких пацієнтів отримала знеболення та ліки на суму 2,8 млн грн. Нинішнього року на ці цілі у міському бюджеті передбачено 9,5 млн грн», – розповіла під час пресконференції 14 серпня начальниця відділу спеціалізованої медичної допомоги департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради Тетяна Прибиток. За її словами, з поверненням місту лікувальних закладів вторинного рівня з'явилась можливість створити у Дніпрі єдину повноцінну систему надання паліативної допомоги із залученням як первинної, так і вторинної медичної допомоги.

«Паліативний хворий – це той пацієнт, недуга якого не піддається лікуванню, тобто люди з обмеженим прогнозом життя. Сімейний лікар спостерігає таких хворих, проводить їм знеболення, за пільговими рецептами виписує ліки. Водночас у таких пацієнтів можуть бути стани, які неможливо

лікувати амбулаторно, у тому числі некорегований больовий синдром, ускладнення основного захворювання, потреба у хірургічній допомозі тощо. У таких випадках сімейний лікар може викликати виїзну бригаду спеціалізованої паліативної допомоги», – пояснила завідувачка амбулаторії № 5 центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Вікторія Кривонос.

Така бригада працює у місті з червня нинішнього року. Вона закріплена за міською клінічною лікарнею № 15. До складу бригади входять: завідувач відділення хоспісної та паліативної допомоги, терапевт, хірург, психотерапевт, а також хірургічна медсестра та медична сестра, яка виконує внутрішньовенні, внутрішньом'язові маніпуляції. За необхідності до виїздів можуть залучатися вузькопрофільні фахівці (ендокринолог, кардіолог, травматолог, уролог, гінеколог).

«За 2,5 місяці бригада здійснила 250 викликів, з них 85 – первинних і 165 – повторних. Бригада працює у тісному контакті із сімейними лікарями і соціальними працівниками. Виїзди до паліативних хворих проводяться виключно за викликом сімейного лікаря чи відповідальної особи центру. Важливим є те, що спеціалісти такої бригади можуть надавати не лише медичну та психологічну допомогу паліативному хворому, а й психологічну підтримку членам родини пацієнта», – наголосила виконувачка обов'язків генерального директора міської клінічної лікарні № 15 Ольга Марченко.

Соціальні послуги з паліативного догляду у Дніпрі надає міський територіальний центр соціального обслуговування. При ньому працюють пункти прокату матеріально-технічних засобів.

«На період користування такі пацієнти у рамках відповідної міської програми безкоштовно забезпечуються протипролежневими матрацами, кругами, туалетними стільцями, надувними ваннами, сидіннями для ванн, ортопедичними подушками, гумовими рукавичками, одноразовими пелюшками тощо. Окрім того, співробітники нашого центру з-поміж іншого допомагають у веденні домашнього господарства, самообслуговуванні, надають психологічну підтримку тощо. На сьогодні центр обслуговує 125

паліативних хворих», – додала директорка Дніпровського міського територіального центру соціального обслуговування Наталія Біневська.

Нагадаємо, у Дніпрі на базі міської клінічної лікарні № 15 триває реконструкція сучасного центру паліативної та хоспісної допомоги. На сьогодні два стаціонарні хоспісні відділення працюють на базі міської клінічної лікарні № 2 та хоспісні ліжка у терапевтичному відділенні міської клінічної лікарні № 12.

На сьогодні у Дніпрі на обліку перебувають майже 1,5 тис. паліативних хворих.

У Дніпрі діє муніципальна програма надання допомоги паліативним хворим. Загальний обсяг її фінансування з міського бюджету на 2022–2026 роки становить 42 млн грн. Серед основних заходів – організація виїзних бригад для надання допомоги паліативним хворим удома, забезпечення їх ліками, знеболювальними, технічними засобами реабілітації (сечо- і калоприймачами, високопоглинальними прокладками, підгузками тощо) в амбулаторних умовах та стаціонарних відділеннях. «Станом на 2020 рік у Дніпрі на обліку сімейних лікарів перебувало 2 642 паліативні хворі. У рамках програми технічними та лікарськими засобами, а також знеболювальним було забезпечено на загальну суму майже 5 млн грн. Також у місті створено 4 виїзні паліативні бригади: 2 дорослі й 2 дитячі. Наразі у Дніпрі працюють відділення для паліативних хворих на базі 6-ї, 9-ї, 16-ї, 12-ї, лікарні швидкої медичної допомоги, 6-ї дитячої та клінічної лікарні матері та дитини ім. Руднева. У рамках міської паліативної програми цього року на стаціонарну допомогу передбачено 1,3 млн грн з муніципального бюджету», – сповістила начальниця відділу спеціалізованої медичної допомоги департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради Тетяна Прибиток. Послуги з догляду за паліативними хворими в амбулаторних умовах надаються також у міських територіальних центрах соціального обслуговування. «Соціальні працівники доглядають паліативних хворих вдома, згідно із затвердженими державою стандартами. Також при центрах працюють пункти

користування реабілітаційним обладнанням. Тут можна отримати протипролежневі матраци, ходунки, палиці, милиці, інвалідні візки тощо», – сказала заступниця директора міського територіального центру соціального обслуговування, надання соціальних послуг міської ради Тетяна Литвин. Нині у Дніпрі до відкриття готують окремий корпус для паліативних хворих – на базі міської клінічної лікарні № 16 (вул. Перемоги, 113). Це перший у Дніпрі та області хоспісний центр. Його вже капітально відремонтували: замінили внутрішні та зовнішні комунікації, дах, підлогу, вікна. Укріпили фундамент та оздобили фасад. У середині також провели капітальний ремонт з урахуванням потреб людей з інвалідністю. «У відділенні створено усі умови для перебування паліативних хворих за європейськими стандартами. Тут облаштовано 33 одно-та двомісні палати, обладнані системами сповіщення та відеоспостереження, пожежною сигналізацією. У кожній передбачено санвузол та духова для людей з обмеженими можливостями. Окрім палат у відділенні планується розмістити перев'язувальну, лабораторію, фізіотерапевтичний та рентгенкабінети. Хоспіс розрахований на близько 50 пацієнтів», – розповіла медична директорка з паліативної та хоспісної допомоги КНП «Міська клінічна лікарня № 16» ДМР Юлія Щетко.

Місто та область докладають чимало зусиль для забезпечення муніципальна програма надання допомоги паліативним хворим.

РОЗДІЛ 3

ІНСТРУМЕНТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ БОРОТЬБИ З РАКОМ

3.1. Профілактика онкологічних захворювань як ефективний спосіб боротьби з раком

Як зазначалося вище, онкологічні захворювання сьогодні – це те, з чим людина найбільше боїться стикнутися у своєму житті. І ці страхи цілком обґрунтовані, адже онкологія – друга за частотою причина смерті після серцево-судинних захворювань. На жаль, неможливо повністю захистити себе і своїх близьких від цієї хвороби, але існують достатньо ефективні способи профілактики раку, які дають змогу звести ризик захворювання до мінімального.

Майже третину летальних випадків унаслідок раку зумовлено нездоровим способом життя і раціоном харчування. ВООЗ розробила Європейський кодекс боротьби проти раку [60], рекомендації якого, за умов їх неухильного дотримання, допоможуть зменшити ризик виникнення онкологічних захворювань на 50 %.

Будь-яке онкологічне захворювання пов'язане з двома чинниками: зовнішнім і внутрішнім. Зовнішній чинник – це те, що ми їмо, чим дихаємо, в якому екологічному середовищі живемо. Внутрішній – стан нашого організму, тобто наскільки повноцінно та злагоджено працюють його органи й системи, а також генетична спадковість, яку отримує людина від своїх батьків.

Розглянемо такий важливий інструмент боротьби з раком, як профілактика, яка являє собою комплекс заходів, спрямованих на запобігання розвитку злоякісних пухлин.

На першому місці в профілактиці онкозахворювань стоїть організація правильного харчування, адже виникнення 35% усіх пухлин зумовлене саме

порушенням цього принципу. На другому – відмова від шкідливих звичок, зокрема куріння, вживання алкоголю. Третє місце – це вміння правильно реагувати в стресових ситуаціях. І, нарешті, – активний спосіб життя. У людини, яка багато рухається, знижується ризик захворіти на рак удвічі.

