

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** Люценка Артема Олександровича

**академічної групи** 281М-21з-4 ІДУ

**спеціальності** 281 Публічне управління та адміністрування

**на тему:** «Обґрунтування стратегії розвитку закладу охорони здоров'я (на прикладі Павлоградського санаторію-профілакторію «Самара»)»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Чикаренко І.А.			
розділів:				
<b>Рецензент:</b>				
<b>Нормоконтролер:</b>	Вишневська О.В.			

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи магістра на тему «Обґрунтування стратегії розвитку закладу охорони здоров'я (на прикладі Павлоградського санаторію-профілакторію «Самара»).

85 с., 10 табл., 7 рис., 56 джерел.

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЗАПОБІГАННЯ, САНАТОРІЙ-ПРОФІЛАКТОРІЙ, СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ.

Об'єкт дослідження – відновлення та розвиток системи закладів охорони здоров'я України у повоєнний період.

Предмет дослідження – обґрунтування стратегії розвитку санаторію-профілакторію «Самара» ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля».

Мета магістерської роботи: розробити стратегічний план розвитку Павлоградського санаторію-профілакторію «Самара» та обґрунтувати доцільність його реалізації у контексті профілактики, лікування, реабілітації та запобігання професійним захворюванням шахтарів.

У першому розділі досліджуються проблеми вітчизняної системи охорони здоров'я, аналізується європейський досвід їх розв'язання, описуються зміни в медичній сфері, що відбулися під час воєнного стану.

У другому розділі на підставі аналізу ситуації у сфері захворюваності на туберкульоз в Україні робляться висновки про сучасний стан та проблеми у цій сфері, досліджується державна політика та основні нормативно-правові документи щодо протидії туберкульозу, розглядається вплив професійних захворювань шахтарів на виникнення туберкульозу та раку легень.

У третьому розділі на підставі результатів аналізу ситуації із захворюванням на туберкульоз у Дніпропетровській області розробляється стратегічний план розвитку Павлоградського санаторію-профілакторію, який надає послуги з профілактики професійних захворювань шахтарів та їх реабілітації.

Сфера практичного застосування результатів роботи – розробка стратегій розвитку аналогічних медичних закладів в Україні у повоєнний період.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	
ПРОБЛЕМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ДОСВІД ЇХ	
РОЗВ'ЯЗАННЯ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ .....	
	8
1.1. Експозиція проблеми зростання рівня захворюваності та передчасної смертності в Україні .....	8
1.2. Європейський досвід профілактики захворюваності та збільшення тривалості життя населення .....	17
1.3. Зміни в системі охорони здоров'я під час воєнного стану .....	25
РОЗДІЛ 2	
ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШАХТАРІВ ЯК ПЕРЕДУМОВА	
РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА РАКУ ЛЕГЕНЬ .....	
	34
2.1. Аналіз ситуації у сфері захворюваності на туберкульоз в Україні: сучасний стан та проблеми .....	34
2.2. Реалізація державної політики у сфері протидії туберкульозу .....	48
2.3. Професійні захворювання шахтарів та їх профілактика .....	53
РОЗДІЛ 3	
ОБІРУНТУВАННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ САНАТОРІО-	
ПРОФІЛАКТОРІЮ «САМАРА» ПАТ «ДТЕК ПАВЛОГРАДВУГІЛЛЯ» .....	
	59
3.1. Особливості стратегічного планування у сфері охорони здоров'я в умовах війни та повоєнний період .....	59
3.2. Аналіз ситуації із захворюванням на туберкульоз у Дніпропетровській області .....	65
3.3. Стратегічний план розвитку санаторію-профілакторію «Самара» у напрямку профілактики, реабілітації та запобігання професійним захворюванням .....	68
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	86
ДОДАТКИ .....	92

## ВСТУП

Головна мета системи охорони здоров'я будь-якої країни – забезпечення її населення доступними і якісними медичними послугами.

Потреба в доступності та якості надання медичних послуг особливо гостро відчувається під час війни та у повоєнний період, коли країні потрібно відновлюватися, а коштів на забезпечення такого відновлення не вистачає.

Також існує потреба у наявності достатньої кількості лікувально-профілактичних закладів, багато з яких було зруйновано під час війни, у кваліфікованому медичному персоналі цих закладів, у високоточному діагностичному та іншому лабораторному обладнанні тощо.

Влітку Україна отримала статус кандидата у члени Європейського Союзу (ЄС). Одним із факторів (вимог) входження України до ЄС є належний стан піклування державою про здоров'я її громадян. Основним рушійними силами у цих перетвореннях, з одного боку, є державна система охорони здоров'я, а з іншого – розвиток ринку медичних послуг. І якщо перша є певною адміністративно-бюрократичною системою, орієнтованою, насамперед, на профілактику захворювань, то ринок медичних послуг орієнтований на клієнта, тобто на людину, яка потребує медичної допомоги, і на лікаря, що її надає. У сукупності вони складають систему медичного обслуговування населення, яка на жаль на цей час, в умовах війни та незавершеності медичної реформи в Україні, працює недостатньо ефективно.

За тривалістю життя Україна займає одне з останніх місць не тільки в Європі, але й серед країн колишнього СРСР, і однією з головних причин цього є високий рівень смертності внаслідок хвороб – щороку в країні помирає близько 90 тис. осіб, з них 35 % – особи працездатного віку.

24 лютого 2022 р. в Україні почалася війна. Після запровадження в країні воєнного стану Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) одразу затвердило наказ № 374 від 24.02.2022 «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою

забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії рф проти України».

Документом, серед іншого, передбачалося: тимчасово припинити планові госпіталізації, підготувати додаткові хірургічні команди для допомоги пораненим, забезпечити в повному обсязі надання екстреної меддопомоги. З огляду на ускладнену логістику відомство рекомендувало збільшити надання допомоги із застосуванням телемедицини та проводити медико-соціальну експертизу за спрощеною процедурою і заочно. У наказі також зазначалося, що термінові й невідкладні планові госпіталізації, незважаючи на воєнний стан, припиненню не підлягають. Лікарі мали продовжувати проводити планові операції вагітним, породіллям, новонародженим, хворим на онкологічні захворювання, пацієнтам паліативних стаціонарів та у випадках, коли відтермінування операцій або госпіталізації несло серйозний ризик для життя і здоров'я людини.

Однією з причин високого рівня захворюваності в Україні також є дуже високий рівень забруднення навколишнього середовища. За даними Інституту медицини праці, рівень санітарно-гігієнічного моніторингу в Україні за канцерогенними речовинами не відповідає сучасній ситуації, яка відзначається значним техногенним забрудненням довкілля промисловими викидами, радіоактивними ізотопами тощо. У той самий час, система державних санітарно-епідеміологічних закладів фактично не виконувала в повному обсязі функції з незалежної санітарно-гігієнічної експертизи та ідентифікації канцерогенних речовин як у довкіллі, так і у виробничому середовищі. Санітарно-гігієнічний контроль здійснювався лише за обмеженим переліком канцерогенних речовин (переважно хімічних). При цьому слід відзначити вкрай незадовільний стан забруднення середовища у регіонах з високим рівнем промислового розвитку та техногенного забруднення довкілля – Дніпропетровській, Миколаївській, Кіровоградській, Київській областях та місті Києві. Тому процес забруднення канцерогенами довкілля регіонів з високим рівнем розвитку промисловості є майже неконтрольованим, що у свою

чергу викликає прогресуюче зростання захворюваності населення, зокрема, на такі хвороби як туберкульоз та рак легень, виникнення яких, у свою чергу, може бути безпосередньо пов'язане з іншими, професійними захворюваннями.

У цьому контексті особливої актуальності набувають питання профілактики та реабілітації професійних захворювань шахтарів, які можуть призвести до виникнення майже невиліковних хвороб, зокрема туберкульозу та раку легенів.

Об'єкт дослідження – відновлення та розвиток системи закладів охорони здоров'я України у повоєнний період.

Предмет дослідження – обґрунтування стратегії розвитку санаторію-профілакторію «Самара» ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля».

Мета магістерської роботи: розробити стратегічний план розвитку Павлоградського санаторію-профілакторію «Самара» та обґрунтувати доцільність його реалізації у контексті профілактики, лікування, реабілітації та запобігання професійним захворюванням шахтарів.

Для досягнення поставленої мети у роботі необхідно виконати ряд таких завдань:

- визначити проблеми у сфері охорони здоров'я України та дослідити європейський досвід їх розв'язання;
- проаналізувати зміни в системі охорони здоров'я, що з'явилися під час воєнного стану;
- здійснити аналіз сучасного стану та проблем у сфері захворюваності на туберкульоз в Україні, дослідити державну політику та нормативно-правові документи у цій сфері;
- охарактеризувати зв'язок професійних захворювань шахтарів з виникненням туберкульозу та раку легень;
- визначити особливості стратегічного планування у сфері охорони здоров'я в умовах війни та повоєнний період;
- на основі результатів аналізу ситуації із захворюванням на туберкульоз у Дніпропетровській області розробити стратегічний план відновлення та

розвитку санаторію-профілакторію «Самара» ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля», який до війни надавав послуги шахтарям з профілактики, реабілітації та запобігання професійним захворюванням.

– охарактеризувати очікувані результати та запропонувати організаційно-управлінське та фінансове забезпечення реалізації стратегії.

Під час здійснення магістерського дослідження використовуються методи системного аналізу, синтезу, порівняння та абстрагування, моделювання, прогнозування, методи творчого пошуку, збору й оброблення інформації, таких як анкетування, спостереження, стратегічний та ситуаційний аналіз.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробленні стратегічного плану відновлення та розвитку Павлоградського санаторію-профілакторію «Самара», обґрунтуванні доцільності його реалізації у контексті надання послуг з профілактики, лікування реабілітації та запобігання професійним захворюванням шахтарів, а також у можливості адаптації та використання типових компонентів цієї стратегії іншими медичними закладами України у повоєнний період.

# РОЗДІЛ 1

## ПРОБЛЕМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ДОСВІД ЇХ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

### 1.1. Експозиція проблеми зростання рівня захворюваності та передчасної смертності в Україні

Ключова ціль будь-якої системи охорони здоров'я – це доступність і якість медичних послуг, що надаються населенню країни. Разом із тим, головна мета будь-якої країни – побудувати ефективну модель системи охорони здоров'я та досягти найвищого рівня здоров'я населення з урахуванням тих ресурсів, що є в наявності (людських, матеріальних, фінансових тощо).

Відповідно до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» [25] здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад, а охорона здоров'я – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Влітку Україна отримала статус кандидата у члени Європейського Союзу (ЄС). Одним із факторів (вимог) входження України до ЄС є належний стан піклування державою про здоров'я її громадян. Основним рушійними силами у цих перетвореннях, з одного боку, є державна система охорони здоров'я, а з іншого – розвиток ринку медичних послуг. І якщо перша є певною адміністративно-бюрократичною системою, орієнтованою, насамперед, на профілактику захворювань, то ринок медичних послуг орієнтований на клієнта, тобто на людину, яка потребує медичної допомоги, і на лікаря, що її надає. У сукупності вони складають систему медичного обслуговування населення, яка

нажаль на цей час, в умовах незавершеності медичної реформи в Україні, працює недостатньо ефективно.

За тривалістю життя Україна займає одне з останніх місць не тільки в Європі, але й серед країн колишнього СРСР, і однією з головних причин цього є високий рівень смертності внаслідок хвороб – щороку в країні помирає близько 90 тис. осіб, з них 35 % – особи працездатного віку.

Результати аналізу ситуації із захворюваністю за даними звернень населення України за медичною допомогою свідчать, що протягом останніх десятиліть рівні поширеності всіх хвороб значно зросли, та знаходяться у межах 1100-1300 випадків захворювань на 1 тис. чоловік, а рівні первинної захворюваності, відповідно, 600-800. І це не враховує війну (зараз відсутня така статистика), а також останні два-три роки, на які прийшлася пандемія коронавірусної інфекції COVID-19, яка є смертельно небезпечною і уносить все більше та більше життя не тільки людей похилого віку, які мають хронічні захворювання, а й молодого населення країни [14].

Розглянемо ситуацію, що склалася в країні до війни, з іншими захворюваннями, які не стосуються COVID-19. Так, з окремих захворювань найбільш високі рівні реєструються по хворобах органів дихання – 344 випадки на 1 тис. осіб населення.

На другому місці серед всіх зареєстрованих захворювань – хвороби системи кровообігу, 316 випадків на 1 тис. осіб населення.

На третьому місці – хвороби органів травлення – 127 випадків на 1 тис. осіб населення.

На три вищезгадані класи доводиться 55,8% випадків серед усіх зареєстрованих хвороб.

Серед вперше зареєстрованих протягом останніх двох-трьох років захворювань найбільші рівні у розрахунку на 1 тис. чоловік населення мають хвороби органів дихання – близько 300 випадків; травми і отруєння – 48 випадків, хвороби шкіри та підшкірній клітковини – 40 випадків. На ці три класи в структурі первинної захворюваності населення припадає 57,4% [12].

Разом із тим, існують досить істотні відмінності як серед показників поширеності, так і первинної захворюваності за віком та статтю. За віком найбільш високі рівні – як поширеності, так і первинної захворюваності – реєструються серед дитячого населення – близько 1 тис. випадків, особливо у дітей до 1 року – близько 2 тис. випадків на 1 тис. осіб.

Зі збільшенням віку первинна захворюваність зменшується. Серед осіб працездатного віку (жінки до 55 років, чоловіки до 60 років) вона становить 57,3%. У населення непрацездатного віку (жінки старші 55 років, чоловіки старші 60 років) показники значно нижче, ніж у працездатного – 39,4% [12; 46]. Зазначена тенденція пов'язана зі зменшенням звернень за медичною допомогою, на що істотно впливає відсутність потреби в отриманні лікарняного листа у більшій частині осіб пенсійного віку.

У осіб непрацездатного віку показники захворюваності, які включають також дані медичних оглядів, значно вище, ніж у працездатного. Ця закономірність підтверджує, що у старших вікових груп зменшується не сама захворюваність, а тільки число звернень за медичною допомогою.

Не однаковою є і різниця між показниками поширеності та первинної захворюваності у різних вікових групах. Вона залежить від того, яку частину в них складають хронічні захворювання. Якщо в дитячому віці відсоток первинної захворюваності в загальній поширеності становить близько 80%, у населення працездатного віку – 51%, то у особи непрацездатного віку – тільки 24%.

Загальні тенденції рівнів первинної захворюваності серед чоловіків і жінок майже однакові, а поширеність хвороб у жінок вище, ніж у чоловіків.

За окремими класами, групами і нозологічними формами мають місце суттєві відмінності за статтю, як за показниками поширеності, так і первинної захворюваності (табл. 1.1) [46].

У чоловіків захворюваність на туберкульоз втричі перевищує аналогічні показники у жінок, інфарктом міокарда – вдвічі, психічні відхилення і травми – в 1,8 рази, бронхіальною астмою – в 1,5 рази [13].