У публікації Центру громадського здоров'я [61] представлені основні фактори ризику і засоби профілактики онкологічних захворювань (рис. 3.1).

12 РЕКОМЕНДАЦІЙ, ЯК ЗАПОБІГТИ РАКУ

ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1. **НІ КУРІННЯ: НЕ ВЖИВАЙТЕ ЖОДНИХ ВИДІВ ТЮТЮНОВОЇ ПРОДУКЦІЇ**
2. **ЗРОБІТЬ СВІЙ ДІМ ВІЛЬНИМ ВІД ТЮТЮНОВОГО ДИМУ**
3. **ПІДТРИМУЙТЕ ЗДОРОВУ МАСУ ТІЛА**
4. **БУДЬТЕ ФІЗИЧНО АКТИВНИМИ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ**
5. **ДОТРИМУЙТЕСЬ ЗДОРОВОГО РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ**
6. **УНИКАЙТЕ НАДМІРНОГО ВПЛИВУ СОНЯЧНИХ ПРОМЕНІВ**
7. **ВІДМОВТЕСЯ ЧИ ОБМЕЖТЕ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЬНИХ НАПОЇВ**
8. **ЗАХИЩАЙТЕ СЕБЕ ВІД ВПЛИВУ РЕЧОВИН, ЯКІ СПРИЧИНЯЮТЬ РАК**
9. **КОНТРОЛЮЙТЕ РІВЕНЬ ПРИРОДНОГО ОПРОМІНЕННЯ РАДОНОМ У ЖИТЛОВОМУ ПРИМІЩЕННІ**
10. **ОБМЕЖТЕ ГОРМОНОЗАМІННУ ТЕРАПІЮ, ЯКА ПІДВИЩУЄ РИЗИК РОЗВИТКУ ДЕЯКИХ ВИДІВ РАКУ**
11. **ПОДБАЙТЕ, ЩОБ ВАШІ ДІТИ ВАКЦИНУВАЛИСЯ ВІД: ГЕПАТИТУ В (ДЛЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ) І ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ (ДЛЯ ДІВЧАТОК)**
12. **ПРОЙДІТЬ СКРИНІНГ НА ТАКІ ВИДИ РАКУ: КИШКІВНИКА (ЧОЛОВІКИ І ЖІНКИ), ГРУДЕЙ (ЖІНКИ), ШИЙКИ МАТКИ (ЖІНКИ)**

ВООЗ РОЗРОБИЛА ЄВРОПЕЙСЬКИЙ КОДЕКС БОРОТЬБИ ПРОТИ РАКУ: 12 РЕКОМЕНДАЦІЙ ДОПОМОЖУТЬ ЗМЕНШИТИ РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ НЕДУГ НА 50%

* за статистикою ВООЗ www.ghc.org.ua

Рис. 3.1. Рекомендації ВООЗ щодо профілактики раку [61]

Слід зазначити, що головним фактором ризику появи раку є вживання тютюну. На нього припадає майже 22 % випадків смерті від онкологічних недуг у світі. Куріння пов'язане з розвитком різних типів раку – легень, ротової порожнини, горла, гортані, підшлункової залози, сечового міхура, шийки матки та нирок [61].

Також, як зазначалося вище, однією з проблем є неправильне харчування. Потрібно споживати здорову їжу. Повноцінний збалансований

раціон може знизити ризик захворювання, хоча переконливих даних щодо певних продуктів, які допомагають у профілактиці раку, немає.

Також більший ризик захворіти на рак мають люди із зайвою масою тіла, тому потрібно уникати зайвої ваги, займатися фізичними вправами та контролювати свою вагу.

До ризикової групи також належать люди, які вживають алкоголь у великих кількостях – ризик появи різних онкозахворювань, зокрема раку товстої кишки, молочної залози, легень, нирок і печінки, збільшується разом із кількістю випитого алкоголю.

Вживання великої кількості м'яса (жирного, жареного, копченого – це канцерогени) також може збільшити ризик виникнення деяких видів раку. Численні дослідження демонструють, що жінки, які дотримуються середземноморської дієти з додаванням оливкової олії та горіхів, можуть зменшити ризик раку молочної залози. Ця дієта включає значну кількість рослинних продуктів, як-от фрукти й овочі, цільні зерна, бобові та горіхи. Люди, які дотримуються середземноморської дієти, обирають здорові жири.

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

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

Результати досліджень причин виникнення раку вказують і на негативний вплив сонячних променів на організм, точніше, на шкіру людини.

Рак шкіри є одним із найбільш поширених онкологічних захворювань, і водночас йому порівняно легко запобігти. Достатньо виконувати кілька рекомендацій, а саме [61]:

- уникати прямого сонячного опромінювання вдень, особливо з 10:00 до 16:00 влітку, коли сонячна радіація найсильніша;
- захистити голову (сонцезахисні окуляри та великий крилатий капелюх);
- затулити відкриті ділянки тіла одягом, який покриває якомога більше поверхні шкіри, при цьому обирати яскраві або темні барви, які відбивають більше ультрафіолетового випромінювання, ніж пастельні чи вибілені бавовняні;
- використовувати сонцезахисний крем широкого спектра із SPF щонайменше 30, навіть у похмурі дні, і повторно його застосовувати (кожні дві години або частіше), якщо плаваєте чи пітнієте;
- уникати соляріїв – вони так само шкідливі, як і природні сонячні промені.

Отже, кожна людина мріє прожити довге життя й уникнути серйозних хвороб, що обмежують повсякденну активність, потребують тривалого лікування чи хірургічних операцій. Щоб подовжити життя й прожити його без онкологічних захворювань, важливо пам'ятати вказані вище чинники, які зумовлюють розвиток пухлини, й уникати чи активно усувати їх зі свого життя.

Як зазначалося вище, до чинників, які зумовлюють розвиток онкологічного захворювання, також відносять різного роду інфекції.

До 25% випадків раку в країнах із низьким і середнім рівнем доходів (до яких, на жаль, належить і Україна) зумовлено такими інфекціями, як гепатит і вірус папіломи людини (ВПЛ) [61]. Профілактика раку включає захист від цих вірусних інфекцій, і є одним із завдань державної політики у сфері охорони здоров'я.

Наприклад, ризик виникнення раку печінки може збільшити таке захворювання, як гепатит В. Щеплення проти вірусу гепатиту В рекомендується для дорослих із таких груп ризику: сексуально активних полігамних людей; з інфекціями, що передаються статевим шляхом; тим, хто вживає наркотики внутрішньовенно; чоловікам, які практикують секс із чоловіками.

Також до групи ризику входять працівники системи охорони здоров'я і громадської безпеки, які можуть контактувати з інфікованою кров'ю або з іншими рідинами організму. Так, вірус папіломи людини передається статевим шляхом і може призвести до раку шийки матки та інших статевих органів, а також до плоскоклітинного раку голови та шиї. Вакцина проти ВПЛ рекомендована для дівчат і хлопчиків віком 11–12 років.

Іншою ефективною тактикою профілактики раку є уникнення ризикованої поведінки, яка може призвести до інфекцій, що збільшують імовірність розвитку онкозахворювань. До таких засобів профілактики віднесено, насамперед, уникнення нетрадиційного та «різнобарвного» сексу. Чим більше у людини статевих партнерів, тим більше шансів на зараження інфекцією, котра передається статевим шляхом. Також люди, які живуть із ВІЛ або хворі на СНІД, мають вищий ризик появи раку ануса, печінки та легень. Вірус папіломи людини найчастіше асоціюється із раком шийки матки, але він також може підвищити ризик виникнення раку ануса, пеніса, горла, вульви та піхви.

Високий ризик виникнення онкологічного захворювання – у людей, які вживають наркотики, насамперед, внутрішньовенно. Їм рекомендовано не користуватися вже використаними голками. Обмін голками з людьми, які застосовують внутрішньовенні препарати, може призвести до зараження ВІЛ, а також гепатитами В та С, підвищує ризик появи раку печінки.

Дуже важливим засобом є регулярне відвідування медичного закладу для профілактичного огляду. Регулярні самоперевірки та скринінги для різних

типів раку збільшують шанси на раннє виявлення хвороби, а це підвищує ефективність лікування і знижує його вартість.

Отже, уважне ставлення до власного здоров'я і зменшення факторів ризику істотно знижують імовірність захворювання на рак. Коли ж уникнути недуги не вдається, відмова від шкідливих звичок підвищить ефективність лікування і допоможе покращити самопочуття. Вважається, що профілактичний огляд потрібен не менше одного разу на рік. Якщо ж пацієнт вже відчуває біль, неприємні відчуття, скарги – кількість обстежень збільшується. Особливо слід бути обачним, якщо у родині вже були випадки онкологічних захворювань.

Таким чином, профілактика, скринінг, своєчасне виявлення та лікування онкологічних захворювань допоможуть досягти значних позитивних результатів у боротьбі із цією проблемою.

3.2. Паліативна допомога у лікуванні хворих на рак

Охарактеризуємо таку найважливішу складову допомоги хворим на рак, як паліативна допомога (та / або паліативна медицина).

Паліативна допомога (від фр. palliatif, від лат. pallium – покривало, плащ) – це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, які зіткнулися з проблемами смертельного захворювання, шляхом запобігання і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки [62].

Основні характеристики паліативної допомоги полягають у такому [26]:

- полегшує біль та інші симптоми, що викликають занепокоєння;
- стверджує життя і ставиться до вмирання як до природного процесу;
- не прагне ні прискорити, ні віддалити настання смерті;

- включає психологічні та духовні аспекти допомоги пацієнтам;
- пропонує пацієнтам систему підтримки, що дасть їм змогу жити якомога активніше до самої смерті;
- пропонує систему підтримки близьким пацієнта під час його хвороби, а також у період тяжкої втрати;
- використовує мультидисциплінарний командний підхід для забезпечення потреб пацієнтів та їхніх родичів, у тому числі в період тяжкої втрати, якщо виникає в цьому необхідність;
- підвищує якість життя і може в результаті позитивно вплинути на перебіг хвороби;
- має застосовуватися на ранніх стадіях захворювання в поєднанні з іншими методами лікування, спрямованими на продовження життя, наприклад з хіміотерапією, радіаційної терапією, ВААРТ;
- включає проведення досліджень з метою кращого розуміння та лікування клінічних симптомів і ускладнень, що викликають занепокоєння як у пацієнта, так і у медичного персоналу.

В Україні паліативна допомога як підхід, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів з невиліковними захворюваннями, почав розвиватися з кінця 90-х років ХХ століття. У цей час були відкриті перші українські хоспіси – у 1996 році у м. Львові, у 1997 – у м. Івано-Франківську. Ці хоспіси і донині залишаються провідними установами з надання стаціонарної та амбулаторної паліативної допомоги населенню.

У 1999 р. було створено Асоціацію малоінвазійної та паліативної терапії [63]. Саме ця Асоціація долучилася до робочої групи з паліативної допомоги у Східній і Центральній Європі (ЕСЕРТ), і для поширення рекомендацій Ради Європи стосовно залучення системи паліативної допомоги до системи національної політики розробила Маніфест хоспісного руху в Україні. У 2002 р. було створено Всеукраїнську благодійну організацію «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів» (Ю. І. Губський, В. Г. Сердюк), яка за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» уперше поставила перед громадськістю

України соціально важливе питання про забезпеченню прав пацієнтів наприкінці життя.

У 2007 р. було створено благодійну організацію «Всеукраїнська Асоціація паліативної допомоги» (С.Д. Мартинюк-Гресь), яка разом із Радою захисту прав та безпеки пацієнтів та за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» ініціювала відзначення в Україні Всесвітнього Дня паліативної та хоспісної допомоги (у 2007 – 2010 рр.), залучення ряду церков і релігійних об'єднань до допомоги невиліковно хворим, розвиток паліативної допомоги вдома [62].

Принципово важливими кроками в розвитку паліативної допомоги в Україні на загальнодержавному рівні стало створення Інституту паліативної та хоспісної медицини (ІПХМ) [64] як головного науково-дослідного та організаційно-методичного закладу МОЗ України з надання паліативної допомоги (2008 р.), та кафедри паліативної та хоспісної медицини у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика у 2010 р., яка вперше розпочала фахову підготовку лікарів та медичних сестер з цього медико-соціального напрямку (директор ІПХМ та завідувач кафедри ІПХМ НМАПО член-кореспондент НАМН України, професор Ю. І. Губський) [65].

У 2011 р. було створено Всеукраїнську громадську організацію «Українська Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», яка об'єднала громадських діячів, медиків, волонтерів, представників громадських та державних інституцій, які опікуються розвитком паліативної допомоги в Україні.

У квітні 2011 р. Ліга опублікувала відкрите звернення учасників Національного семінару з паліативної допомоги «Доступ до опіоїдних знеболюючих засобів», що відбувся 17-18 березня 2011 року у м. Києві. Члени Ліги співпрацюють з представниками Міністерства охорони здоров'я України, Державною службою з контролю за наркотиками, Міністерством внутрішніх справ України, розробляючи нормативно-правові документи для створення

системи паліативної допомоги (наказу МОЗ «Про організацію паліативної допомоги в Україні», постанова Кабінету Міністрів «Про порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та їх попередників в закладах охорони здоров'я», проект стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні тощо). У вересні 2012 року за сприяння Міжнародного фонду «Відродження», ПП «Інтерхім» та інших спонсорів у м. Києві Лігою було проведено Перший Національний Конгрес з паліативної допомоги, у якому взяли участь понад 350 учасників з різних країн та континентів [63].

За даними МОЗ України до початку воєнних подій на Донбасі було створено 1054 стаціонарні ліжка з надання паліативної допомоги (це 7 стаціонарних хоспісів та більше 50 відділень паліативної допомоги). Окрім стаціонарної допомоги став активно розвиватися напрямок «Хоспіс вдома». Створено мультидисциплінарні команди надання паліативної допомоги вдома у Харкові (БФ «Рука допомоги»), у Виноградово Закарпатської області (БФ «Спільне об'єднання соціум»), у Миколаєві (БФ «Віта лайт»), Івано-Франківську (БФ «Мати Тереза» та «Карітас Україна»), у Донецьку (БФ «Янгол милосердя»), у Чорткові Тернопільської області (БФ «Карітас Україна») та ін. Особливо слід відзначити роль благодійного фонду «Карітас Україна» та міжнародного фонду «Відродження» у розвитку такого виду допомоги, як «Хоспіс вдома». Карітас підтримує мережу організацій, які опікуються пацієнтами вдома – проект «Опіка вдома»; це фактично перша та найдієвіша мережа, яка допомагала родинам, де є лежачі та важкохворі пацієнти, надавати гідний догляд протягом тривалого періоду часу.

Проекти за підтримки МФ «Відродження» працюють у тісній співпраці з державними медичними установами. Основний принцип підтримки проектів у період від одного до трьох років – це поступова передача створених служб на баланс державних медичних структур. Такий принцип обрано не випадково, оскільки паліативні пацієнти найчастіше потерпають від хронічного больового синдрому, тож для знеболення призначаються контрольовані препарати (опіоїдні анальгетики, такі як морфін). На сьогодні для

використання опіоїдних анальгетиків медичним закладом будь-якого типу власності слід отримати ліцензію на медичну практику та на обіг наркотичних речовин. Тобто створені служби з надання паліативної допомоги вдома на базі державних медичних закладів окрім догляду надають й знеболення. Таким чином пацієнти та їхні родини отримують повний комплекс послуг.

За інформацією експертів Асоціації паліативної та хоспісної допомоги, яка була створена у 2010 р., у системі МОЗ України діють 5 стаціонарних хоспісів та 12 паліативних відділень, що мають загалом 501 стаціонарне ліжко. Ще чотири хоспіси є благодійними установами, а їхніми співзасновниками є місцеві управління охорони здоров'я (75 ліжок). Ці заклади – «медиалізовані», тобто їх очолюють фахівці-лікарі, а функції соціального працівника та психолога у багатьох випадках виконують медичні працівники. На жаль, поки ще в цих закладах комплексного, мультидисциплінарного ведення випадку, коли відповідно до потреб невиліковного хворого, формується, із залученням представників різних професій, індивідуальний план догляду, не існує. Деякі зміни очікуються у зв'язку з тим, що, у м. Києві за ініціативою і підтримкою згаданої Асоціації почало діяти перше в історії України паліативне відділення паліативної та хоспісної допомоги на дому на базі закладу, підпорядкованого Міністерству соціальної політики України.