Таблиця 1.1

**Найбільш поширені захворювання у чоловіків і жінок  
(у порядку пріоритетності)**

Чоловіки	Жінки
Хронічний бронхіт	Тиреотоксикоз
Травми та отруєння	Діабет
Виразкова хвороба шлунка	Гіпертонічна хвороба
Психічні розлади	Холецистит
Хвороби периферичної нервової системи	Хвороби сечовивідної системи Цереброваскулярні хвороби

Залежно від місця проживання людини, рівні захворюваності міських і сільських мешканців також суттєво відрізняються. За даними звернень за медичною допомогою показники поширеності та первинної захворюваності міського населення вище, ніж сільського. Це обумовлено недостатнім рівнем, доступністю, обсягом і якістю допомоги останнім.

Спеціальні вибіркові дослідження так званої повної або «вичерпної» захворюваності, які враховували інформацію про звернення за медичною допомогою за три останні роки в результатах поглибленого медичного огляду населення, свідчать про протилежне: показник у сільського населення вище, ніж у міського.

Аналіз регіональних особливостей захворюваності в Україні показує, що різниця між максимальними та мінімальними значеннями відповідних показників досить відчутна. За поширеністю хвороб – від 1728,6 на 1 тис. населення у Волинській до 1136,8 в Миколаївській областях, за первинної захворюваності – від 816 у Львівській до 523 – у Миколаївській областях [6].

На кількість захворювань в окремих регіонах України суттєво впливають:

- статевий та віковий склад населення;
- повнота реєстрації захворюваності;
- поєднання впливу різних чинників навколишнього середовища, зокрема, екологічного фактору.

Разом з тим, тенденції показників поширеності та первинної захворюваності в динаміці вказують на наявність певних змін. Так, за період 2010-2020 рр. (до початку пандемії COVID-19) загальний рівень первинної захворюваності зменшився з 707 до 661 випадків на 1 тис. осіб населення, в основному за рахунок зменшення частоти хвороб органів дихання. Однак в більшості інших класів хвороб мало місце зростання показників первинної захворюваності – зокрема по хворобам крові та кровотворних органів (майже в три рази), сечовивідної системи і системи кровообігу. Помітно зросла серед всього населення частота вперше виявлених ендокринних і алергічних захворювань.

Ще до початку коронавірусної інфекції COVID-19 значно збільшилися показники інфекційної захворюваності. Окремі хвороби цього класу (туберкульоз, дифтерія, СНІД) мають усталену тенденцію до зростання і поступово набувають характеру епідемії.

Зростання рівня первинної захворюваності за багатьма класами хвороб відбився на показниках загальної захворюваності [46]. За період з 2010 по 2020 рр. поширеність усіх хвороб серед населення України зросла на 12% [6].

Загальний зріст захворюваності в Україні відповідно відображається і на рівні смертності населення. За даними Державної служби статистики України, за 2020 рік в Україні від різних причин померли понад 580 тисяч людей, причому майже третина з них – від хвороб серця і кровоносних судин [6].

Другою за статистикою причиною смерті в країні є онкологічні захворювання – різні пухлини і новоутворення: вони винні приблизно в кожній сьомій смерті.

Зовнішні причини йдуть третіми за кількістю забраних життів – приблизно кожен двадцятий громадянин гине під дією тих чи інших зовнішніх факторів. При цьому самогубства серед них є найчастішою причиною і навіть обганяють за статистикою ДТП. За даними Державної служби статистики України, на кожні 100 тис. чоловік в Україні припадає 17 самогубств, а від ДТП

гине 12 осіб. Чоловіки накладають на себе руки в п'ять разів частіше жінок, а в транспортних пригодах гинуть у чотири рази частіше [6].

Ще однією частою причиною смертей є отруєння, серед яких значна частина жертв на совісті подробленого алкоголю – на 100 тисяч населення приблизно кожен одинадцятий загинув від отруєння.

До початку пандемії COVID-19 структура смертності українців у розрізі захворювань, що стали причинами смерті, мала такий вигляд (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Аналіз смертності українців у розрізі причин смерті [3]

Слід звернути увагу на значний рівень смертності серед немовлят – на 100 тис. чоловік в Україні припадало 722 смертельних випадків серед дітей до одного року, що майже вдвічі перевищує аналогічний коефіцієнт для вікової групи в 40-44 роки, і не набагато поступається смертям у віці 50-54 років.

Що стосується розподілу рівня смертності між чоловіками та жінками, то чоловіки в середньому вмирають в Україні майже в три рази частіше. При цьому навіть в дитячому віці маленькі хлопчики вмирають частіше дівчаток, а чим становляться більш дорослими, ця різниця в статистиці стає тільки більше. Так, починаючи приблизно з 20 років чоловіки вмирають майже в три рази частіше за жінок, і ця тенденція зберігається до пенсійного віку.

Що стосується причини смерті, то чоловіки в три-чотири рази частіше за жінок помирають у результаті зовнішніх причин, інфекційних хвороб і хвороб органів дихання. Значну роль при цьому грають професійні захворювання.

Результати аналізу статистики смертності українців у розрізі статі та вікових груп відображені на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Аналіз смертності в Україні у розрізі статі та вікових груп [3]

Результати проведеного аналізу ситуації із ростом захворювань в Україні свідчить про наявність значних проблем і неспроможності системи державних медичних закладів активно протидіяти погіршенню ситуації.

Дніпропетровський регіон, як один із найбільш небезпечних для життя регіонів України з точки зору хімічного та радіоактивного забруднення навколишнього середовища, на жаль, є також одним із лідерів у поширенні найбільш небезпечних для життя захворювань.

Докорінні причини, що призвели до стабільних тенденцій погіршення стану здоров'я середньо статистичного українця є такі:

- погіршення рівня екологічної безпеки, зокрема внаслідок техногенних катастроф;

- погіршення якості продуктів харчування та питної води;
- незавершеність реформи сфери охорони здоров'я;
- зниження професійного рівня працівників лікувальних закладів, зокрема від'їзд висококваліфікованих фахівців на роботу за кордон, що особливо загострилося під час війни.

Що стосується коронавірусної інфекції COVID-19, то в Україні її вперше було діагностовано 3 березня 2020 року в Чернівцях. 13 березня вже було зафіксовано перший летальний випадок внаслідок коронавірусної інфекції. На 11 жовтня 2022 в Україні налічувалося 5177217 занедужавших, з них померлих – 109206 (у табл. 1.2 наведено статистичні дані щодо COVID-19 станом на 11.10.2022). На зараз вже спостерігається спад інфекції.

Таблиця 1.2

**Статистичні дані щодо коронавірусної інфекції, 11.10.2022 р.**

Показник	Кількість	Відсоток
Населення	41 130 тис.	
Всього інфіковано	5 177 217	12,6 %
Смертельні випадки	109 206	2,1 %
Видужали	5 023 874	97,0 %
Наразі хворіють	не відомо	
Зроблено тестів	19 521 252	
тестів на 1 млн.	451 963	

На жаль, не все населення розуміє важливість вакцинації від цієї смертельно небезпечної хвороби. Старт вакцинації від COVID-19 в Україні відбувся 24.02.2021 року. Від початку кампанії (станом на кінець 2021 року) було проведено усього 14 307 558 щеплень [24].

За період з 03.10.2022 по 09.10.2022 в Україні зафіксовано 36 413 нові підтвержені випадки коронавірусної хвороби COVID-19 (з них дітей – 4194, медпрацівників – 832). За даними МОЗ, на той час госпіталізовано 6162 осіб, летальних випадків – 208, одужало – 37 238 осіб [21].

Протягом тижня проти COVID-19 вакциновано 151 376 людей. З усіх проведених щеплень 10,2% становлять перші дози, 5,2% – другі дози, 74,4% – перші бустерні дози, 10,2% – другі бустерні дози.

За даними Міністерства охорони здоров'я, за весь час пандемії в Україні захворіло – 5 256 432 особи, одужало – 5 060 861, летальних випадків – 109 616. Проведено тестувань (методом ПЛР та експрес) – 32 379 745 [21].

Від початку вакцинальної кампанії станом на кінець жовтня 2022 р. отримали щеплення 16 141 677 осіб, з них дві дози – 15 335 358, першу бустерну дозу – 2 437 687, другу бустерну дозу – 61 332.

У МОЗ наголошують, що майже 800 тис. осіб не отримали другу дозу, а понад 13 млн – першу бустерну дозу [21]. На цей час в цілому по Україні вакциновано лише 52 %.

Разом із тим слід зазначити, що пандемії та епідемії час від часу виникали протягом усього періоду існування людства. Але ж вони все ж-такі мають тенденції закінчуватися. Однією з головних причин високого рівня захворюваності, не тільки на COVID-19, а й на вище вказані класи хвороб, є дуже високий рівень забруднення навколишнього середовища. За даними Інституту медицини праці, рівень санітарно-гігієнічного моніторингу в Україні за канцерогенними речовинами не відповідає сучасній ситуації, яка відзначається значним техногенним забрудненням довкілля промисловими викидами, радіоактивними ізотопами тощо.

У той самий час, система державних санітарно-епідеміологічних закладів фактично не виконує в повному обсязі функції з незалежної санітарно-гігієнічної експертизи та ідентифікації канцерогенних речовин як у довкіллі, так і у виробничому середовищі. Санітарно-гігієнічний контроль здійснюється лише за обмеженим переліком канцерогенних речовин (переважно хімічних). При цьому слід відзначити вкрай незадовільний стан забруднення середовища у регіонах з високим рівнем промислового розвитку та техногенного забруднення довкілля – Дніпропетровській, Миколаївській, Кіровоградській, Київській областях та місті Києві. Тому процес забруднення канцерогенами довкілля

регіонів з високим рівнем розвитку промисловості є майже неконтрольованим, що у свою чергу викликає прогресуюче зростання захворюваності населення.

## **1.2. Європейський досвід профілактики захворюваності та збільшення тривалості життя населення**

Збільшення тривалості життя зазвичай означає спроби збільшення як середньої, так і максимальної тривалості життя, особливо людини. Середня тривалість життя визначається уразливістю до нещасних випадків та більшості хвороб. Її збільшення може бути досягнуто покращенням медичного обслуговування, санітарії, здоровою дієтою, фізичними вправами та запобіганням ризиків та шкідливих факторів, наприклад, паління, надмірного споживання цукру, і головне – діючою системою профілактики та попередження захворюваності в країні [10].

Максимальна тривалість життя визначається швидкістю старіння, характерною для даного виду, що закладена в генах та, можливо, дещо змінюється під впливом деяких інших факторів. Старіння проявляється у збільшенні ймовірності будь-яких хвороб, особливо хвороб похилого віку (рак, серцево-судинні хвороби) та збільшення ймовірності смерті в результаті будь-якого стресу. Зараз невідомо засобу зменшення швидкості старіння людини, а у випадку деяких тварин на нього впливають такі фактори, як обмеження калорій та генетичні модифікації організму. Теоретично, збільшення максимальної тривалості життя може бути досягнуте за рахунок зменшення швидкості пошкодження білків та ДНК, періодичної заміни або омолодження пошкоджених тканин або за допомогою більш екзотичних методів [10].

Розглянемо детальніше європейський досвід профілактики захворюваності та збільшення тривалості життя громадян, а також фактори покращення здоров'я нації, запобігання передчасної смертності і підвищення активного довголіття громадян, які є складовою частиною державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні.

Найбільш успішно країною ЄС в сфері збереження здоров'я за підсумками останніх років визнана Німеччина. Високий рівень сучасної медицини в Німеччині став основою того, що середня тривалість життя в країні невідмінно зростає вже багато десятиліть і складає за даними Федерального статистичного відомства 82 роки. Сьогодні кожен другий чоловік, який проживає в Німеччині, може дожити до 79 років, а кожна друга жінка має шанс відзначити свій 85-й день народження [20; 51].

Одним із основних факторів такого довголіття в Німеччині є розроблена Федеральним міністерством охорони здоров'я програма рекомендованих профілактичних обстежень і процедур. Німецькі фахівці вважають такі профілактичні заходи необхідними з медичної точки зору, тому лікарняні страхові каси Німеччини в повному обсязі оплачують їх застрахованим тут пацієнтам.

Розглянемо детальніше, які профілактичні обстеження і процедури рекомендовані профільними медичними спілками Німеччини і Федеральним міністерством охорони здоров'я.

У віці від 35 років всім пацієнтам в Німеччині рекомендується кожні 2 роки проходити так званий Check-up 35+, тобто комплексне обстеження організму, основною метою якого є своєчасне виявлення можливих захворювань серцево-судинної системи і нирок, діабету, ознак онкологічних захворювань [43].

Німецький союз досліджень і лікування ракових захворювань також рекомендує пацієнтам від 35 років раз в 2 роки проходити скринінг шкіри з обстеженням всього тіла і лімфовузлів з метою виявлення на ранній стадії можливих онкологічних захворювань шкіри. Пацієнтам у віці від 50 років, незалежно від статі, у Німеччині з метою профілактики та виявлення ракових захворювань кишечника на ранній стадії рекомендована колоноскопія і гастроскопія, яка в багатьох випадках дозволяє німецьким фахівцям виявити новоутворення ще на передраковій стадії [43].

Незалежно від віку Федеральне міністерство охорони здоров'я рекомендує пацієнтам раз на півроку проходити профілактичний стоматологічний обстеження в Німеччині, і раз на рік – видалення зубного каменю.

Для дівчат у віці від 12 до 17 років до початку статевого життя в Німеччині рекомендована щеплення проти ВПЛ – вірус папіломи людини, який може стати причиною розвитку раку шийки матки [13]. Жінкам від 20 років гінекологи Німеччини рекомендують щорічне гінекологічне обстеження з забором цитологічного мазка (Пап-тест) для раннього виявлення можливих ракових захворювань. Жінкам від 25 років, які ведуть активне статеве життя, німецькі лікарі також рекомендують щорічний аналіз на хламідіоз – захворювання, що найбільш часто діагностується та передається статевим шляхом [12].

Пацієнткам німецьких клінік у віці від 30 років рекомендовано щорічне обстеження грудей і відповідних лімфовузлів у профільного спеціаліста. Таке обстеження оптимально проводити на початку менструального циклу.

Жінкам від 50 до 70 років Федеральне міністерство охорони здоров'я Німеччини рекомендує кожні 2 роки проходити мамографію для раннього виявлення можливих пухлин молочної залози.

Чоловікам у віці від 45 років німецькі фахівці рекомендують щорічне обстеження простати, зовнішніх статевих органів і лімфовузлів у фахівця в області урології з метою виявлення можливих ракових пухлин на ранній стадії.

Один із основних секретів довголіття жителів Німеччини полягає в тому, що багато хто з них своєчасно проходять повне і ґрунтовне медичне обстеження всього організму – Check-up, у результаті якого можна визначити і повністю вилікувати захворювання на їх ранній стадії розвитку [43]. У Німеччині 81% великих компаній, що піклуються про здоров'я і довголіття своїх співробітників, щорічно пропонують їм пройти Check-up. Найперший медичний центр комплексного профілактичного обстеження був відкритий в Берліні – столиці медичних інновацій.

Сьогодні комплексне обстеження Check-up, що проводиться в Німеччині, відкриває нові можливості, у першу чергу завдяки застосуванню медичних технологій останнього покоління, новітнім методикам лікування, в тому числі з використанням спеціально розроблених медикаментів, що запобігають розвитку тих чи інших захворювань.

Завдяки тому, що за результатами Check-up можна визначити розвиток хвороби ще до того, як пацієнт відчує її симптоми, німецькі фахівці знаходять якнайшвидший і правильний шлях виліковування небезпечного захворювання. За допомогою сучасного медичного діагностичного обладнання, новітніх ультразвукових приборів High-End класу, магнітно-резонансної та комп'ютерної томографії Offenes Hochfeld-MRT Panorama можна точно визначити, наприклад, ранній розвиток захворювань судин або онкологічних захворювань. Однак крім діагностики Check-up включає в себе також і спеціально розроблені програми Lifestyle-Coaching – консультації і рекомендації фахівців, засновані на результатах діагностики, і дають можливість пацієнту отримати інформацію про те, як можна поліпшити своє здоров'я в повсякденному житті [43].

Check-up складається з декількох етапів і може проводитися як стаціонарно, так і амбулаторно (протягом одного дня). Залежно від ступеня ризику певних захворювань клініки пропонують Standard Check-Up, рекомендований при незначних або невідомих факторах ризику і Executive Check-Up при підвищених факторах ризику, який включає в себе спеціальні додаткові обстеження [43].

В основу комплексного обстеження покладені три області діагностики [9]:

- здоров'я органів при використанні найсучаснішого діагностичного обладнання;
- оцінка фізичної форми за допомогою ергоспірометрії – методі функціональної діагностики, що дозволяє зробити висновки про взаємодію систем дихання, серця, кровообігу і обміну речовин;

– лабораторні аналізи, які включають в себе кількісні аналізи факторів потенційного ризику і нові небезпечні чинники ризику.

Усі обстеження проводяться абсолютно безболісно, без хірургічного втручання і без найменшого опромінення. Доброзичлива атмосфера, першокласний сервіс, а також уважне ставлення персоналу клінік дозволять відчувати себе комфортно і зроблять процедуру обстеження приємною. Усе високотехнологічне медичне діагностичне обладнання, що застосовується в процесі Check-Up, забезпечено новітніми технологіями зображення – це останнє слово науки і техніки [43].

Магнітно-резонансна томографія проводиться сьогодні на обладнанні Offenes Hochfeld-MRT Panorama, яке вражає не тільки найточнішими результатами обстеження, але забезпечує пацієнту повний комфорт і створюють приємну атмосферу під час діагностики.

Особливо це важливо для маленьких пацієнтів. Завдяки Offenes Hochfeld-MRT Panorama мама може постійно перебувати поруч з дитиною під час його обстеження, малюк може слухати музику і вибрати улюблений колір для освітлення. Відкриті межі обладнання дозволяють пройти діагностику навіть пацієнтам із зайвою вагою.

За допомогою цього унікального обладнання можна обстежувати суглоби під час їх роботи, точно проаналізувати функції мозку і нервової системи в форматі 3D. Крім того, Offenes Hochfeld-MRT Panorama дозволяє провести віртуальну колоноскопію без хірургічного втручання, побачити повністю товсту кишку в високоякісному зображенні і розглянути навіть найдрібніші поліпи без введення в тіло діагностичного пристрою.

Результати аналізів діагностики, отримані в ході Check-up обговорюються в особистій розмові з пацієнтом. Фахівці дають йому рекомендації про те, як він може змінити свій спосіб життя для того, щоб залишатися здоровим. Для обстеження очей у Німеччині використовуються останні розробки телемедицини. За допомогою новітньої цифрової фундус-камери лікарі роблять

знімки очного дна. Його зображення дозволяє фахівцям побачити артерії. Це необхідно для того, щоб встановити ранні ознаки атеросклерозу.

Крім того, точне зображення очного дна може підказати: чи існує ризик підвищеного кров'яного тиску або схильність до діабету. Ультразвук серця, що проводиться за допомогою обладнання класу «High-End», надає дані про роботу серця і серцевих клапанів. Метод Доплера, який широко застосовується для діагностики пухлин та інших уражень м'яких тканин, дає можливість визначити наявність судинних захворювань.

Після закінчення Check-up пацієнт отримує особисте досьє з докладним і зрозумілим описом результатів обстеження і диск з фотографіями обстеження в двох і трьох-мірному розширенні, який можна переглянути на будь-якому комп'ютері. Фахівці, що проводять Check-Up, тісно співпрацюють з університетськими і спеціалізованими клініками та радіологами. Це означає, що вони постійно використовують найостанніші технології і знання в проведенні діагностики [43].

Результати статистики свідчать, що ймовірність виникнення небезпечної хвороби у тих пацієнтів, які вчасно проходили комплексне обстеження набагато нижче, ніж у тих, хто звертається до лікаря з уже наявними симптомами. Отже, найчастіше використовуються три програми обстеження [43]:

1. Базове обстеження організму (Check-Up). Проводиться амбулаторно протягом одного дня і включає наступні процедури:

- первинний огляд;
- розгорнутий аналіз крові з визначенням рівня ПСА (для чоловіків);
- розгорнутий аналіз крові з визначенням рівня СА 15-3 (для жінок);
- ультразвукове обстеження органів черевної порожнини;
- ЕКГ;
- перевірка функції легень;
- рентген грудної клітини – ультразвукове обстеження серця;
- УЗД сонної артерії;

- консультація лікаря з подальшим обговоренням результатів обстеження;

- письмовий висновок за результатами обстеження.

2. Розгорнуте обстеження організму (Check-Up). Проводиться амбулаторно, розраховане на 2 дні та наступні процедури:

- первинне обстеження;

- розгорнутий аналіз крові з визначенням онкомаркерів (PSA, CEA, CA 19-9, NSE; SCC, AFP, Ferritin) для чоловіків;

- розгорнутий аналіз крові для жінок з визначенням в крові онкомаркерів (CA 15-3, CEA, CA 19-9, NSE, SCC, AFP, Ferritin) для жінок;

- УЗД органів черевної порожнини;

- УЗД щитовидної залози (для жінок);

- ЕКГ;

- ЕКГ з навантаженням;

- перевірка функції легень на плетизмограф для реєстрації змін обсягів тіла;

- рентген грудної клітини;

- УЗД серця;

- визначення неврологічного статусу;

- УЗД судин серця, сонної артерії;

- урологічне обстеження для чоловіків;

- гінекологічне обстеження для жінок;

- мамографія (для жінок);

- бесіда з лікарем, обговорення результатів обстеження;

- письмовий висновок.

3. Програма розгорнутого обстеження з пошуком пухлини (Check-Up + Onco). Проводиться амбулаторно протягом 2-х днів:

- первинний огляд, збір анамнезу;

- повний розгорнутий біохімічний аналіз крові;

- онко-маркери (PSA, CEA, CA19-9);

- УЗД щитовидної залози;
- УЗД органів черевної порожнини;
- ЕКГ;
- ЕКГ з навантаженням;
- плетизмографія легких;
- рентген грудної клітини;
- УЗД серця;
- визначення неврологічного статусу;
- УЗД сонної артерії;
- УЗД судин – гінекологічне обстеження (для жінок);
- мамографія (для жінок);
- урологічне обстеження (для чоловіків);
- гастроскопія і гістологічний аналіз тканини (біопсія);
- обстеження кишечника під наркозом;
- висновок фахівця, план лікування в разі необхідності;
- письмовий висновок в оригіналі.

Підсумовуючи аналіз системи Check-Up діагностики захворювань у Німеччині можна зробити наступні висновки. Головний принцип, який сповідує німецька медицина – чим раніше виявлено захворювання, тим простіше його вилікувати і тим самим більш висока ймовірність повного одужання.

Отже, ураховуючи те, що вітчизняна система охорони здоров'я має наближатися за своїми стандартами та показниками ефективності до європейської, а наші співвітчизники хочуть бути такими ж довгожителлями, як і жителі Німеччини, необхідно не тільки спрямовувати державну політику в галузі охорони здоров'я на впровадження в медичну практику систематичних обстежень стану здоров'я громадян, а й вводити подібну Check-Up діагностику небезпечних захворювань з метою їх профілактики та забезпечення більшої тривалості життя населення країни.

### 1.3. Зміни в системі охорони здоров'я під час воєнного стану

24 лютого 2022 р. в Україні почалася війна. Після запровадження в країні воєнного стану Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) одразу затвердило наказ № 374 від 24.02.2022 «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії рф проти України» [49].

Документом, серед іншого, передбачалося: тимчасово припинити планові госпіталізації, підготувати додаткові хірургічні команди для допомоги пораненим, забезпечити в повному обсязі надання екстреної меддопомоги. З огляду на ускладнену логістику відомство рекомендувало збільшити надання допомоги із застосуванням телемедицини та проводити медико-соціальну експертизу за спрощеною процедурою і заочно.

У наказі також обумовлювалося, що термінові й невідкладні планові госпіталізації, незважаючи на воєнний стан, припиненню не підлягають. Лікарі мали продовжувати проводити планові операції вагітним, породіллям, новонародженим, хворим на онкологічні захворювання, пацієнтам паліативних стаціонарів та у випадках, коли відтермінування операцій або госпіталізації несло серйозний ризик для життя і здоров'я людини [49].

20 березня 2022 р., майже через місяць після видачі наказу № 374, МОЗ внесло до нього зміни, уточнивши, що планові госпіталізації припиняються в таких випадках:

- завантаження понад 70% ліжкового фонду терапевтичного профілю та понад 50% ліжкового фонду хірургічного профілю;
- за рішенням структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської воєнних адміністрацій, з урахуванням тактичної ситуації.

На практиці це уточнення означає, що у всіх стаціонарах має залишатися своєрідний резерв ліжок у 30% (терапія) і 50% (хірургія), щоб медичні заклади могли в разі потреби прийняти на лікування поранених. Також ця схема

водночас має регулювати навантаження на медпрацівників. Тобто, якщо хірургія в лікарні завантажена (більш ніж на 50%, – Mind), ми розуміємо, що це внаслідок бойових дій, і є велике навантаження на лікарів. З цієї причини не дозволено проводити планові операції – так роз'яснює цю норму Національна служба здоров'я України (НСЗУ) [15; 22].

Слід зазначити, що станом на 08.08.2022 р., за час повномасштабного вторгнення росії в Україну, за даними МОЗ [21], окупанти вбили щонайменше 18 медичних працівників і серйозно поранили 56. Рашисти пошкодили 884 медичних заклади, з яких 123 – повністю зруйнували. Обстрілами окупанти вивели з ладу 87 машин швидкої допомоги, 241 авто захопили, а також пошкодили близько 450 аптек. Згідно з останніми підрахунками Міністерства економіки та KSE Institute, прямі збитки від руйнування чи пошкодження об'єктів охорони здоров'я склали близько \$1,6 млрд, а загальні непрямі втрати галузі – \$2,7 млрд [15].

Отже, ключові питання цього періоду – як українська медицина працює за воєнних реалій, чи вдається вітчизняній системі охорони здоров'я надавати громадянам медичні послуги в повному обсязі, чи вистачає лікарів, де обслуговують переселенців та поранених і як це фінансується.

В окремих лікарнях із початком російського вторгнення створили додатковий резерв медикаментів. В управлінні охорони здоров'я департаменту гуманітарної політики Львівської міської ради розповіли, що лікувально-профілактичні заклади міста з ліжковим фондом не менше 180 ліжок, керуючись наказом МОЗ №331 від 10.08.2001, створили резерв лікарських засобів і медичних виробів, який забезпечить надання допомоги постраждалим у разі розгортання 10% додаткових ліжок [15].

Перед повномасштабною війною НСЗУ встигла законтрактувати медичні заклади на 2022 рік. А 5 березня 2022 р., щоб забезпечити безперебійне фінансування лікарень, Уряд вніс зміни до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення [8].

НСЗУ почала сплачувати щомісяця фіксовану суму коштів закладам, незважаючи на фактично внесені записи в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ). На місяць встановлювалася оплата на рівні більшого значення з таких значень [15]:

- фактичної вартості відповідних медичних послуг, наданих протягом січня 2022 року;

- $1/n$  від запланованої вартості медичних послуг за відповідним пакетом, де  $n$  – кількість місяців дії договору за відповідним пакетом медичних послуг.

По суті, кожна законтракована лікарня щомісяця отримувала від НСЗУ  $1/12$  від річного обсягу фінансування. Такий порядок оплати застосовувався з 24 лютого 2022 р. для всіх медичних закладів, зокрема до лікарень, які працюють на тимчасово окупованих територіях.

З 1 липня 2022 р. Уряд повернув систему оплати за фактично надані медичні послуги й обов'язкове подання про них електронних звітів. Однак для лікарень, які працюють у тимчасовій окупації, у зоні бойових дій та на лінії фронту, фінансування у вигляді фіксованих виплат триває. Загалом від початку повномасштабної війни НСЗУ виплатила медзакладам і центрам екстреної медичної допомоги понад 74 млрд грн. [15].

Сьогодні кожен громадянин може самостійно звернутися до будь-якого законтракованого НСЗУ закладу, що надає первинну медичну допомогу. Без направлення та укладеної декларації пацієнт може безоплатно потрапити на прийом до терапевта, сімейного лікаря чи педіатра, а також за потреби отримати екстрену або невідкладну меддопомогу.

Лікар первинної ланки надає такі послуги:

- динамічне спостереження за станом здоров'я;
- діагностика та лікування захворювання;
- базові тести й аналізи;
- рецепти на «Доступні ліки», а також інсулін (повторний рецепт);
- щеплення відповідно до календаря вакцинації;
- паліативна допомога.

Також саме він ухвалює рішення про направлення пацієнта на додаткові обстеження, процедури, госпіталізацію або до лікаря вторинної (спеціалізованої) допомоги [15].

Зазначимо, що до низки вузьких фахівців направлення не потрібне. Йдеться про: гінеколога (зокрема, дитячого), стоматолога (планова й ургентна допомога для дітей, ургентна – для дорослих), психіатра, нарколога, фтизіатра та лікаря, у якого пацієнт із хронічними захворюваннями перебуває під наглядом.

Із сімейним лікарем чи педіатром можна проконсультуватись і дистанційно: за телефоном, онлайн чи в месенджері. Звісно, якщо зв'язок із ним збережено. У такому режимі спеціаліст може виписати електронний рецепт, сформувавши електронне направлення до лікаря вторинної чи третинної ланки, створити електронне направлення на базові тести й аналізи.

На час воєнного стану на рівні з електронними направленнями діють і паперові (на випадок, якщо в лікаря немає доступу до ЕСОЗ чи інтернету взагалі). З направленням пацієнт може звернутися до спеціаліста вторинної ланки (кардіолога, онколога, психолога тощо) у будь-якому регіоні та в будь-якій лікарні, яка уклала договір із НСЗУ на відповідний пакет послуг.

Щодо внутрішніх переселенців (ВПО), то слід зазначити, що на початок 2022 р. населення України становило приблизно 40 млн людей. Через повномасштабну війну спостерігається масова міграція: за даними управління ООН у справах біженців, з 24 лютого нашу країну залишило понад 10 млн людей, більш як 4 млн з них уже повернулося. Також в Україні, за останніми підрахунками Мінреінтеграції, налічується близько 7 млн внутрішньо переміщених осіб (ВПО), з них офіційно зареєстровані лише 4,5 млн.