Отже, для нашої держави характерним є організація паліативних відділень на базі стаціонарних медичних закладів.

На думку міжнародних дослідників, для нашої країни характерна модель паліативної допомоги, типова для країн з обмеженими ресурсами. Рисами такої моделі є мала увага до проблем болю та інших симптомів (фізичних, емоційних, духовних) у пацієнтів. Не надається і підтримка родині. Іншими характерними рисами цієї моделі паліативної допомоги є табування тем, пов'язаних із смертю (і, як наслідок, слабка поінформованість пацієнта про діагноз), і негнучка структура, у котрій лікар є головною дійовою особою, що приймає рішення.

Водночас у Державній службі з контролю за наркотиками було створено робочу групу з розробки проекту Постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та їх попередників в закладах охорони здоров'я». Після проведення ряду офіційних погоджень з профільними міністерствами та відомствами, громадськістю, до Кабінету Міністрів України було передано проект постанови КМУ «Про порядок обігу наркотичних речовин в закладах охорони здоров'я» (наразі постанова «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», затверджена Кабінетом Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333), що передбачає відміну ускладненої процедури виписування контрольованих препаратів для важкохворих пацієнтів (призначення відбуватиметься за рішенням лікаря-куратора, а не за рішенням комісії), пацієнт має бути забезпечений лікарськими засобами для знеболення на строк 10 днів за умов перебування пацієнта вдома, а не в стаціонарі (це особливо полегшить забезпечення доступу до знеболення пацієнтів, які проживають у сільській місцевості). Проект постанови було передано до Кабінету Міністрів України в жовтні 2012 року. Хоча МОЗ України в розробці проекту постанови участі не брав, але до роботи над текстом були долучені представники Міністерства внутрішніх справ, зокрема Управління боротьби з незаконним обігом наркотиків, а також практикуючі лікарі, правозахисники, громадські діячі.

Визначним кроком в напрямку збільшення доступності паліативних хворих до сучасних знеболюючих препаратів стало рішення Наукової ради Державного експертного Центру (ДЕЦ) МОЗ України 31.01.2013 р. стосовно дозволу для реєстрації і медичного застосування в Україні нового вітчизняного препарату – таблетованого морфіну сульфату, що було прийнято на підставі експертного висновку науково-експертної комісії ДЕЦ з ЛЗ для надання хоспісної та паліативної допомоги (згідно з наказом МОЗ України

«Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів» № 77 від 01.02.2013 р. [66]).

Разом з тим, в Україні паліативна допомога надається переважно в стаціонарних закладах медичного профілю, і, як зазначалося вище, не є комплексною; допомога пацієнтам вдома не розвинена. Діяльність з організації служб паліативної допомоги вдома за кошти державного чи місцевого бюджету і досі залишається неможливою. Хоспіси, як медичні установи, найчастіше фінансуються за рахунок місцевих (обласних, районних, міських) бюджетів. Це дозволяє зробити припущення, що ширше залучення фахівців із соціальної роботи, психології та інших напрямів сприятиме більшій комплексності паліативної допомоги; а співпраця з закладами, підпорядкованими Міністерству соціальної політики, дозволить розвинути нові форми надання паліативної допомоги, зокрема, вдома.

Як зазначалося вище, поряд із поняттям «паліативна допомога» застосовується термін «паліативна медицина». Слід зазначити, що паліативна допомога відрізняється від паліативної медицини і включає в себе останню.

У праці [67] зазначається, що паліативна медицина – це галузь наукової медицини та охорони здоров'я, основним завданням якої є покращання якості життя та полегшення страждань пацієнтів з різними нозологічними формами хронічних невиліковних хвороб, переважно в термінальній період їх прогресування, та за умов, коли можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими або, з точки зору сучасних наукових уявлень, безперспективними [68]. У цих умовах аксіомою сучасної системи охорони здоров'я в розвинених країнах світу все більшою мірою стає уявлення про те, що пацієнти з невиліковними хворобами в термінальній стадії обов'язково підлягають професійному паліативному медико-соціальному та психологічному нагляду.

Для вирішення комплексу важливих медичних, соціальних та психологічних проблем людини в термінальній стадії тяжкої невиліковної хвороби відповідно до рекомендацій ВООЗ, як зазначалося вище, має

застосовуватися цілісний міждисциплінарний підхід, за якого лікарі, медичні сестри та інші медичні фахівці (соціальні працівники, психологи тощо), при бажанні пацієнта, пастирі відповідних релігійних конфесій координують усі види допомоги, що надаються пацієнту в термінальний період розвитку невиліковної хвороби.

Головною метою паліативної медицини згідно з визначенням ВООЗ є підтримання якості життя людини в її фінальний період, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, збереження людської гідності пацієнта на порозі неминучого [68].

У країнах Європи та США відмічають тенденцію до збільшення частки осіб похилого віку, які страждають на тяжкі хронічні хвороби, перебувають у спеціалізованих медичних закладах, де цей контингент пацієнтів отримує висококваліфіковану допомогу з боку спеціально підготовлених фахівців з паліативної медицини. Зокрема, в Австралії та Німеччині кожен 15-й з числа літніх людей проживає в пансіонах і інтернатах, у Великій Британії – 20-й, у США – майже половина людей віком понад 80 років періодично перебувають у спеціалізованих закладах для літніх осіб [68].

Особливої актуальності проблема розвитку паліативної та хоспісної допомоги набула в останні роки також в Україні, яка за характеристикою медико-демографічної ситуації також належить до демографічно старих країн світу. Частка населення віком понад 60 років становить сьогодні близько четвертої частини населення країни. Кількість людей, яким понад 75 років, – близько 3,5 млн осіб. Дані демографічних прогнозів свідчать про тенденції подальшого старіння населення України, зростання чисельності осіб літнього і старечого віку. За даними Демографічного департаменту ООН, вже до середини цього століття в Україні очікується збільшення відсотка людей віком понад 60 років до 38,1%, а частка осіб віком понад 80 років збільшиться в 3,5 рази, що зумовлює збільшення кількості людей похилого віку, які страждають через невиліковні захворювання [68]. Згідно з існуючими експертними оцінками в нашій державі кількість осіб, що потребують

професійної медичної допомоги в термінальній стадії життя (хворі в термінальних стадіях онкологічних та серцево-судинних захворювань, СНІДу і туберкульозу, пацієнти з тяжкою серцевою недостатністю, особи з руховими та інтелектуальними розладами після перенесеного інсульту, з важкими дегенеративними хворобами головного мозку, у т.ч. хвороба Альцгеймера, разом з особами старечого віку, які потребують професійної паліативної допомоги), налічує щорічно до 500 тис. осіб.

Відповідно до описуваної вище вкрай важливої соціальної та гуманістичної проблеми, головними напрямками діяльності Інституту паліативної та хоспісної медицини, що був створений згідно з наказом МОЗ України від 26.06.2009 р. № 463 [64] як базовий науково-методичний і лікувальний заклад з питань паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам з невиліковними хворобами та обмеженим терміном (прогнозом) життя, стали такі завдання [63]:

1. Аналіз стану та потреб у забезпеченні населення послугами паліативної та хоспісної медицини. Створення концепції служби паліативної медицини і організації мережі хоспісів та відповідної нормативно-правової бази.

2. Створення стандартів та протоколів фармакологічного забезпечення паліативних пацієнтів, зокрема, медичного знеболення в стаціонарі та у термінальній період розвитку невиліковної хвороби.

3. Підготовка професійних кадрів для паліативної та хоспісної медицини – лікарів та середнього і молодшого медичного персоналу – на післядипломному та частково переддипломному рівнях на базі Інституту паліативної та хоспісної медицини та вищих медичних навчальних закладів України.

Отже, рання ідентифікація, максимально точно поставлений діагноз щодо захворювання чи станів, що загрожують життю – надзвичайно важливі як для лікування хвороби, так і для грамотного планування супутньої паліативної допомоги. При цьому співвідношення куративної (радикальної)

терапії, паліативної допомоги та допомоги наприкінці життя можна описати за допомогою рис. 3.2.

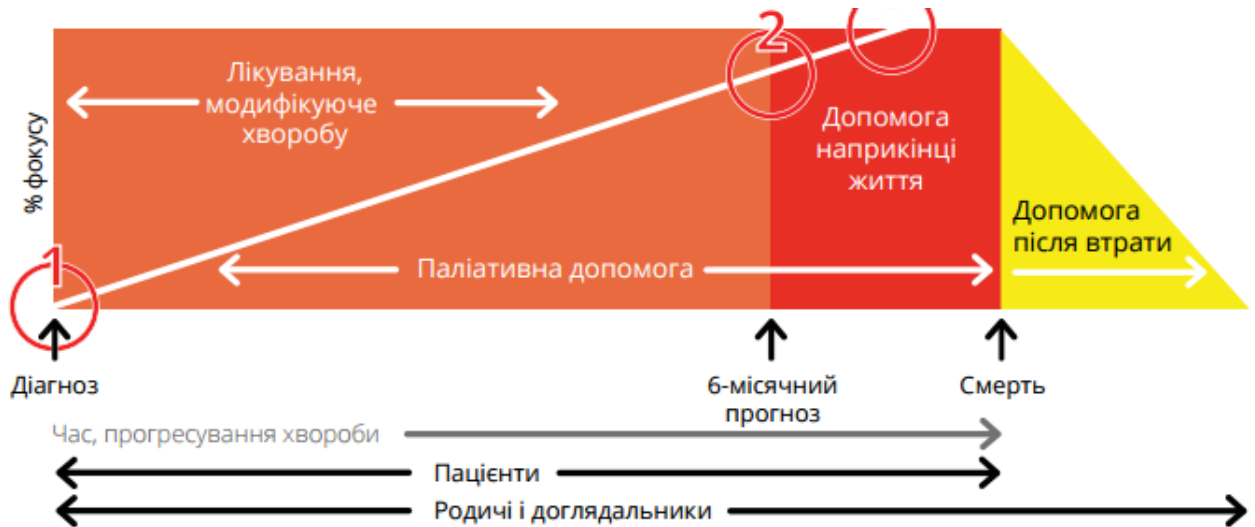


Рис. 3.2. Еволюція розвитку паліативної допомоги [4]

У науковій праці [69] проаналізовано міжнародний досвід, українську практику, стандарти, індикатори, оцінки у сфері надання паліативної допомоги, а також представлено статистичні та аналітичні дані щодо оцінювання потреб, а саме – скільки людей в Україні потребують паліативної допомоги, у тому числі, по регіонах України. На жаль, в Україні часто побутує розуміння, що паліативна допомога – це виключно допомога наприкінці життя, і причому така, що виключає надання радикальної терапії (наприклад, протиракової хіміотерапії). На наведеному вище рис. 3.1 видно три ключові моменти, коли мають бути прийняті рішення:

- момент постановки діагнозу, що загрожує життю від 13 травня 2013 р. № 333 початок паліативної допомоги;

- момент, коли лікування, що спрямоване навилікування (радикальне, куративне), переходить у фазу такого, що підтримує життя (може продовжити життя, може зменшити набряк, сповільнити метастазування), або в паліативних цілях;

- момент, коли будь-яке етіотропне лікування (наприклад, протиракове) завершується, оскільки шкода від нього починає переважати над користю, і

для блага пацієнта (для кращого самопочуття), таке лікування треба припиняти.

Слід зазначити, що у світі існує ряд інструментів, які допомагають лікарю з використанням тих чи інших показників, даних про стан здоров'я пацієнта, визначити, що пацієнт потребує паліативної допомоги, або ж для нього (неї) може бути корисний паліативний підхід ще на ранній стадії. Зокрема, можна відзначити такі інструменти [69]:

- RADPAC (RADboud indicators for Palliative Care needs) від 13 травня 2013 р. № 333 розроблений у Нідерландах. Містить критерії оцінки для окремих захворювань: раку, ХОЗЛ, і серцевої недостатності;

- Residential home palliative care tool (Австралія), для оцінки потреби у паліативній допомозі для пацієнтів без новоутворень;

- SPICT (Шотландія), включає як загальні індикатори функціонального стану, так і окремі критерії для різних захворювань;

- Prognostic Indicator Guide (Велика Британія);

- NECPAL-CCOMS-ICO (Каталонія, Іспанія), включає також як критерій для надання паліативної допомоги від 13 травня 2013 р. № 333 прямиий запит від пацієнта його сім'ї.

По суті, ці інструменти є опитувальниками, анкетами для лікаря. Для відповідей на запитання анкети, зокрема щодо функціонального стану пацієнта, чи параметрів того чи іншого захворювання, лікар повинен оперувати даними, такими як результати аналізів, стадія онкологічного захворювання, функціональний стан за певною шкалою, рівень болю за шкалою. При цьому, деякі інструменти включають в себе також суб'єктивні параметри – наприклад, наявність прямого запиту щодо надання паліативної допомоги від пацієнта, а також питання, що відображає загальне професійне судження лікаря: «Чи буде для вас несподіванкою, якщо пацієнт помре протягом наступних 12 місяців?».

Таким чином, врахування особливостей надання паліативної допомоги на різних стадіях онкологічного захворювання разом із використанням

описуваних вище інструментів, є надзвичайно важливим як для пацієнта, який може бути невиліковно хворим, так і для його родини. А успішність паліативної медицини свідчить і про рівень розвитку системи охорони здоров'я в країні в цілому.

3.3. Державно-приватне партнерство як засіб боротьби з онкологічними проблемами

Україна проголошена соціальною державою, політика якої спрямована на створення умов, що забезпечують гідне життя й вільний розвиток людини. Це дає підстави визнати необхідність гарантування з боку держави прав людини та зміцнення співробітництва з цією метою з інститутами громадянського суспільства.

Як зазначалося вище, надання якісної медичної допомоги з метою збереження здоров'я людини в сучасних умовах є провідним пріоритетом державної політики охорони здоров'я. Тому запровадження механізму державно-приватного партнерства у сфері боротьби з онкологічними захворюваннями в Україні є одним із засобів боротьби з раком та ключовим завданням державної політики.

Як свідчить практика, сучасне суспільство реалізується через багаторівневу структуру постійної суспільної комунікації – система громадянського суспільства, розвинений парламентаризм, відповідальний уряд, постійне функціонування системи взаємодії підприємців. Разом з тим, одну обставину треба при цьому виокремити як визначальну. Реформи, які здійснюються у суспільстві, будуть результативними лише тоді, коли існуватиме розгалужена системна комунікація, постійно діючий суспільний дискурс, у межах якого узгоджуватимуться принципові інтереси різних соціальних груп за умов різкої суспільної стратифікації, розшарування [70].

Як позитивний момент формування механізму державно-приватного партнерства в Україні слід відзначити Стратегію сталого розвитку «Україна –

2020» від 12.01.2015 р. [71]. Стратегія визначає мету, вектори руху, дорожню карту, першочергові пріоритети та індикатори належних оборонних, соціально-економічних, організаційних, політико-правових умов становлення та розвитку України. Метою Стратегії є впровадження європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі. Задля цього рух уперед здійснюватиметься за такими векторами [71]:

– вектор розвитку – це забезпечення сталого розвитку держави, проведення структурних реформ та, як наслідок, підвищення стандартів життя. Україна має стати державою з сильною економікою та з передовими інноваціями. Для цього, передусім, необхідно відновити макроекономічну стабільність, забезпечити стійке зростання економіки екологічно невиснажливим способом, створити сприятливі умови для ведення господарської діяльності та прозору податкову систему;

– вектор безпеки – це забезпечення гарантій безпеки держави, бізнесу та громадян, захищеності інвестицій і приватної власності. Україна має стати державою, що здатна захистити свої кордони та забезпечити мир не тільки на своїй території, а й у європейському регіоні. Визначальною основою безпеки має також стати забезпечення чесного і неупередженого правосуддя, невідкладне проведення очищення влади на всіх рівнях та впровадження ефективних механізмів протидії корупції. Особливу увагу потрібно приділити безпеці життя та здоров'я людини, що неможливо без ефективної медицини, захищеності соціально вразливих верств населення, безпечного стану довкілля і доступу до якісної питної води, безпечних харчових продуктів та промислових товарів;

– вектор відповідальності – це забезпечення гарантій, що кожен громадянин, незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, матиме доступ до високоякісної освіти, системи охорони здоров'я та інших послуг в державному та приватному секторах. Територіальні громади самостійно вирішуватимуть

питання місцевого значення, свого добробуту і нести відповідальність за розвиток всієї країни;

– вектор гордості – це забезпечення взаємної поваги та толерантності в суспільстві, гордості за власну державу, її історію, культуру, науку, спорт. Україна повинна зайняти гідне місце серед провідних держав світу, створити належні умови життя і праці для виховання власних талантів, а також залучення найкращих світових спеціалістів різних галузей [71].