ВПО в умовах воєнного стану мають спрощений доступ до безоплатної первинної медичної допомоги (це МОЗ врегулювало окремим наказом №496 від 17.03.2022). Медична допомога надається в межах програми медичних гарантій всім громадянам України, в тому числі ВПО, незалежно від того чи отримали вони такий статус. Разом із тим, фізична особа, яка офіційно

проживала на нині непідконтрольній Україні території, для отримання меддопомоги в області все-таки спочатку має оформити довідку про взяття на облік ВПО. Документ надасть їй право отримати медичні послуги за новим місцем проживання у державному або комунальному закладі охорони здоров'я. Без довідки ВПО медична допомога надається при невідкладному стані або плановій вакцинації.

Внутрішні переселенці можуть обрати будь-який законтракований НСЗУ заклад, якщо той може забезпечити необхідне лікування. Наявність декларації чи її переукладання з місцевим спеціалістом для цього не обов'язкові (інформація є в електронній системі) [15].

Під час воєнного стану Програма медичних гарантій продовжує діяти, і цього року передбачає 38 пакетів послуг, серед яких: медична допомога породіллям та новонародженим у складних неонатальних випадках, лікування інсульту й інфаркту, мамографія, бронхоскопія, колоноскопія, хірургія одного дня, діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом, лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями й багато іншого.

Також триває програма реімбурсації лікарських засобів (їхню вартість повністю або частково компенсує держава) від серцево-судинних захворювань, цукрового діабету першого/другого типу, нецукрового діабету, бронхіальної астми, розладів психіки та поведінки, епілепсії. З 2023 року реімбурсація передбачатиме відшкодування не лише ліків, а й медичних виробів, наприклад, тест-смужок.

З початком війни всі препарати інсуліну українцям надавали повністю безоплатно, 100% їх вартості аптекам відшкодовувала НСЗУ, і загальна сума сягнула майже 400 млн грн. З 15 липня на 29 інсулінів повернулася доплата в 15% від роздрібною вартості. Повністю безкоштовними для пацієнтів зараз залишаються 47 препаратів [15].

Інсуліни та інші «Доступні ліки» українці можуть отримати як за електронним, так і за паперовим рецептом. Декларація для цього не потрібна.

Виписати рецепт на інсулін може ендокринолог або лікар «первинки» (якщо це повторний рецепт).

Гемодіаліз. Для українців із хронічною хворобою нирок чи нирковою недостатністю лікування в амбулаторних умовах безоплатне. Направлення на нього випишує лікар-нефролог, а пацієнт сам обирає медзаклад, де проводиться лікування (за наявності вільних діалізних місць). Щоб скористатися послугою, потрібно мати декларацію.

Окрім безпосередньо процедури гемодіалізу, пацієнт за цим пакетом безоплатно отримує огляд і контроль ефективності лікування, ліки й медвироби, а також може здати необхідні аналізи.

Антиретровірусна терапія (АРТ). Українці, які живуть із ВІЛ, можуть отримати лікування за місцем фактичного перебування. В Україні це можна зробити в центрах СНІДу або кабінетах «Довіра». Якщо пацієнт виїхав за кордон, то він може звернутися в одну з клінік, що надають подібну допомогу в рамках ініціативи «АРТ українцям за кордоном». Інформація про те, де можна отримати терапію, як в Україні, так і за кордоном, міститься в телеграм-боті #АРТпоруч [15].

Вакцинація. Якщо дитина чи дорослий через воєнні дії пропустили планову вакцинацію за Національним календарем щеплень, необхідно звернутися до сімейного лікаря/педіатра (свого або з найближчого закладу охорони здоров'я, зокрема за кордоном). Декларація для цього не потрібна. Курс щеплень спочатку починати не треба. У такому разі вводять дози, яких не вистачає, за графіком із дотриманням мінімальних інтервалів.

Слід зазначити, що МОЗ у співпраці з Єврокомісією організовує безоплатну медичну евакуацію до більш безпечних регіонів України та за кордон громадян, що потребують високоспеціалізованої і реабілітаційної допомоги, яка не доступна за місцем їхнього перебування. Важкохворі або травмовані внаслідок війни українці можуть подати заявку на Програму медичної евакуації.

У рамках пакетів «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» і «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» були запроваджені нові вагові коефіцієнти діагностично-споріднених груп, що виокремлюють випадки надання стаціонарної допомоги пацієнтам із наслідками мінно-вибухових травм [15].

Військовослужбовці загалом мають право звертатися до цивільних лікарень. Отримують допомогу в державних або комунальних мезакладах вони за рахунок Міноборони чи іншої силової структури, до якої належать.

На цей час є певні кадрові проблеми, пов'язані із міграцією лікарів. Через повномасштабну війну виїхали за кордон чи переїхали в іншу область не лише пацієнти, а й лікарі. Однак залишили країну, за даними МОЗ, не більше 1% медиків, тому великого відтоку фахівців не спостерігається.

Водночас є перерозподілення спеціалістів всередині. Нове місце роботи з 24 лютого 2022 р. й по сьогодні знайшли понад 3600 внутрішньо переміщених медиків.

Захід України на початку війни був перенасичений фахівцями, не для всіх була робота, а от на Сході та Півдні, по лінії фронту, спостерігався брак медпрацівників. Є він і зараз. Наприклад, за даними управління охорони здоров'я Миколаївської ОВА, у регіоні існує кадровий дефіцит. Укомплектованість лікарями становить 63%, середнім медперсоналом – 86%. З початку бойових дій понад 200 лікарів і понад 500 медичних сестер виїхали за межі України [15].

У деяких регіонах – на Запоріжжі, Полтавщині, Дніпропетровщині, на зміну лікарям, що виїхали з регіонів, прийшли спеціалісти, що виїхали з тимчасово окупованих територій.

Ураховуючи складне становище багатьох лікарень, для комунальних медичних закладів, які наразі неспроможні власним коштом забезпечити виплату базової зарплати медикам у розмірі 20 000 грн для лікарів і 13 500 грн для середнього медперсоналу, НСЗУ започаткувала в Програмі медичних гарантій пакет дофінансування, який діятиме до кінця 2022 року. Претендувати

на нього може законтракований комунальний заклад, який, за даними бухгалтерського обліку, неспроможний виконати постанову уряду щодо забезпечення ринкової заробітної плати медпрацівникам [15].

Через планомірне знищення української медичної інфраструктури рашистами і проблеми з логістикою з початку вторгнення лікарні стикнулися з нестачею певних медпрепаратів та обладнання. На допомогу вітчизняній медицині прийшли міжнародні благодійники, українські бізнесмени й волонтери.

Так, за майже шість місяців війни Україна отримала 8500 тонн медичної гуманітарної допомоги на загальну суму понад 12 млрд грн. Це і лікарські засоби, і медичні вироби, зокрема медичне обладнання, і витратні матеріали, і санітарний транспорт, медичні меблі, мобільні госпіталі тощо.

Для обліку гуманітарної допомоги на регіональних складах та її розподілу відповідно до потреб закладів охорони здоров'я МОЗ створило інформаційно-аналітичну систему MedData. Через неї ж лікарні подають запити на потреби. Роблять медзаклади це й через фандрейзингову платформу United24, де переважно висвітлюють потреби в медобладнанні [15].

Поранених українців також приймають на лікування в найкращих спеціалізованих клініках 18 держав. За час війни здійснено медичну евакуацію понад 1 тис. пацієнтів, що дістали складні комбіновані чи мінно-вибухові поранення, опікові травми або мають тяжкі захворювання, які зараз важко лікувати в Україні.

Отримує медична галузь і пряму фінансову допомогу. Через платформу United24 на рахунок МОЗ лише влітку надійшло \$5 млн від державного фонду Катару та ще 200 млн грн було зібрано від благодійників на реанімобілі.

Для оптимального розподілення ресурсу міністерство та ДП «Медичні закупівлі України» працюють зараз над впровадженням електронної системи e-Stock, яка міститиме дані про наявність лікарських засобів і медичних виробів у медзакладах по країні. Дані сервісу будуть публічними, оновлюватимуться в режимі реального часу та міститимуть інформацію про централізовані закупівлі

за бюджетні кошти, закупівлі міжнародних організацій, програму «Доступні ліки», закупівлі за регіональні бюджети тощо [15].

Попри війну в Україні продовжується розпочата ще 2017 року медична реформа, зокрема, настала черга її інфраструктурного етапу. 19 липня 2022 р. набув чинності закон № 2347-ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [30], який передбачає об'єднання мережі закладів охорони здоров'я в кожній області в госпітальний округ, який своєю чергою буде поділений на кластери.

Відповідно до видів медичної допомоги, що надаватимуться, оптимальних клінічних маршрутів пацієнтів і навантаження на медичних працівників, лікарні будуть загальними, кластерними або надкластерними. Зараз, нагадаємо, поділ іде на міські, районні й обласні, які часто дублюють функції одна одної.

Згідно з нововведеннями, кожен заклад охорони здоров'я матиме визначений функціонал. Базові послуги надаватимуть у загальних лікарнях, якомога ближче до пацієнта, а високоспеціалізовані чи вузькопрофільні – у кластерних і надкластерних [30].

Такий підхід, серед іншого, передбачає забезпечення медичних закладів тим обладнанням, яке відповідає їхньому рівню надання послуг, щоб ефективніше використовувати ресурси.

Як зазначили в МОЗ, до кінця 2022 р. будуть визначені надкластерні, кластерні й загальні лікарні та їхня роль у найбільш пріоритетних медичних послугах, а Кабмін затвердить межі кожного госпітального округу та кластерів, на які він поділений.

## РОЗДІЛ 2

### ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШАХТАРІВ ЯК ПЕРЕДУМОВА РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА РАКУ ЛЕГЕНЬ

#### **2.1. Аналіз ситуації у сфері захворюваності на туберкульоз в Україні: сучасний стан та проблеми**

Туберкульоз є глобальною проблемою системи охорони здоров'я як одна з 10 провідних причин смерті у світі. За даними ВООЗ, Україна належить до 27 країн світу, в яких зосереджено 85 % захворюваності на туберкульоз, і посідає 4 місце у світі за його поширеністю. Особливості епідемічної ситуації із туберкульозу загострили проблему хвороби на туберкульоз самих працівників закладів охорони здоров'я, і зробили її соціальнозначущою [11].

Сьогодні ситуація із захворюваністю на туберкульоз у нашій країні дуже складна, і на цей час вона лише загострюється, і не тільки у зв'язку з війною, а й із масовим закриттям спеціалізованих медичних закладів, які надавали допомогу хворим на туберкульоз ще в довоєнний період (з початком медичної реформи у 2016 році).

Слід зазначити, що ще у 1995 році в Україні була проголошена епідемія туберкульозу – на той час захворюваність стрімко збільшувалась і перевищила епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. З 1995 року рівень захворюваності на туберкульоз збільшився майже удвічі, і в 2005 році, коли реєстрували найвищий рівень цього показника, він становив 84,1 випадки на 100 тис. населення.

Для порівняння сучасного стану із ситуацію, що склалася у сфері захворюваності на туберкульоз в останні 10 років, зазначимо, що у 2013 році в Україні захворюваність на туберкульоз становила 67,9 випадки на 100 тис. населення, смертність від туберкульозу – 14,1 на 100 тис. населення. Відповідно до соціальної структури вперше виявлених хворих (за даними 2013 року) показав, що серед тих, які вперше захворіли 56,0 % склали безробітні

особи працездатного віку, 12,9 % – пенсіонери, 3,0 % – особи без постійного місця проживання; 1,0 % – особи, які повернулись з місць позбавлення волі. Серед захворілих соціально незахищені верстви населення становили понад 70 % [52].

Захворюваність дітей на органний туберкульоз в Україні у той період становила 11,7 на 100 тис. населення. Завдяки системі ранньої діагностики і профілактики туберкульозу у дітей відсоток вперше діагностованих хворих дітей серед загальної кількості вперше діагностованих хворих у країні склав 1,8 %, що значно нижче, ніж у більшості країн (за даними ВООЗ цей відсоток коливався від 3 % до 25 % і вище). Захворюваність на туберкульоз у дітей підліткового віку була в 3 рази вища, ніж у дітей до 14 років і склала в останні роки 24–28,1 на 100 тис. (у 2013 р. – 24,7 на 100 тис.). В умовах епідемії має місце достатньо висока інфікованість дітей.

За даними прес-служби Міністерства охорони здоров'я України, на сучасному етапі Україна віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз та посідає за цим показником сьоме місце в Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я після Росії, Грузії, Киргизстану, Румунії, Молдови та Казахстану [21].

Показник смертності від туберкульозу за 15 останніх років збільшився у 2,9 рази. Цей показник у 2005 році становив 25,6 на 100 тис. населення. У 2007 році він, у порівнянні з попереднім 2006 роком, також не мав тенденції до зниження, і становив 22,6 на 100 тис. населення, а вже у 2019 – 2020 роках ці показники змінилися не в кращу сторону.

Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України» визначив показники захворюваності на туберкульоз в Україні за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року (згідно щоквартальної форми звітності № 33-коротка «Звіт про хворих на туберкульоз») [27], і направив їх керівникам територіальних інформаційно-аналітичних центрів медичної

статистики та обласних протитуберкульозних диспансерів для вивчення та прийняття рішень щодо дій в умовах такої статистики.

У документі [27] зазначається, що захворюваність на активний туберкульоз, включаючи його рецидиви, серед усього населення України за I квартал 2020 року в порівнянні з аналогічним періодом 2019 року, наступна (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

## Захворюваність на активний туберкульоз [27]

№ п/п	Адміністративні території	Всього				± % (рази) до 2020 року
		Абсолютні числа		На 100 тис, населення		
		2020	2021	2020	2021	
1	АР Крим*	-	-	-	-	-
2	Вінницька	232	192	14,8	12,4	-16,2 %
3	Волинська	205	182	19,8	17,6	-11,1 %
4	Дніпропетровська	581	681	18,0	21,3	+18,3 %
5	Донецька*	381	304	19,8	16,0	-19,2 %
6	Житомирська	259	173	21,0	14,2	-32,4 %
7	Закарпатська	250	270	19,9	21,5	+8,0 %
8	Запорізька	351	235	20,4	13,8	-32,4 %
9	Івано-Франківська	205	154	14,9	11,2	-24,8 %
10	Київська	387	356	22,1	20,2	-8,6 %
11	Кіровоградська	205	185	21,6	19,7	-8,8 %
12	Луганська*	119	103	17,2	15,0	-12,8 %
13	Львівська	505	394	20,1	15,7	-21,9 %
14	Миколаївська	205	182	18,0	16,1	-10,6 %
15	Одеська	860	759	36,3	32,0	-11,8 %
16	Полтавська	206	173	14,7	12,4	-15,6 %
17	Рівненська	189	154	16,3	13,3	-18,4 %
18	Сумська	193	112	17,7	10,4	-41,2 %
19	Тернопільська	129	70	12,3	6,7	-45,5 %
20	Харківська	335	303	12,5	11,4	-8,8 %
21	Херсонська	226	193	21,6	18,6	-13,9 %
22	Хмельницька	207	159	16,3	12,6	-22,7 %
23	Черкаська	185	180	15,2	15,0	-1,3 %
24	Чернівецька	97	74	10,7	8,2	-23,4 %
25	Чернігівська	190	163	18,8	16,3	-13,3 %
26	м. Київ	392	298	13,5	10,2	-24,4 %
Україна		7 094	6049	16,8	14,4	-14,3 %

\* Тут і далі враховується, що Донецька та Луганська адміністративна територія підконтрольні Уряду України, показники розраховані на населення зазначених територій. Дані по АР Крим та м. Севастополь – видалено з таблиць, тому як дані відсутні.