У п. 7 ст. 3. Стратегії закладені основоположні компоненти партнерства, що є основою реформи системи охорони здоров'я [71]. Метою державної політики у цій сфері є кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинених європейських держав. Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я [70].

Положення ст. 5 Стратегії визначають, що головною передумовою її реалізації є суспільний договір між владою, бізнесом та громадянським суспільством, де кожна сторона має свою зону відповідальності.

Відповідальність влади – провести реформи, забезпечити баланс інтересів між громадянським суспільством, державою і бізнесом, просто, прозоро та якісно працювати за новими підходами, гарантувати дотримання прав людини.

Відповідальність бізнесу – підтримувати та розвивати державу, бізнес-середовище та громадянське суспільство, сумлінно сплачувати податки, здійснювати ефективні інвестування в економіку держави, дотримуватися принципів чесної праці та конкуренції.

Відповідальність громадянського суспільства – контролювати владу, жити відповідно до принципів гідності та неухильно додержуватися Конституції України та законів України [70].

Закон України «Про державно-приватне партнерство» [72] визначає його як співробітництво між державою та територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому законом.

Взагалі, законодавство України не представлено спеціальними актами, котрі регламентують порядок розробки та реалізації проектів державно-приватного партнерства у галузі охорони здоров'я, зокрема, в частині боротьби з онкологічними захворюваннями.

Надання медичних послуг, тобто послуг у галузі охорони здоров'я визначено як сфера застосування державно-приватного партнерства у ст. 4 Закону [72].

Слід зазначити, що запровадження механізму реалізації державно-приватного партнерства у частині боротьби з раком можливо на основі дотримання таких принципів та ключових ознак, які характерні і для системи охорони здоров'я у цілому [70]:

- взаємодія держави та бізнес-структур на добровільних та взаємодоповнюючих засадах, забезпечення єдності інтересів партнерів;
- рівноправний розподіл ризиків між партнерами;
- чітке дотримання положень нормативно-правової бази щодо регулювання відносин партнерів;
- належне інформаційне забезпечення суб'єктів державно-приватного партнерства;

– відповідна підготовка медичних та управлінських кадрів при реалізації медико-соціальних проектів державно-приватного партнерства.

Перевагами взаємодії держави і бізнесу в рамках державно-приватного партнерства під час боротьби з раком та в системі охорони здоров'я у цілому виступають [45]:

- економія бюджетних коштів;
- отримання економічного та соціального ефектів за рахунок спільного інвестування як із боку приватного, так і державного партнера;
- інноваційний розвиток медицини щодо надання пацієнтам якісних медичних послуг;
- розвиток інноваційних форм проектного менеджменту;
- стимулювання підприємництва та попиту;
- створення нових робочих місць;
- інші загальноекономічні та соціальні ефекти від реалізації проектів державно-приватного партнерства.

Отже, на наш погляд, боротьба з раком, його профілактика, контроль, діагностика, паліативна допомога, лікування та реабілітація вимагають якнайбільш широкого залучення механізмів державно-приватного партнерства, бо онкологічні захворювання, на жаль, є найстрашнішою та однією з найкоштовніших хвороб в Україні та світі в цілому. Тому виникає потреба розпочати роботу над розробкою пропозицій щодо внесення законодавчих змін до закону України «Про державно-приватне партнерство» саме для його застосування під час реалізації державної політики охорони здоров'я у частині боротьби з раком. Для цього пропонується ст. 4 «Сфери застосування державно-приватного партнерства» доповнити таким чином: «профілактика, діагностика, паліативна допомога та лікування онкологічних захворювань», що відповідатиме Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні, Національній стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя –

здорова нація» [73] та частині зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та ЄС.

Також необхідним є розроблення і прийняття ряду положень, зокрема, у формі наказу Міністерства охорони здоров'я України, який у визначить державно-приватне партнерство як один із ефективних засобів боротьби з раком. Наприклад, це може бути наказ «Про державно-приватне партнерство у боротьбі з онкологічними захворюваннями», який визначить оптимальну модель, правові засади, ризики і економічні механізми партнерства; сприятиме збереженню та зміцненню системи громадського здоров'я взагалі, визначить межі так званого діалогу між акторами різних рівнів на принципах державно-приватно партнерства.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження зроблено наступні висновки:

1. Державне управління охороною здоров'я – ефективна діяльність держави щодо управління всіма складовими системи охорони здоров'я з метою задоволення потреб громадян України у збереженні та зміцненні здоров'я шляхом реалізації державної політики у цій галузі. При цьому як суб'єкт державного управління охороною здоров'я виступає система державної влади у вигляді спеціально утворених її взаємодіючих органів, між якими поділені певні функції державного управління охороною здоров'я.

Державне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування.

2. Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

Дослідники проблем державної політики України в галузі охорони здоров'я вважають, що галузь перебуває в кризовому стані. Основними причинами є: зміни соціально-економічної системи держави; низька оплата праці медичних працівників; незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги; тривалий період реформування без виділення належних коштів, тобто без суттєвої економічної та політичної підтримки, а це все призводить до вимирання нації.

Ключовими напрямками реформи системи охорони здоров'я визначені:

- створення та запровадження нової моделі фінансування галузі;
- запровадження в країні системи громадського здоров'я;
- дерегуляція фармацевтичної галузі;
- подальший розвиток первинної медичної допомоги;

– проведення державних закупівель лікарських засобів та медичного обладнання.

Серед важливих положень медичної реформи слід виділити такі:

- оплата за послугу та договірні стосунки з медичними закладами;
- впровадження «програми державних медичних гарантій»;
- повноцінне впровадження системи e-Health;
- створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ)

3. В економічно розвинених країнах пацієнт проходить через багаторівневу систему обслуговування, де на всіх етапах забезпечується інтеграція і наступність у роботі. Крім того, постійно удосконалюються напрями взаємодії між різними рівнями надання медичної допомоги шляхом: підвищення узгодженості дій медичних служб; перерозподілу функцій між різними структурами і рівнями; раціонального планування і ведення пацієнтів; участі у вертикальній інтеграції, що особливо актуально при розробці схем обслуговування пацієнтів похилого віку.

4. У 2014 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я сформульовано розширене визначення паліативної допомоги – це «підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей і дорослих) та їхніх сімей, що зіткнулися з проблемами, пов'язаними з небезпечним для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань за рахунок раннього виявлення, ретельної оцінки та лікування болю та інших фізичних симптомів, а також надання психосоціальної та духовної підтримки. Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципі поваги до рішень пацієнтів і спрямоване на надання практичної підтримки членам їхніх сімей, зокрема щодо подолання горя у зв'язку з втратою близької людини, як протягом хвороби, так і у випадку смерті пацієнта».

В Україні спостерігається тенденція до постійного зростання кількості осіб, які помирають від хронічних, важких, невиліковних хвороб, які особливо посилюється останніми десятиріччями, в період затяжних економічних криз, що актуалізує проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги.

5. В Україні функціонують спеціальні лікарні «Хоспіс». Відповідно до п.6 наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» «лікарня «Хоспіс» – це заклад охорони здоров'я стаціонарного типу, який надає пацієнту спеціалізовану паліативну допомогу, консультативні послуги пацієнту та членам їх сімей, іншим особам, що здійснюють догляд за пацієнтом, медичним працівникам інших закладів охорони здоров'я або установ соціального захисту населення». Ці спеціалізовані медичні заклади призначені для того, щоб покращити життя пацієнта на термінальній стадії, яку так називають для опису стану людини з діагнозом – невиліковна хвороба.

В Україні досить мала кількість хоспісних закладів з надання медичної допомоги, не дивлячись на велику кількість осіб, які цього потребують.

6. Міністерством охорони здоров'я України запропоновано комплексний підхід щодо організації надання якісної паліативної допомоги. На офіційному сайті 4 серпня 2016 року було опубліковано інформацію щодо розробленого проекту Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року та конкретний план заходів щодо її реалізації. Зазначеним документом передбачено створення соціально-медичних центрів, які будуть надавати комплекс послуг паліативним пацієнтам та членам їх родин. Стратегія пропонує системно врегулювати організаційні основи надання паліативної допомоги, зокрема, розробити правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я і забезпечують розвиток мережі паліативних установ охорони здоров'я. Документ також передбачає розвиток кадрових ресурсів для роботи стаціонарних і виїзних служб паліативної допомоги, створення системи мотивації та заохочення для залучення кадрів, які надають паліативну допомогу, створення нової спеціальності молодшого медичного працівника – доглядальниці; проведення наукових досліджень щодо нозологічних, соціальних, психологічних та інших особливостей паліативного стану дітей та

внесення відповідних змін у чинні медичні стандарти і клінічні протоколи, розробку нових медичних стандартів і клінічних протоколів».

На сьогодні у Дніпрі на обліку перебувають майже 1,5 тис. паліативних хворих. Діє муніципальна програма надання допомоги паліативним хворим. Працює повноцінна система надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах. Налагоджено роботу бригад спеціалізованої паліативної допомоги. Місто та область докладають чимало зусиль для забезпечення муніципальна програма надання допомоги паліативним хворим. Але кількість людей, що потребують на паліативну допомогу невпинно зростає.

7. Україна посідає 2-ге місце в Європі за темпами поширення захворюваності на злоякісні новоутворення. Тому публікації Центру громадського здоров'я щодо основних факторів ризику і засобів профілактики онкологічних захворювань набувають особливого значення.

8. Паліативна допомога виступає найважливішою складовою допомоги хворим на рак. Основні характеристики паліативної допомоги полягають у такому:

- полегшує біль та інші симптоми, що викликають занепокоєння;
- стверджує життя і ставиться до вмирання як до природного процесу;
- не прагне ні прискорити, ні віддалити настання смерті;
- включає психологічні та духовні аспекти допомоги пацієнтам;
- пропонує пацієнтам систему підтримки, що дасть їм змогу жити якомога активніше до самої смерті;
- пропонує систему підтримки близьким пацієнта під час його хвороби, а також у період тяжкої втрати;
- використовує мультидисциплінарний командний підхід для забезпечення потреб пацієнтів та їхніх родичів, у тому числі в період тяжкої втрати, якщо виникає в цьому необхідність;
- підвищує якість життя і може в результаті позитивно вплинути на перебіг хвороби;

- має застосовуватися на ранніх стадіях захворювання в поєднанні з іншими методами лікування, спрямованими на продовження життя, наприклад з хіміотерапією, радіаційної терапією, ВААРТ;

- включає проведення досліджень з метою кращого розуміння та лікування клінічних симптомів і ускладнень, що викликають занепокоєння як у пацієнта, так і у медичного персоналу.

9. Надання медичних послуг, тобто послуг у галузі охорони здоров'я визначено як сфера застосування державно-приватного партнерства у ст. 4 Закону.

Слід зазначити, що запровадження механізму реалізації державно-приватного партнерства у частині боротьби з раком можливо на основі дотримання таких принципів та ключових ознак, які характерні і для системи охорони здоров'я у цілому:

- взаємодія держави та бізнес-структур на добровільних та взаємодоповнюючих засадах, забезпечення єдності інтересів партнерів;
- рівноправний розподіл ризиків між партнерами;
- чітке дотримання положень нормативно-правової бази щодо регулювання відносин партнерів;
- належне інформаційне забезпечення суб'єктів державно-приватного партнерства;
- відповідна підготовка медичних та управлінських кадрів при реалізації медико-соціальних проектів державно-приватного партнерства.

Перевагами взаємодії держави і бізнесу в рамках державно-приватного партнерства під час боротьби з раком та в системі охорони здоров'я у цілому виступають [45]:

- економія бюджетних коштів;
- отримання економічного та соціального ефектів за рахунок спільного інвестування як із боку приватного, так і державного партнера;
- інноваційний розвиток медицини щодо надання пацієнтам якісних медичних послуг;

- розвиток інноваційних форм проектного менеджменту;
- стимулювання підприємництва та попиту;
- створення нових робочих місць;
- інші загальноекономічні та соціальні ефекти від реалізації проектів державно-приватного партнерства.

Отже, на наш погляд, боротьба з раком, його профілактика, контроль, діагностика, паліативна допомога, лікування та реабілітація вимагають якнайбільш широкого залучення механізмів державно-приватного партнерства, бо онкологічні захворювання, на жаль, є найстрашнішою та однією з найкоштовніших хвороб в Україні та світі в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державне управління охороною громадського здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – 424 с.
2. Двенадцать принципов организации здравоохранения для любой национальной системы здравоохранения : приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей (Нью-Йорк, США, октябрь 1963 р. : с внесенными 35-й Всемирной медицинской ассамблеей поправками. Венеция, Италия, октябрь 1983 р.) // Права человека и профессиональная деятельность врача в документах международных организаций. – Киев : Сфера, 1999. – С. 191-194.
3. Юристовська Н. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення / Н. Юристовська // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. / за заг. ред. В. С. Загорського, А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2017. – Вип. 2 (51). – С. 138-147.
4. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. // Відом. Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ. – URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
6. Лопушняк Г. С. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020» / Г. С. Лопушняк, Є. О. Іваненко // Соціально-трудова відносина: теорія та практика. – 2017. – № 1. – С. 61-79.
7. Михальченко Г. Г. Система охорони здоров'я та праці як складова формування людського капіталу в Україні / Г. Г. Михальченко, Б. Б. Кобилянський // Соціально-трудова відносина: теорія та практика. – 2017. – № 1. – С. 89-98.

8. Осовський К. В. Правове забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я / К. В. Осовський // Наукові праці МАУП. Серія : Юридичні науки. – 2017. – Вип. 1. – С. 127-132. – URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npmaupun_2017_1_22.
9. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : указ президента України від 6 груд. 2005 р. № 1694 // Офіц. вісн. України. – 2005. – № 49. – Ст. 3054.
10. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
11. Шахов В. К. Державна політика в сфері управління: модернізація чи модифікація? // Підвищення ефективності державного управління: стан перспективи та світовий досвід / В. К. Шахов – Київ : Вид-во УАДУ, 2015. – С. 75-81.
12. Проневич О. С. Реформа системи охорони здоров'я як засіб європеїзації вітчизняного медичного простору: адміністративно-правовий аспект / О. С. Проневич // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. – 2017. – Вип. 3. – С. 148-156
13. Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області / О. І. Сердюк, О. А. Короп, Н. В. Просоленко, В. І. Крупеня, Б. А. Рогожин // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 227-231.
14. Богомазова І. О. Право на якісні та безпечні лікарські засоби в системі прав на охорону здоров'я / І. О. Богомазова // Медичне право. – 2017. – № 3. – С. 9-17.
15. Говорко О. В. Демографічні процеси в системі охорони здоров'я населення / О. В. Говорко // Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту. Серія : Міжнародні економічні відносини та світове господарство. – 2017. – Вип. 13 (1). – С. 60-63.
16. Гончарук С. М. Теоретичні та практичні аспекти формування фінансового забезпечення системи охорони здоров'я / С. М. Гончарук, Є. М. Романів, С. В. Приймак // Бізнес Інформ. – 2017. – № 4. – С. 229-234.

17. Державне управління охороною громадського здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – 424 с.
18. Логвиненко Б. До проблеми визначення сутності та особливостей діючої системи охорони здоров'я України / Б. Логвиненко // Наукові записки [Кіровоградського державного університету імені Володимира Винниченка]. Серія : Право. – 2017. – Вип. 2. – С. 62-67. – URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/snslnp_2017_2_13.
19. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 24-31.
20. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації : автореф. дис... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Н. П. Кризина ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – Київ, 2008. – 36 с.
21. Дубінський С. В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України / С. В. Дубінський // Європейський вектор економічного розвитку. 2016. – № 1 (20). – С. 51-59.
22. Соціальна і гуманітарна політика : підручник / авт. кол. : В. П. Трощинський, В. А. Скуратівський, М. В. Кравченко [та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського. – Київ : НАДУ, 2016. – 792 с.
23. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516с.
24. Скичко О. Медична реформа. Які зміни депутати внесли у закон і як це працюватиме / О. Скичко. – URL : <https://tsn.ua/ukrayina/medichna-reforma-yaki-zmini-deputati-vnesli-u-zakon-i-yak-ce-pracyuvatime-1017555.html>.