Показники захворюваності на активний туберкульоз серед усього населення (без рецидивів) України за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) [27]**

№ п/п	Адміністративні території	Всього				± % (рази) до 2019 року
		Абсолютні числа		На 100 тис, населення		
		2020	2021	2020	2021	
2	Вінницька	175	156	11,2	10,0	-10,7 %
3	Волинська	168	135	16,2	13,1	-19,1 %
4	Дніпропетровська	458	568	14,2	17,7	+24,6 %
5	Донецька*	316	259	16,4	13,6	-17,1 %
6	Житомирська	224	140	18,2	11,5	-36,8 %
7	Закарпатська	225	238	17,9	19,0	+6,1 %
8	Запорізька	270	172	15,7	10,1	-35,7 %
9	Івано-Франківська	175	128	12,7	9,3	-26,8 %
10	Київська	335	313	19,2	17,8	-7,3 %
11	Кіровоградська	180	156	19,0	16,6	-12,6 %
12	Луганська*	104	83	15,0	12,1	-19,3 %
13	Львівська	398	331	15,8	13,2	-16,5 %
14	Миколаївська	167	156	14,6	13,8	-5,5 %
15	Одеська	714	618	30,1	26,1	-13,3 %
16	Полтавська	163	144	11,6	10,3	-11,2 %
17	Рівненська	150	131	12,9	11,3	-12,4 %
18	Сумська	156	88	14,3	8,2	-42,7 %
19	Тернопільська	101	61	9,6	5,9	-38,5 %
20	Харківська	272	237	10,2	8,9	-12,7 %
21	Херсонська	177	144	16,9	13,9	-17,8 %
22	Хмельницька	159	130	12,5	10,3	-17,6 %
23	Черкаська	146	138	12,0	11,5	-4,2 %
24	Чернівецька	85	61	9,4	6,8	-27,7 %
25	Чернігівська	154	126	15,2	12,6	-17,1 %
26	м. Київ	346	260	12,0	8,9	-25,8 %
	Україна	5 818	4 973	13,8	11,8	-14,5 %

Інші показники захворюваності на активний туберкульоз (без рецидивів) серед усього населення України за I квартал 2021 року (за напрямком зниження показника) представлені у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) [27]**

Рейтинг	Адміністративні території	Показник на 100 тис. населення
1	Одеська	26,1
2	Закарпатська	19,0
3	Київська	17,8
4	Дніпропетровська	17,7
5	Кіровоградська	16,6
6	Херсонська	13,9
7	Миколаївська	13,8
8	Донецька*	13,6
9	Львівська	13,2
10	Волинська	13,1
11	Чернігівська	12,6
12	Луганська*	12,1
13	Житомирська	11,5
14	Черкаська	11,5
15	Рівненська	11,3
16	Полтавська	10,3
17	Хмельницька	10,3
18	Запорізька	10,1
19	Вінницька	10,0
20	Івано-Франківська	9,3
21	Харківська	8,9
22	м. Київ	8,9
23	Сумська	8,2
24	Чернівецька	6,8
25	Тернопільська	5,9
Україна		11,8

Нижче наведено показники захворюваності на активний туберкульоз легень (без рецидивів) серед усього населення України за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Захворюваність на активний туберкульоз легень (без рецидивів) [27]**

№ п/п	Адміністративні території	Всього				± % (рази) до 2020 року
		Абсолютні числа		На 100 тис, населення		
		2020	2021	2020	2021	
2	Вінницька	153	141	9,8	9,1	-7,1 %
3	Волинська	144	120	13,9	11,6	-16,5 %
4	Дніпропетровська	408	518	12,6	16,2	+28,6 %
5	Донецька*	289	244	15,0	12,8	-14,7 %
6	Житомирська	203	122	16,5	10,0	-39,4 %
7	Закарпатська	219	225	17,4	17,9	+2,9 %

8	Запорізька	241	156	14,0	9,1	-35,0 %
9	Івано-Франківська	159	117	11,6	8,5	-26,7 %
10	Київська	306	277	17,5	15,7	-10,3 %
11	Кіровоградська	160	141	16,8	15,0	-10,7 %
12	Луганська*	98	80	14,1	11,7	-17,0 %
13	Львівська	362	313	14,4	12,5	-13,2 %
14	Миколаївська	156	149	13,7	13,2	-3,6 %
15	Одеська	591	547	24,9	23,1	-7,2 %
16	Полтавська	154	137	11,0	9,8	-10,9 %
17	Рівненська	128	113	11,0	9,8	-10,9 %
18	Сумська	138	81	12,6	7,5	-40,5 %
19	Тернопільська	90	55	8,6	5,3	-38,4 %
20	Харківська	239	217	8,9	8,2	-7,9 %
21	Херсонська	160	138	15,3	13,3	-13,1 %
22	Хмельницька	148	117	11,6	9,3	-19,8 %
23	Черкаська	125	107	10,3	8,9	-13,6 %
24	Чернівецька	72	58	8,0	6,4	-20,0 %
25	Чернігівська	145	120	14,3	12,0	-16,1 %
26	м. Київ	312	224	10,8	7,7	-28,7 %
Україна		5 200	4517	12,3	10,8	-12,2 %

Слід звернути увагу і на показники захворюваності на активний туберкульоз у поєднанні зі СНІД (без рецидивів) серед усього населення України за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні зі СНІД [27]**

№ п/п	Адміністративні території	Всього				± % (рази) до 2020 року
		абсолютні числа		на 100 тис, населення		
		2020	2021	2020	2021	
2	Вінницька	11	16	0,70	1,03	+47,1 %
3	Волинська	8	16	0,80	1,55	+2,2 рази
4	Дніпропетровська	167	124	5,20	3,87	-25,6%
5	Донецька*	96	82	5,00	4,30	-14,0%
6	Житомирська	29	0	2,40	0,00	-
7	Закарпатська	8	8	0,60	0,64	+6,7 %
8	Запорізька	37	18	2,20	1,06	-2,1 рази
9	Івано-Франківська	8	6	0,60	0,44	-26,7 %
10	Київська	71	68	4,10	3,86	-5,9 %
11	Кіровоградська	42	39	4,40	4,15	-5,7 %
12	Луганська*	12	8	1,70	1,17	-31,2 %
13	Львівська	50	29	2,00	1,16	-42,0 %
14	Миколаївська	41	43	3,60	3,80	+5,6 %
15	Одеська	269	244	11,30	10,30	-8,8 %
16	Полтавська	20	17	1,40	1,22	-12,9 %
17	Рівненська	20	11	1,70	0,95	-44,1 %

18	Сумська	17	9	1,60	0,83	-48,1 %
19	Тернопільська	5	1	0,50	0,10	-5,0 разів
20	Харківська	35	22	1,30	0,83	-36,2 %
21	Херсонська	32	19	3,10	1,83	-41,0 %
22	Хмельницька	14	11	1,10	0,87	-20,9 %
23	Черкаська	31	31	2,60	2,58	-0,8 %
24	Чернівецька	8	3	0,90	0,33	-2,7 рази
25	Чернігівська	39	17	3,90	1,70	-2,3 рази
26	м. Київ	77	62	2,70	2,13	-21,1 %
Україна		1 147	904	2,70	2,15	-20,4 %

Захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) серед дітей віком 0-14 років включно за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року представлена у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

### Захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) серед дітей [27]

№ п/п	Адміністративні території	Діти віком 0-14 років включно				± % (рази) до 2020 року
		абсолютні числа		на 100 тис, населення		
		2020	2021	2020	2021	
1	АР Крим	-	-	-	-	-
2	Вінницька	9	10	3,70	4,12	+11,4 %
3	Волинська	4	3	2,00	1,47	-26,5 %
4	Дніпропетровська	15	13	3,00	2,61	-13,0 %
5	Донецька*	6	1	2,30	0,39	-5,9 рази
6	Житомирська	10	3	4,90	1,48	- 3,3 рази
7	Закарпатська	5	5	2,00	2,00	=
8	Запорізька	12	10	4,70	3,99	-15,1 %
9	Івано-Франківська	6	2	2,50	0,85	-2,9 рази
10	Київська	11	13	3,70	4,31	+16,5 %
11	Кіровоградська	5	7	3,50	4,91	+40,3 %
12	Луганська*	1	0	1,10	0,00	-
13	Львівська	6	5	1,50	1,21	-19,3 %
14	Миколаївська	2	3	1,10	1,70	+1,5 рази
15	Одеська	16	10	4,00	2,48	-38,0 %
16	Полтавська	2	0	1,00	0,00	-
17	Рівненська	4	2	1,70	0,84	-2,0 рази
18	Сумська	4	1	2,70	0,70	-3,9 рази
19	Тернопільська	0	1	0,00	0,60	-
20	Харківська	10	9	2,70	2,44	-9,6 %
21	Херсонська	8	4	4,70	2,38	-49,4 %
22	Хмельницька	0	1	0,00	0,50	-
23	Черкаська	5	6	2,90	3,55	+22,4 %
24	Чернівецька	0	0	0,00	0,00	-
25	Чернігівська	7	1	5,10	0,74	-6,9 рази
26	м. Київ	11	5	2,30	1,03	-2,2 рази
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-
Україна		159	115	2,40	1,77	-26,3 %

В аналітично-статистичних матеріалах стосовно туберкульозу, представлених Центром громадського здоров'я МОЗ України, також є інформація по інші показники захворюваності (близько 20 таблиць), наприклад, бачимо наступне:

– захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) серед дітей-підлітків віком 15-17 років включно за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року зросла на 2,2 %;

– захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) серед дітей віком 0-17 років включно за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року знизилася на 20,0 %;

– захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) серед дорослого населення віком 18 років і старших за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року знизилася на 13,6 %;

– захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) серед міського населення за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року знизилася на 13,5 %;

– захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) серед сільського населення за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2020 року знизилася на 14,7%.

У цілому, контингент хворих на активний туберкульоз за I квартал 2021 року в порівнянні з аналогічним періодом 2021 року представлений у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

### Контингент хворих на активний туберкульоз [27]

№ п/п	Адміністративні території	Всього			
		абсолютні числа		на 100 тис, населення	
		2020	2021	2020	2021
2	Вінницька	896	992	57,1	63,9
3	Волинська	717	685	69,2	66,3
4	Дніпропетровська	3 595	3 425	111,4	106,9
5	Донецька	1 478	1 279	76,7	67,1
6	Житомирська	1 417	1 203	115,0	98,5
7	Закарпатська	1 142	1 244	91,0	99,2
8	Запорізька	1 707	1 389	99,1	81,5
9	Івано-Франківська	781	659	56,8	48,1

10	Київська	1 578	1 513	90,2	85,9
11	Кіровоградська	994	958	104,6	102,0
12	Луганська	598	515	86,3	75,2
13	Львівська	1 454	1 159	57,9	46,3
14	Миколаївська	1 431	1 251	125,5	110,7
15	Одеська	3 969	3 488	167,3	147,2
16	Полтавська	995	967	70,8	69,4
17	Рівненська	805	806	69,4	69,7
18	Сумська	710	547	65,0	50,7
19	Тернопільська	508	244	48,4	23,4
20	Харківська	1 485	1 502	55,4	56,5
21	Херсонська	1 012	898	96,8	86,7
22	Хмельницька	806	707	63,4	56,0
23	Черкаська	916	827	75,3	68,8
24	Чернівецька	464	478	51,3	53,0
25	Чернігівська	912	783	90,2	78,5
26	м, Київ	1 403	1 262	48,5	43,4
Україна		31 773	28 781	75,3	68,6

Слід зазначити, що епідемія туберкульозу в Україні, яка була задекларована ще у 1995 році, має дві особливості. По-перше, спостерігається взаємозалежність швидкості поширення туберкульозу від епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та поширенням наркоманії. Друга – високий рівень хіміо-резистентних форм: первинної – 30 % та вторинної – 75 %. За даними ВООЗ, в Україні мультирезистентний туберкульоз мають 16 % хворих, яким вперше встановили діагноз туберкульозу, та 44 % хворих із рецидивом захворювання [4]. Водночас очевидно недостатнє фінансування регіональних програм протидії туберкульозу. Крім того, у жодному регіоні не забезпечується належне харчування хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу за нормами, передбаченими відповідною постановою уряду.

У фтизіатричній службі найбільшчим питанням залишається недостатнє кадрове забезпечення в усіх регіонах країни, а також висока захворюваність на туберкульоз серед самих медичних працівників.

Щодо причин, через які неможливо в найкоротші терміни покращити епідеміологічну ситуацію з туберкульозом, у МОЗ України вказують, що епідемія туберкульозу є надзвичайно «інерційною системою» у своїй реакції на навіть правильну і вчасну протидію епідемічним проявам.

Тобто, регресія епідемії туберкульозу в Україні може бути відстрочена у часі на 5-6 років.

Крім того, існують як об'єктивні, так і суб'єктивні причини виникнення такої ситуації, насамперед:

- швидкі темпи зростання кількості хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз та туберкульоз із медикаментозною стійкістю до протитуберкульозних препаратів;

- вкрай незадовільне матеріально-технічне забезпечення протитуберкульозних закладів та лабораторій;

- відсутність лабораторії, яка б у повному обсязі виконувала функції центральної лабораторії країни, і забезпечувала контроль за якістю діагностики туберкульозу;

- високий відсоток хворих, які переривають лікування (від 4,9 до 33 %), що є однією з основних причин розвитку стійких до протитуберкульозних препаратів форм туберкульозу тощо.

Варто задуматися, що у 2016 році загальна кількість пацієнтів в Україні склала близько 365 тис. людей, у той час, як за 4 роки до того, в 2012 році, їх було 457 тис. Пояснити «зникнення» із статистики майже 100 тис. пацієнтів тільки їхнімвилікуванням, еміграцією, залишенням на окупованих територіях і смертю неможливо, тому ймовірним здається втручання «парамедичних» факторів, про природу яких можна тільки здогадуватися. Подібне здивування викликає і інформація про зменшення захворюваності на туберкульоз у 2015 році, порівняно з 2014 роком, з 82 до 60 випадків на 100 тис. населення. За розрахунками міжнародних експертів, цей показник для України насправді має бути більшим – понад 100 випадків на 100 тисяч населення. У республіці Білорусь він складав 40, в Польщі – 17, а для країн ЄС у середньому 12.

До війни Україна займала 4 місце за рівнем захворюваності на туберкульоз дорослих та 5 місце за рівнем захворюваності дітей [47] (на жаль, дані за 2022 рік у вільному доступі відсутні).

Як зазначалося вище, щороку спеціалісти ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» готують аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» та пакет документів про стан захворюваності на туберкульоз у регіонах України [1] (див. табл. 1.1 – 1.5, що стосуються I кварталу 2021 року). У додатку А наведено таблиці зі статистичними даними по новим захворюванням на туберкульоз в Україні та по забезпеченості лікарняними ліжками для хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України (додаток А, табл. А.1 та А.2).

Згідно з статистичними даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2020 рік захворюваність на активний туберкульоз, включаючи його рецидиви, серед населення України складає 19 016 осіб, з них дітей до 17 років – 605, а захворюваність на активний туберкульоз (без рецидивів) – 15 562 осіб, з них дітей до 17 років – 589 [52].

Україна є активним членом ВООЗ, яка ще в 2015 році схвалила глобальну стратегію «Покласти край туберкульозу» та план дій щодо боротьби з туберкульозом для Європейського регіону на 2016-2020 роки [26].

Зростання захворюваності на туберкульоз, що спостерігалось в країні з 1998 року, фактично було призупинено у 2004 році і, починаючи з 2007 року, його показники знижено. За даними ВООЗ, в Україні поширеність і захворюваність на туберкульоз з 2007 року мають тенденцію до зниження щороку в середньому на 4,4 відсотка і 3,3 відсотка відповідно.

Розрахункова захворюваність на туберкульоз у 2016 році становила 87 на 100 тис. населення, проте, за статистичними даними, захворюваність на туберкульоз становить 67,6 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляють приблизно 22,5 % випадків захворювання на туберкульоз, що є сприятливим для подальшого його поширення серед населення. Поточний показник поширеності туберкульозу становить 82,1 на 100 тис. населення, що майже у три рази перевищує показник цільових завдань, визначених глобальним планом дій «Зупинити туберкульоз» [26].

У 2014 році Україна вперше увійшла до п'ятірки країн світу з найвищим показником мультирезистентного туберкульозу. Протягом останніх років спостерігається зростання кількості випадків мультирезистентного туберкульозу з 3482 у 2009 році до 7778 у 2016 році. Це було частково пов'язано із впровадженням сучасних молекулярно-генетичних методів діагностики та значною мірою обумовлено неналежною організацією лікування хворих на туберкульоз з переважним лікуванням в умовах стаціонару, що сприяло внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на туберкульоз резистентними до протитуберкульозних препаратів штамми мікобактерії туберкульозу, дефіцитом у забезпеченні протитуберкульозними препаратами для хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз з розширеною резистентністю, недостатнім безпосереднім контролем за лікуванням, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих під час лікування та управління побічними реакціями на протитуберкульозні препарати.

За результатами першого національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу в Україні, рівень мультирезистентного туберкульозу серед хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульозу, становить 24,1 % та 58,1 % – серед хворих з повторними випадками туберкульозу. Проте згідно зі статистичними даними, рівень мультирезистентного туберкульозу помітно нижчий порівняно з результатами аналізу медикаментозної стійкості, що вказує на недостатній рівень доступності для хворих на туберкульоз до сучасних методів діагностики та потребує забезпечення стовідсоткового охоплення діагностикою за допомогою сучасних молекулярно-генетичних методів.

Також зростає кількість випадків майже невиліковного туберкульозу з розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів, їх частка становить 14,7 % загальної кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз.

Однією з основних причин високого показника туберкульозу та мультирезистентного туберкульозу в Україні є низька ефективність лікування серед нових випадків і рецидивів, що становить 74,2 %, та є другим найнижчим результатом лікування в Європейському регіоні. Результат успішного лікування мультирезистентного туберкульозу також є одним із найнижчих в Європейському регіоні та становить 46 %. Це зумовлено, насамперед, дефіцитом у забезпеченні протитуберкульозними препаратами для хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз з розширеною резистентністю, неналежним рівнем виявлення та лікування побічних реакцій на протитуберкульозні препарати, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих під час лікування туберкульозу.

Одночасно з поширенням епідемії вірусу імунодефіциту людини (далі – ВІЛ-інфекція/СНІД) спостерігається високий рівень захворюваності на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, що становив 13,2 на 100 тис. населення у 2016 році при розрахунковому показнику 20 на 100 тис., що свідчить про низький рівень діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб. Відзначається низький рівень охоплення пацієнтів з ко-інфекцією – туберкульозом та ВІЛ-інфекцією/СНІДом антиретровірусною терапією та профілактичним лікуванням котримоксазолом – 75,9 % та 82,4 % відповідно [41].

Ускладнюється ситуація щодо туберкульозу і посиленням внутрішніх міграційних процесів населення з Донецької та Луганської областей, в яких до конфлікту було зосереджено приблизно 15 % усіх хворих на туберкульоз в країні. Серед загальної кількості хворих на туберкульоз серед внутрішньо переміщених осіб значна частина перериває лікування (5-25 %). Особливої уваги потребує питання щодо поширення серед внутрішньо переміщених осіб мультирезистентного туберкульозу (35,6 %) та туберкульозу з розширеною резистентністю (4,9 %), туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІДом (20,7 %).

Отже, в умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через війсьничий конфлікт на Сході країни, прогнозується погіршення епідемічної ситуації щодо туберкульозу, коінфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД), що потребуватиме проведення додаткових організаційних заходів та фінансових витрат.

Як зазначалося вище, проблема туберкульозу вже давно вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу, враховуючи, що туберкульоз є соціально небезпечною інфекційною хворобою, основними чинниками якого є політичні, соціальні, економічні аспекти, а наслідки несуть у собі загрозу економіці і національній безпеці нашої держави.

Саме це спричинило необхідність впровадження міжгалузевого комплексного підходу до формування та реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу шляхом об'єднання зусиль державного та неурядового сектору із залученням міжнародної технічної підтримки [2].

Усе це актуалізує необхідність впровадження принципово нової за своїми концептуальними засадами загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз, зокрема, у повоєнний період до 2027 року. З огляду на зазначене існує необхідність перегляду та зміни підходів до організації, планування і фінансування програм протидії туберкульозу відповідно до нових глобальних стратегій та керівних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), зокрема нової глобальної стратегії ВООЗ «Покласти край туберкульозу» та цільових орієнтирів комплексного плану дій щодо боротьби з туберкульозом у Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2020 роки [26], які будуть покладені в основу нової програми.

Отже, одним із нових стратегічних напрямів є впровадження моделі протитуберкульозної допомоги, орієнтованої на потреби людей з акцентом на лікування на амбулаторному етапі зі стійкими механізмами фінансування та оплати, що розроблені для досягнення більш високих результатів у сфері

профілактики та лікування туберкульозу. До такої групи людей, зокрема, віднесено професійну групу шахтарів, які мають професійні захворювання, що насамперед обумовлюють виникнення туберкульозу та раку легень. Саме для цієї групи людей дуже важливою є профілактика цих захворювань, а також реабілітація у випадку виникнення певної хвороби.

## **2.2. Реалізація державної політики у сфері протидії туберкульозу**

Сучасна державна політика України у сфері охорони здоров'я завжди була спрямована на збереження та зміцнення здоров'я, профілактику та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я.

Зазначене безпосередньо стосується сфери захворюваності на туберкульоз. Як зазначалося вище, поширення захворюваності на туберкульоз є однією з основних причин втрати працездатності, здоров'я, інвалідності та смертності серед населення України і свідчить про наявність проблеми бідності, соціальної незахищеності від туберкульозу, та потребує збільшення обсягу видатків з державного бюджету.

Питання протидії туберкульозу в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики охорони здоров'я і соціального розвитку. Боротьба з туберкульозом є предметом міжнародних зобов'язань України в частині виконання положень Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

Світовий досвід свідчить, що для усунення проблем, пов'язаних з туберкульозом, необхідно забезпечити реалізацію державної політики у сфері профілактики, своєчасного виявлення та лікування хворих шляхом об'єднання зусиль органів державної влади та громадськості [47].

Вітчизняне законодавство України у сфері протидії захворюванню на туберкульоз складається з таких документів:

- Основ законодавства України про охорону здоров'я [25];
- Законів України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» [36], «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [32], «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [25], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [34];
- інших нормативно-правових актів та документів, прийнятих відповідно до них, зокрема, загальнодержавних цільових соціальних програм протидії захворюванню на туберкульоз [33; 37].

Головною метою останніх є стабілізація рівня захворюваності, зниження рівня смертності та підвищення ефективності лікування хворих на чутливий туберкульоз, хіміорезистентний туберкульоз, коінфекцію туберкульоз/ВІЛ (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД) [33; 37].

У Законі України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» [36] визначено правові, організаційні та фінансові засади діяльності, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, забезпечення медичної допомоги хворим на туберкульоз, і встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.

До основних засад реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз віднесено наступне [36]:

1. Протидія захворюванню на туберкульоз є складовою державної політики щодо забезпечення якісної і доступної медичної допомоги, реалізації державних цільових програм лікування найбільш поширених небезпечних для здоров'я і життя людини захворювань, проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів з метою ранньої діагностики захворювань, надання гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги.

2. Здійснення протитуберкульозних заходів, забезпечення кожному громадянину в разі захворювання на туберкульоз безоплатності, доступності та рівних можливостей отримання відповідної медичної допомоги належать до завдань центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування.

У Законі України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» [36] також визначено державні гарантії у сфері протидії поширенню захворювання на туберкульоз, до яких віднесено наступне:

1. Медична допомога, туберкулінодіагностика, хіміопрофілактика туберкульозу (хіміопрофілактика) та санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз у державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснюються (надаються) безоплатно.

2. Під час лікування хворі на туберкульоз безперервно та безоплатно забезпечуються протитуберкульозними препаратами відповідно до їх переліку і обсягів, затверджених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

3. Хворі на туберкульоз, а також малолітні і неповнолітні особи, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, під час стаціонарного чи санаторно-курортного лікування у протитуберкульозних закладах безоплатно забезпечуються харчуванням за нормами, встановленими Кабінетом Міністрів України.

У зазначеному законі також визначені повноваження Кабінету Міністрів України у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, а також повноваження органів місцевого самоврядування у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.

Що стосується організації надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та здійснення інших заходів щодо запобігання його поширенню

серед населення, то обов'язковим є своєчасне виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу.

Виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, забезпечується медичними працівниками відповідно до стандарту медичної допомоги у разі звернення особи за отриманням медичної допомоги до медичного закладу чи до медичного працівника, який здійснює медичну практику. При цьому у разі виявлення особи з будь-якими ознаками туберкульозу чи у разі звернення контактної особи медичний працівник зобов'язаний направити її для подальшого обстеження до лікаря-спеціаліста (фтизіатра) чи до відповідного протитуберкульозного закладу [36].

З метою своєчасного виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, та запобігання поширенню цього захворювання мають здійснюватися обов'язкові профілактичні медичні огляди на туберкульоз. Обов'язкові профілактичні медичні огляди на туберкульоз у державних і комунальних закладах охорони здоров'я проводяться безоплатно. Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Обов'язковим профілактичним медичним оглядам на туберкульоз підлягають, зокрема, такі групи населення:

- малолітні та неповнолітні особи (щорічно);
- працівники окремих професій (зокрема, шахтарі), виробництв та організацій, професійна діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення та/або виконанням робіт, під час здійснення яких є високий ризик зараження збудником захворювання на туберкульоз інших осіб (до прийняття на роботу та надалі у строки, визначені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я);

- студенти вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації (перед початком проходження виробничої практики);
- особи, які тримаються в установах виконання покарань (під час прибуття до цих установ, а в подальшому – не рідше одного разу на рік та за місяць до звільнення);
- особи, стосовно яких суд обрав запобіжний захід у вигляді взяття під варту (протягом першої доби з моменту взяття під варту);
- особи, звільнені з установ виконання покарань (протягом місяця після прибуття до місця проживання чи перебування);
- особи, віднесені до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, зокрема, соціально дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію (щорічно) [36].

У разі погіршення епідемічної ситуації щодо захворюваності на туберкульоз за поданням головного державного санітарного лікаря адміністративної території, на якій показники захворюваності на туберкульоз значно перевищують усталений рівень для даної території, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування приймають рішення про проведення позачергових обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз осіб, які підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, чи інших груп населення, серед яких рівень захворюваності значно перевищує середній показник на відповідній території.

Для надання спеціалізованої медичної допомоги дітям з активними формами туберкульозу та дітям з груп ризику стосовно захворюваності на туберкульоз, для забезпечення ефективності медичної реабілітації, тривалості та стійкості її результатів у дітей та підлітків були створені дитячі протитуберкульозні санаторії, зокрема комунальні, діяльність яких чітко визначена законодавством України [47].

Аналогічні санаторії-профілакторії створюються і для працівників професій, пов'язаних із роботою у шахтах – тому що вони у першу чергу відносяться до групи ризику.

Як зазначалося вище, в Україні, згідно із Законом «Про протидію захворюванню на туберкульоз» [36] медична допомога, туберкулінодіагностика, хіміопрофілактика туберкульозу та санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз у державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснюються безоплатно. Разом з тим, статтею 20 цього Закону визначено, що хворі на туберкульоз та інфіковані мікобактеріями туберкульозу мають право, зокрема, на безоплатне санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань в межах коштів, виділених бюджетом.

Проте, вже з 01 квітня 2020 року виникла загроза відсутності бюджетного фінансування комунальних протитуберкульозних санаторіїв, а це означає, що є загроза припинення діяльності цих закладів, а для дітей та дорослих з туберкульозними захворюваннями – відсутність доступу до адекватної та ефективної медичної допомоги з санаторного лікування та реабілітації. Така ситуація призведе до поширення туберкульозу серед населення нашої держави, і буде мати вкрай негативні наслідки для країни в цілому та її іміджу у світі. Разом з тим, в Україні функціонують окремі приватні заклади, які займаються питаннями профілактики та реабілітації туберкульозу, виникнення якого, зокрема, може бути пов'язано з професійними (хронічними) захворюваннями певної цільової групи людей.

### **2.3. Професійні захворювання шахтарів та їх профілактика**

Вугільна промисловість відноситься до основних галузей промисловості з небезпечними, шкідливими та важкими умовами праці, які зумовлюють значний вплив на стан здоров'я працівників. Очевидно, що велика кількість професійних захворювань спричинена не тільки умовами праці, а й недоліками в діагностиці професійних захворювань на ранній стадії їх розвитку.

Слід зазначити, що ріст професійної захворюваності шахтарів пояснюється наступним.

На багатьох шахтах зменшено обсяги видобування вугілля у зв'язку з відсутністю пластів. Так, наприклад, ПАТ «Львівська вугільна компанія» з 2019 року перебуває в стані припинення (триває санація). Як наслідок – частина працівників знаходиться у пошуках роботи, інші, які пропрацювали більше 10 років у підземних умовах, звертаються до медичних закладів для обстеження їх стану здоров'я з наступним встановленням їм професійного захворювання.

На ВП «Шахта «Межирічанська», ВП «Шахта «Великомостівська», ВП «Шахта «Відродження» ДП «Львіввугілля» є недостатнім фінансування витрат на охорону праці. У цілому, на оновлення засобів механізації на 2020 рік шахтам необхідно було 900 млн. грн. Протягом 2019 – 2020 років бюджетних коштів на потреби охорони праці ДП «Львіввугілля» не виділено [40].

Однією з причин збільшення кількості професійних захворювань є соціальний фактор: особи, які мають стаж роботи у шкідливих умовах понад 10 років – оформляють професійні захворювання з метою отримання матеріального забезпечення.

У професії шахтарів існує багато несприятливих факторів, що впливають на стан їх здоров'я. Причинами професійної захворюваності у вугільній промисловості стали фактори виробничого середовища та трудового процесу [40]:

- вугільний пил – запиленість повітря робочої зони перевищує встановлений рівень в 20 і більше разів (гранично допустима концентрація (ГДК) – 4 мг/м<sup>3</sup>);
- мікроклімат (температура повітря, відносна вологість повітря, швидкість руху повітря);
- шум перевищує встановлений рівень (80 дБа) на 4-5 дБа;
- вібрація (локальна, загальна);
- важкість і напруженість праці у працівників.