25. Сучасні напрями розвитку систем охорони здоров'я країн Європи : наук.-метод. рек. / авт. кол. : В. М. Князевич, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло [та ін.] ; за ред. В. М. Князевича. – Київ : НАДУ, 2015. – 40 с.

26. Безкоровайна У. Ю. Удосконалення механізмів державного регулювання надання медичної допомоги і послуг середнім медичним персоналом в Україні : дис. ... канд. наук держ. упр. : 25.00.02 / Уляна Юріївна Безкоровайна. – Запоріжжя, 2018. – 208 с.

27. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я / В. В. Воробйов // Форум права. – 2011. – № 2. – С. 139 – 146.

28. Дорошенко О. О. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1 (5). – С. 16 – 23.

29. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Офіційний вісник України. – 2014. – №75. – Т.1. – Ст. 2125.

30. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко // Наука і практика: міжвідомчий медичний журнал. 2014. №1 (2). С. 63 – 75.

31. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07 червня 2011 року № 3611-VI / Відомості Верховної Ради України. – 2011. № 14. – Ст. 86.

32. Все про соціальну роботу: навч. енциклопед. словник-довідник /[За наук. ред. В.М. Пічі; уклад.: Н.М. Гайдук, Л.Є. Клос, О.Я. Бік та ін.]. Вид. 2-ге, виправлене, перероб. та допов. – Львів: «Новий Світ – 2000», 2013. – 616 с.

33. David Clark Transition in And of Life Care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia /David Clark, Michael Wright.

Open University Press, 2003. P

34. Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛінфекцію/СНІД: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 липня 2007 року № 368. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua>.

35. Palliative care: a model for innovative health and social policies: The Resolution No. 1649 (2009) adopted on 28 January 2009 (6th Sitting) by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Access Mode: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTMLen.asp?fileid=17707&lang=en>.

36. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. – Доклад Секретариата ВОЗ, 67 Сессия ВОЗ, А67/31, 4 апреля 2014 г. – 11 с.

37. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 26 січня 1993 року № 2427-VIII / Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

38. Порядок надання паліативної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2013 року № 41 / Офіційний вісник України. – 2013. – №13. – Ст. 502.

39. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Знання для боротьби з раком на практиці: Керівництво ВООЗ для розробки ефективних програм (2007). – URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241547345>.

40. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308 / Офіційний вісник України. – 2020. – № 55, ч.2. – Ст. 1739.

41. Корнілова О.В. Щодо порядку надання паліативної допомоги у лікарні «ХОСПІС». матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти, аспірантів та молодих вчених (м. Одеса, 21 квітня 2021 р.). – Одеса: Фенікс, 2021. – С. 218–221.

42. Обласний спеціалізований будинок дитини «Гіппократ». – URL: <http://hippocrat.org.ua>.
43. Вінницька міська клінічна лікарня № 3. – URL: <https://mkl3.vn.ua>.
44. Приватний хоспіс для онкохворих в Одесі. – URL: <https://hospice.odessa.com>.
45. Київський міжнародний інститут соціології. – URL: <https://kiis.com.ua>.
46. Київський міський онкологічний центр. – URL: <http://onko.com.ua>.
47. МОЗ пропонує комплексний підхід щодо організації надання якісної паліативної допомоги. – URL: <https://moz.gov.ua/article/news/mozproponue-kompleksnij-pidhid-schodo-organizacii-nadannja-jakisnoi-paliativnoidopomogi>.
48. Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду: Наказ Міністерства соціальної політики України / Офіційний вісник України. – 2016. – № 22. – Ст. 868.
49. Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям: Постанова Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 року № 675 / Офіційний вісник України. – 2019. – № 61. – Ст. 2125.
50. Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям». URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-postanovikabinetu-ministriv-ukraini-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-centr-medichnoireabilitacii-ta-paliativnoi-dopomogi-ditjam>.
51. Охмадит. – URL: https://lb.ua/tag/11092_ohmatdit.
52. Про Порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг): Наказ Міністерства соціальної політики України від 26 грудня 2011 року № 568 / Офіційний вісник України. – 2012. – № 22. – Ст. 857.
53. Паліативна та хоспісна допомога. Центр громадського здоров'я МОЗ України. – URL: <https://phc.org.ua/zakhvoryuvannya-tainformaciya/vilsnid/>

likuvannya-ta-profilaktika/paliativna-ta-khospisna-dopomog.

54. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.2020 № 1308 / Офіційний вісник України. – 2020. – № 55, ч. 2. – Ст. 1739.

55. Корнілова О. В. Щодо функціонування мультидисциплінарної команди з надання паліативної допомоги в Україні / Актуальні проблеми приватного та публічного права: матеріали III Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції присвяченої 92-річчю з дня народження член-кореспондента НАПрН України, академіка Міжнародної кадрової академії, Заслуженого діяча науки України, доктора юридичних наук, професора Процевського О.І. (2 квітня 2021 року). – Харків, 2021. – С. 235-238.

56. Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим: Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства соціальної політики України / Офіційний вісник України. – 2014. – № 51. – Ст. 1367.

57. Герасименко Н. Світова та вітчизняна практика впровадження паліативної допомоги на дому особам похилого віку / Україна: аспекти праці. – 2013. – №7. – С. 43–51.

58. Морозова І.О. До питання паліативної допомоги на дому особам похилого віку. Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукр. 213 наук.-практ. конф., 15–16 березня 2012 р. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 98–102.

59. Пакушина Л.З. Підготовка майбутніх соціальних працівників в умовах вищого навчального закладу до надання соціальної послуги паліативного догляду / Вісник Черкаського університету. Серія «Педагогічні науки». – 2015. – № 34 (367). – С. 100–108.

60. Європейський кодекс боротьби проти раку. – URL: https://www.europeancancerleagues.org/wp-content/uploads/ecac_russian.pdf.

61. Рак: що варто знати і як уберегтися // Центр громадського здоров'я МОЗ України, 07.02.2020. – URL: <https://phc.org.ua/news/rak-scho-var-to-znati-i-yak-uberegtisya>.

62. Всеукраїнська Асоціація паліативної допомоги: благодійна організація. – URL: https://youcontrol.com.ua/ru/catalog/company_details/35033202/.

63. Паліативна допомога. – URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%...D0%B0>.

64. Інститут паліативної та хоспісної медицини: державне підприємство. – URL: <https://nmapo.edu.ua/s/np/k/paliatyvnoi-ta-khospisnoi-medytsyny/navchalna-robota/455-diialnist-derzhavnoho-navchalno-naukovo-metodychnoho-tsentru-paliatyvnoi-ta-khospisnoi-medytsyny>.

65. Звіт про діяльність Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів та Всеукраїнської Асоціації паліативної допомоги. – URL: <https://www.medpravo.org.ua>.

66. Про державну реєстрацію лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.08.2019 № 1771. – URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-12082019-1771-pro-derzhavnu-reestracijju-likarskih-zasobiv-ta-vnesennja-zmin-do-reestracijnih-materialiv>.

67. Фармацевтична енциклопедія. – 2-ге вид. – 2013. – URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/8860/paliativna-medicina>.

68. Паліативна медицина / за ред. чл.-кор. НАН України, проф. В.П. Черниха // Фармацевтична енциклопедія. – 2-ге вид. – 2013. – URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/8860/paliativna-medicina>

69. Дані для паліативної допомоги: міжнародний досвід, українська практика, стандарти, індикатори, оцінки // Український центр суспільних даних. – 2018. – URL: https://socialdata.org.ua/wp-content/uploads/2018/09/data_palliative_09_2018_ukr.pdf.

70. Співак М.В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна : монографія / М.В. Співак. – Київ : Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України ; Вид-во «Логос», 2016. – 536 с.

71. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» : указ Президента України від 12.01.2015 № 5/2015. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

72. Про державно-приватне партнерство : закон України від 01.07.2010 № 2404-VI. – URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2404>.

73. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» : указ президента України; Стратегія від 09.02.2016 № 42/2016. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016>.