Отже, основними несприятливими факторами на робочих місцях у вугільних шахтах є: висока запиленість повітря, виділення шкідливих газів метану, вуглекислоти, окису вуглецю, сірчистого газу, окислів азоту, шум і

вібрація, несприятливий мікроклімат, температура повітря досягає 27-38°C, а відносна вологість – 96-100%, тяжка фізична праця, змушена робоча поза [23].

Разом із тим, найбільш важливими причинами професійної захворюваності у вугільній промисловості є висока запиленість й загазованість робочої зони та виділення шкідливих газів.

До основних передумов виникнення професійних захворювань у шахтарів відносяться наступні [40]:

- недосконалість механізмів та робочого інструменту;
- недосконалість технологічного процесу;
- неефективність роботи засобів індивідуального захисту.

Що стосується структури професійних захворювань шахтарів, то закладами охорони здоров'я встановлено працівникам вугільної промисловості 1166 діагнозів внаслідок професійного захворювання.

Так, у структурі професійних захворювань шахтарів перше місце належить хворобам органів дихання (хронічний бронхіт – 254, пневмокніоз – 166). На другому місці – захворювання опорно-рухового апарату (радикулопатія – 238). Крім того, серед професійних захворювань шахтарів поширеними є хвороби опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи, сенсоневральна приглухуватість.

Слід зазначити, що пил є головною виробничою шкідливістю в гірничодобувній галузі. Наприклад, під час сухого буріння без пиловловлювання кількість пилу в 1 м<sup>3</sup> повітря може досягати 500 – 3000 мг, а під час подрібнення вугілля в умовах незадовільної вентиляції кількість пилу може досягати 50 – 400 мг [23].

Хімічний склад пилу визначає його біологічну активність, зокрема, фібриногенну, алергенну, токсичну та подразнювальну дію. Наприклад, фібриногенність пилу залежить від вмісту в ньому кремнію діоксиду (SiO<sub>2</sub>).

Як зазначалося вище, найпоширеніше професійне захворювання шахтарів – це пневмокніоз (від грец. *pneumon* – легень, *konis* – пил). Це хронічне професійне пилове захворювання легень, яке розвивається внаслідок

тривалого вдихання та відкладання в легенях пилу. Характерною його рисою є розвиток фіброзних змін унаслідок інгаляційної дії фіброгенних виробничих аерозолів. Це невиліковне захворювання, а єдиний спосіб його запобігти – мінімізувати вдихання пилу (основні види пневмоконіозу наведено на рис. 2.1).



Рис. 2.1. Основні види пневмоконіозу [39]

Силікоз – найпоширеніша форма пневмоконіозу – зумовлена тривалим вдиханням шахтного пилу, що містить вільний діоксид силіцію. Захворювання може призвести до розвитку туберкульозу та раку легень.

У гірничій промисловості силікоз найчастіше зустрічається у осіб, які добувають золото, олово, мідь, вольфрам та інші корисні копалини, що залягають у породі, що містить кварц. Основними симптомами є біль у грудній клітці, задишка та кашель [39].

Ще одне професійне захворювання шахтарів – силікатоз – це вид пневмоконіозу, обумовлений тривалим вдиханням пилу, що містить силікати. До складників силікатного пилу належить азбест, тальк, каолін, олівін, нефелін, скловолокно, мінеральна вата та слюда. При силікатозі повільно прогресує фіброзний процес у легенях та приєднується туберкульоз.

Антракоз легень – захворювання, що виникає внаслідок відкладання в легенях вугільного пилу, який потрапляє з забрудненого повітря. Легені при антракозі набувають сірого або чорного кольору, ущільнюються в зв'язку з надмірним розвитком сполучної тканини, частіше уражаються запаленням і туберкульозом [39].

Слід зазначити, що важливе місце у боротьбі з професійними захворюваннями займає їх профілактика, яка полягає в систематичному поліпшенні умов праці та усуненні шкідливих діючих факторів, зменшенні їх дії до безпечного для здоров'я людини рівня. Саме профілактичні заходи сприяють виведенню пилу з легень та зменшенню його осадження за допомогою використання ЗІЗОД (засобів індивідуального захисту органів дихання).

З цією метою необхідно удосконалювати технологічні процеси у видобуванні вугілля, запроваджувати в роботі нове обладнання, машини і механізми, ефективні засоби захисту працюючих, забезпечити раціональний режим праці й відпочинку працівників.

Заходи, спрямовані на профілактику пневмоконіозів та інших пилових захворювань, належать, насамперед, до раціоналізації технологічного процесу з метою ліквідації причин надходження пилу в повітря. Важливе значення має застосування вологого способу подрібнення, розмелення та змішування матеріалів. Так, наприклад, під час сухого буріння в повітрі виявляють 2100 мг пилу на 1 м<sup>3</sup>, а під час вологого – 4,2 мг/м<sup>3</sup> [23]. Ефективним заходом є механізація всіх пилових процесів на виробництві та накриття устаткування, що виділяє пил, з організацією відсмоктування повітря. Потрібна також заміна матеріалів, які містять кварц, на матеріали без нього. У боротьбі з пилом, газоподібними і пароподібними речовинами велику роль відіграє механічна вентиляція. Завдяки використанню належних систем вентиляції та витяжок значно знижено ризик захворювання на пневмоконіоз. Обладнання гірничопрохідних машин поглиначами шуму та дотримання відповідних заходів захисту дають змогу запобігти випадкам професійної глухоти.

До індивідуальних заходів профілактики належать постачання робітників спецодягом, захисними окулярами, а також дотримання правил особистої гігієни – заміна одягу та натільної білизни після закінчення роботи, щоденне прийняття душу тощо [23].

Також медико-профілактичні заходи передбачають проведення у встановлені терміни медичних оглядів робітників, які працюють у галузі видобутку руди, що містить кварц, на формувальних та обрубно-очисних роботах та з піскоструйними апаратами тощо. Осіб з діагнозом силікозу потрібно перевести на роботу, яка не пов'язана з дією пилу [23].

Разом із тим, слід зазначити, що робота в умовах впливу на організм таких негативних чинників не завжди призводить до професійних хвороб, бо організм людини здатен пристосовуватися. Основним профілактичним методом профзахворювань є формування сучасного безпечного робочого середовища й розвиток культури охорони праці, до якої входить обов'язкове використання засобів індивідуального захисту органів дихання.

## РОЗДІЛ 3

### ОБҐРУНТУВАННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ САНАТОРІО-ПРОФІЛАКТОРІО «САМАРА» ПАТ «ДТЕК ПАВЛОГРАДВУГІЛЛЯ»

#### **3.1. Особливості стратегічного планування у сфері охорони здоров'я в умовах війни та повоєнний період**

Нові вектори розвитку українського суспільства у повоєнний період потребують істотної трансформації існуючих моделей управлінської діяльності на всіх рівнях – від загальнодержавного до локального. Досвід останніх років з реалізації Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, схваленої 1 квітня 2014 року Урядом України, яка стала гарантією Європейської Хартії місцевого самоврядування в українське законодавство, став поштовхом для наукового обґрунтування формування належної інституційної основи діяльності територіальних громад на підставі Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» [31]. Для забезпечення його реалізації Уряд затвердив Методику формування спроможних територіальних громад (постанова Кабінету Міністрів України від 08.04.2015 р. № 214) [16]. Саме ці акти визначають способи формування спроможних територіальних громад [7].

Успіхи у створенні децентралізованих моделей публічного управління у зарубіжних країнах свідчать, що ключовим орієнтиром реформи має стати створення дієвого місцевого самоврядування. Міжнародна практика довела, що неможливо посилити спроможність територіальних громад до стратегічного розвитку без їх укрупнення.

Разом із тим, розпочаті у довоєнний період процеси децентралізації владних повноважень і зміна системи фінансування сектору охорони здоров'я відкрили багато можливостей для громад щодо поліпшення якості надання медичних послуг. Представники органів місцевого самоврядування й управлінський персонал закладів охорони здоров'я відчули більше

відповідальності за роботу в напрямі покращення сфери надання медичних послуг у громаді. З огляду на те, що на рівні громади, окрім сфери охорони здоров'я, є багато інших важливих напрямів (розвиток освіти, покращення інфраструктури тощо), а фінансові можливості є обмеженими, органи місцевого самоврядування й управлінці комунальних закладів охорони здоров'я були вимушені ефективно планувати та використовувати власні ресурси, узгоджувати пріоритети та будувати партнерські відносини з усіма зацікавленими особами в громаді в напрямі поліпшення здоров'я населення [48].

Значну роль у здійсненні змін у сфері охорони здоров'я зіграла розпочата у 2016 р. медична реформа. Але майже за 5 років її реалізації стало зрозумілим, що незважаючи на переваги, реформа має певний спектр очевидних недоліків [42]:

- повна залежність роботи системи від серверів НСЗУ при відсутності зв'язку або при проблемах з серверами (як мінімум, неможливо виписати рецепти або електронні направлення пацієнту, у більш гірших випадках лікарня може не отримати кошти за вже пролікованих пацієнтів) [55];

- реформа передбачає, що медичні заклади будуть конкурувати між собою, проте у більшості населених пунктів України присутня лише одна багатопрофільна лікарня на населений пункт, а дорогу до сусідніх населених пунктів НСЗУ не покриває у рамках програми фінансових гарантій;

- НСЗУ не відшкодовує вартість лікарських засобів у стаціонарних умовах, цей тягар лягає виключно на плечі місцевих бюджетів (закупівлі з Національного переліку лікарських засобів). Тому контракт з НСЗУ не гарантує, що конкретний медичний заклад зможе забезпечити пацієнта необхідними ліками в стаціонарних умовах й пацієнти вимушені як й раніше купляти ліки за власний кошт, особливо, якщо медичний заклад – єдиний в населеному пункті, а коштів в місцевому бюджеті не вистачає;

- існують прецеденти, коли багатопрофільна лікарня після виконання усіх вимог й контрактування з НСЗУ отримує на рік суму, якої не вистачає навіть на заробітну плату працівникам.

Також проблемою є те, що пацієнти з рідкісними (орфанними) захворюваннями залишилися «поза реформою». З однієї сторони, за наявності електронного рецепта вони можуть лікуватися за рахунок бюджетних коштів у будь-якому медичному закладі, який підписав договір з НСЗУ. З іншої – пацієнти з рідкісними (орфанними) захворюваннями забезпечуються лікарськими засобами та продуктами для спеціального (дієтичного) харчування за рахунок окремих програм місцевих бюджетів, які, згідно Закону України «Про місцеве самоврядування» [35] можуть виділяти кошти на закупівлю ліків або виробів медичного призначення лише у межах певної ОТГ. Тобто, ці пацієнти можуть отримувати лікування лише за місцем проживання й лише у тих медичних закладах, які прописані у програмі місцевого бюджету.

У період війни, одразу ж після запровадження в країні воєнного стану Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) затвердило наказ № 374 від 24.02.2022 «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії рф проти України» [49].

Як зазначалося вище (див. 1.3), документом, серед іншого, передбачалося: тимчасово припинити планові госпіталізації, підготувати додаткові хірургічні команди для допомоги пораненим, забезпечити в повному обсязі надання екстреної меддопомоги. З огляду на ускладнену логістику відомство рекомендувало збільшити надання допомоги із застосуванням телемедицини та проводити медико-соціальну експертизу за спрощеною процедурою і заочно.

Що стосується повоєнного періоду, то потреба в доступності та якості надання медичних послуг висувається на перший план, коли країні потрібно відновлюватися, а коштів на забезпечення такого відновлення не вистачає. Разом із тим, на перший план виходить потреба у наявності достатньої кількості лікувально-профілактичних закладів, багато з яких було зруйновано під час війни, у кваліфікованому медичному персоналі цих закладів, у високоточному діагностичному та іншому лабораторному обладнанні тощо.

Але здоров'я людей залежить не тільки від якості та доступності медичних послуг, але й від інших факторів. Здорові люди чи ні, визначається значною мірою обставинами, оточенням та індивідуальним способом життя [44].

Значною мірою такі чинники, як місце, де ми живемо, стан навколишнього природного середовища, генетика, рівень доходу й освіти, а також наші стосунки з друзями та родиною мають чималий вплив на здоров'я. До основних факторів належать: соціальне та економічне середовище, фізичне середовище, індивідуальні особливості та поведінка людини. Розуміння цих та інших чинників важливе як для керівників комунальних закладів охорони здоров'я, так і для представників органів місцевого самоврядування, бо тільки через покращення послуг з охорони здоров'я неможливо досягти позитивного впливу на здоров'я населення [48].

Стратегічне планування розвитку системи охорони здоров'я на місцевому рівні допомагає визначити пріоритети, спланувати дії, узгодивши їх між усіма зацікавленими сторонами, зробити розрахунки щодо ресурсів, які потрібні на виконання завдань, і головне – спрямувати зусилля на покращення якості життя та зміцнення здоров'я людини.

Стратегічне планування на місцевому рівні (рівні територіальної громади) має переваги перед іншими управлінськими підходами. Стратегічний план дає визначення чіткого напрямку подальшого розвитку організації (галузі, громади, території), дає розуміння, в якому напрямку рухатися [18; 48].

За допомогою стратегічного плану орган місцевого самоврядування та/або заклад охорони здоров'я може краще зрозуміти свої сильні сторони та можливості, слабкі сторони та проблеми, ресурси та виклики. Стратегічний план дає змогу ухвалювати ефективні управлінські рішення. Стратегічний план допомагає ефективніше управляти своїми інвестиціями та ресурсами, планувати бюджет і розподіляти кошти [48].

Фахівці органу публічного управління (органу місцевого самоврядування), які беруть участь у розробленні стратегічного плану,

розділяють між собою відповідальність за його виконання. Це забезпечує ефективне залучення та використання людських ресурсів.

Стратегічне планування зменшує вірогідність виникнення конфліктів у вирішенні важливих питань. Стратегічне планування дає змогу втілювати бачення на практиці, перетворювати стратегічні цілі на операційні, залучати громадян, управляти «тут і зараз» – дотримуватися курсу, проте виявляти гнучкість, регулярно переглядати, адаптувати та коригувати дії [48].

Визначення стратегічних цілей допомагає людям зосередитися на важливих справах та питаннях і приділяти менше уваги незначним проєктам та ініціативам. План також нагадує про сфери та завдання, що потребують уваги в певний період часу.

Стратегічне планування є основою (підґрунтям) для розробки проєктів з реалізації стратегічних та операційних цілей та завдань, а також для формування проєктних пропозицій задля залучення додаткових коштів за рахунок спонсорської або міжнародної технічної допомоги.

Процедура розроблення стратегічного плану із залученням усіх зацікавлених сторін дає можливість досягти взаємодії та покращити взаємовідносини у трикутнику «влада – бізнес – громада», а також зміцнити міжмуніципальне партнерство.

Отже, особливості стратегічного планування у сфері охорони здоров'я у територіальних громадах полягають у такому [17; 19; 48]: це – один зі стратегічних напрямів у стратегії розвитку територіальної громади; він містить окрему стратегію розвитку сфери охорони здоров'я в територіальній громаді; також може містити окремі стратегічні плани розвитку комунальних некомерційних підприємств – надавачів послуг із медичного обслуговування населення, та стратегічні плани приватних медичних підприємств (якщо такий бізнес залучається до розробки та реалізації стратегії).

З огляду на те, що на цей час методичне забезпечення стратегічного планування розвитку приватного медичного підприємства – надавача послуг з медичного обслуговування населення – не існує, можна використовувати

загальну методологію стратегічного планування розвитку організацій, підприємств, відомств для різних форм власності.

Водночас у процесі стратегічного планування слід зважати на особливості формування стратегії саме для підприємства, яке належить до комерційного сектору економіки та має бути прибутковим.

Згідно зі статтею 3 Господарського Кодексу України [5], господарська діяльність – це діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямована на виготовлення та реалізацію продукції, виконання робіт чи надання послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність. Господарська діяльність, що здійснюється для досягнення економічних і соціальних результатів та з метою одержання прибутку, є підприємництвом, а суб'єкти підприємництва – підприємцями.

Те ж саме відноситься і до медичної сфери. Підприємство, яке надає послуги з медичного обслуговування населення, є суб'єктом господарювання, який здійснює свою діяльність з метою одержання прибутку.

Така організаційна форма господарювання, як підприємство, визначена у статті 62 Господарського Кодексу України [5]. Підприємство є самостійним суб'єктом господарювання, створеним компетентним органом державної влади або органом місцевого самоврядування, або іншими суб'єктами для задоволення суспільних та особистих потреб шляхом систематичного здійснення виробничої, науково-дослідної, торговельної, іншої господарської діяльності в порядку, передбаченому цим Кодексом та іншими законами. Підприємства можуть створюватись як для здійснення підприємництва, так і для некомерційної господарської діяльності.

Отже, для розроблення стратегічного плану розвитку підприємства із надання послуг з медичного обслуговування населення можна використовувати також методологію стратегічного планування підприємств і некомерційних організацій з огляду на особливості діяльності суб'єктів господарювання комунального сектору економіки та їхніх засновників – органів місцевого самоврядування.

Слід зазначити, що під час розроблення стратегії розвитку медичного закладу обов'язково необхідно зважати на положення статті 11 Господарського Кодексу України [5] про те, що здійснення державою економічної стратегії і тактики у сфері господарювання спрямовується на створення економічних, організаційних та правових умов, за яких суб'єкти господарювання враховують у своїй діяльності показники прогностичних і програмних документів економічного та соціального розвитку.

Суб'єктам господарювання, які не враховують суспільні інтереси, відображені в програмних документах економічного і соціального розвитку, не можуть надаватися передбачені законом пільги та переваги у здійсненні господарської діяльності.

Для інституційного закріплення стратегічного планування розвитку закладу охорони здоров'я керівник затверджує своїм наказом рішення про утворення робочої групи зі стратегічного планування, персональний склад групи та положення про її роботу. До складу робочої групи, крім працівників медичного закладу, можуть входити представники місцевої влади, бізнесу, громадських та інших організацій, депутати, активні жителі громади.

Отже, розробка та успішна реалізація стратегії розвитку закладу охорони здоров'я є одним із шляхів підвищення ефективності процесів надання послуг із медичного обслуговування населення. В умовах повоєнного періоду насамперед має якомога швидше відбутися відновлення та оптимізація закладів охорони здоров'я, зокрема, їх укомплектування високопрофесійними медичними кадрами.

### **3.2. Аналіз ситуації із захворюванням на туберкульоз у Дніпропетровській області**

Як зазначалося вище, Україна займає четверту позицію серед 53 країн Європейського регіону за рівнем захворюваності на туберкульоз дорослих та п'яте місце за рівнем захворюваності дітей. У 2018 році загальна кількість випадків вперше виявлених хворих пацієнтів, які потребували повторного

лікування в Дніпропетровській області, склала 937, з яких у 207 пацієнтів (22,1%) мав місце хіміорезистентний туберкульоз [50].

За період 2019 року у Дніпропетровській області було виявлено 682 випадки мультирезистентного туберкульозу. У цілому, за період 10 місяців 2019 року було виявлено нових хворих – 933 (рис. 3.1).

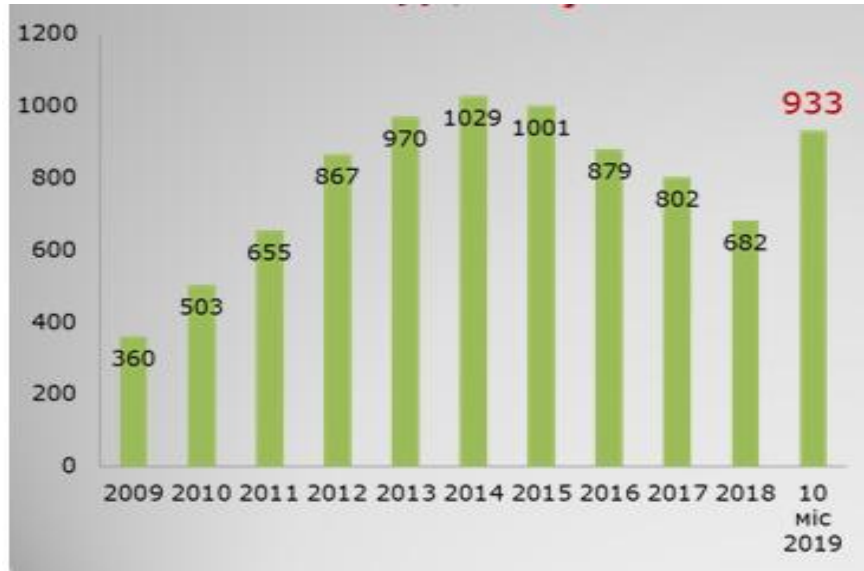


Рис. 3.1. Динаміка реєстрації нових випадків МРТБ по Дніпропетровській області, 2009 – 2018 рр. [50]

Порівняння рівня захворюваності на туберкульоз у Дніпропетровській області та Україні в цілому наведено на рис. 3.2; 3.3 [11, 50].

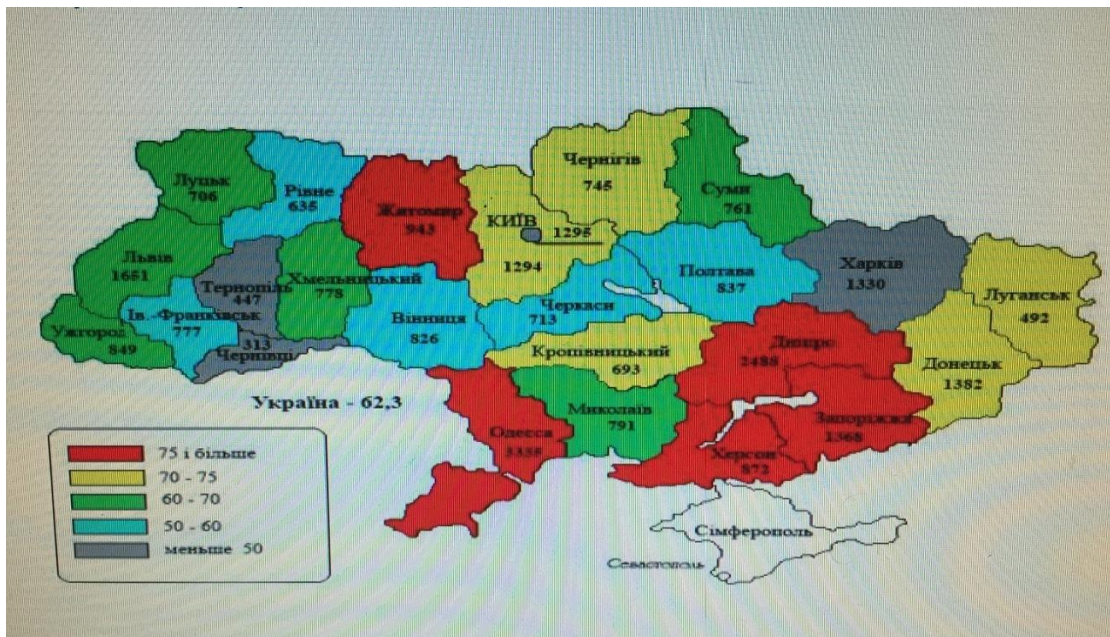


Рис. 3.2. Захворюваність на туберкульоз у Дніпропетровської області та Україні в цілому: порівняльний аналіз, 2020-2021 рр. [50]

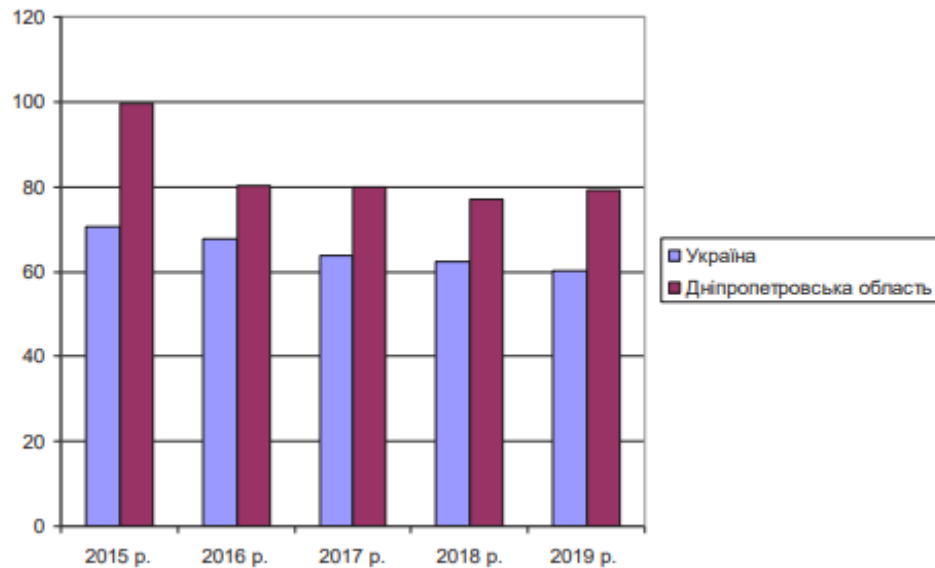


Рис. 3.3. Порівняльна характеристика захворюваності на туберкульоз в Україні та Дніпропетровській області за 2015-2019 рр. (на 100 тис. населення) [11]

Аналізуючи соціальну структуру осіб, які вперше захворіли на туберкульоз у Дніпропетровській області в 2019 р., встановлено, що серед захворілих (2048 осіб) найбільша частка – 50,2 % до загальної кількості хворих також належить особам працездатного віку, які не працюють, на другому місці – робітники (зокрема, шахтарі) (14,8 %), третє місце розділили пенсіонери та особи без постійного місця проживання – 10,1 %.

Рушійним фактором розвитку епідемії туберкульозу в Дніпропетровській області залишається ко-інфекція – туберкульоз/ВІЛ-інфекція. Так, у 2015 р. захворюваність на туберкульоз/ВІЛ (на 100 тис. населення) у Дніпропетровській області перевищила дані в Україні у 1,7 рази, в 2016 р. – у 1,5 рази, в 2017 р. – у 1,3 рази, в 2018 р. – у 1,4 рази, в 2019 р. – у 1,8 рази. Варто вказати, що у 2019 р. за показником захворюваності на туберкульоз/ВІЛ (24 на 100 тис. населення) Дніпропетровська область посіла друге місце в Україні, її випередила лише Одеська область із показником (64,3 на 100 тис. населення) [11].

Порівняльну характеристику смертності від туберкульозу в Україні та Дніпропетровській області за 2015–2019 рр. наведено на рис. 3.4.

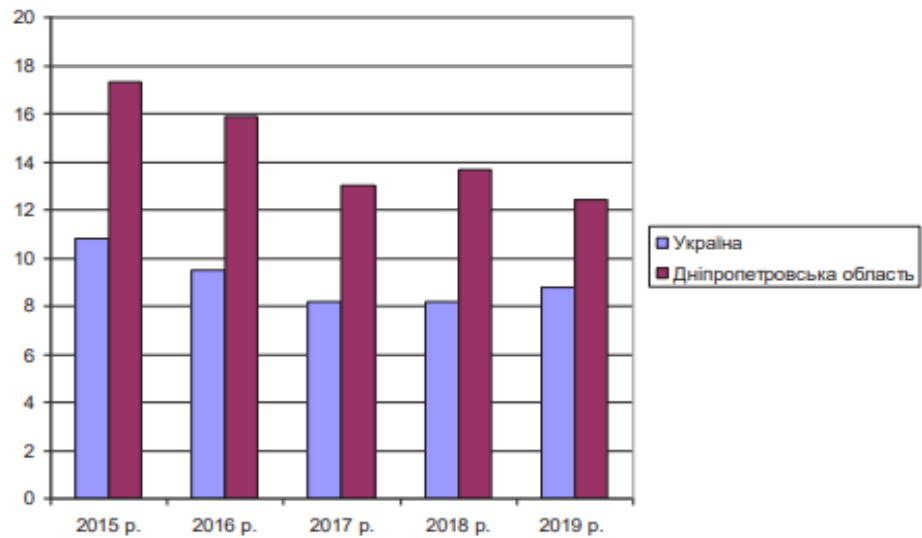


Рис. 3.4. Порівняльна характеристика смертності від туберкульозу в Україні та Дніпропетровській області за 2015–2019 рр. (на 100 тис. населення) [11]

Вогнищем туберкульозної інфекції частіше за все стає хворий, який має стійкість до ПТП, не має прихильності до лікування чи схеми можливого лікування (не підлягає лікуванню за новими схемами) або не має можливості надати профілактичне лікування, потребує нагляду. І одним із найбільш доцільних шляхів запобігання захворювань інших є ізоляція хворих у спеціалізовані медичні заклади, які можуть забезпечити хворому пацієнту пройти повноцінний шлях від захворювання до одужання.

Отже, незважаючи на зниження показників захворюваності та смертності від туберкульозу за проаналізований п'ятирічний період часу (2015–2019 рр.) в Україні, епідеміологічна ситуація у Дніпропетровській області залишається напруженою. Зазначене насамперед стосується працівників шахт, і тих, хто має певні професійні захворювання.

### **3.3. Стратегічний план розвитку санаторію-профілакторію «Самара» у напрямку профілактики, реабілітації та запобігання професійним захворюванням**

Одним із медичних закладів, що надає послуги профілактики та реабілітації шахтарів Дніпропетровської області, є Павлоградський санаторій-профілакторій «Самара». Це – самий крупний санаторій-профілакторій для

оздоровлення шахтарів, який розташований у Західному Донбасі (у додатку Б представлено Положення про філію «Санаторій-профілакторій «Самара» приватного акціонерного товариства (ПАТ) «ДТЕК Павлоградвугілля», затверджене протоколом Наглядової ради ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля» від 16.06.2016 [28], яке розроблено відповідно до Статуту ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля» та Господарського й Цивільного кодексів України, Закону України «Про акціонерні товариства» [29] та інших нормативно-правових актів).

За своїм юридичним статусом санаторій-профілакторій «Самара» є філією ПАТ (або відокремленим підрозділом), що здійснює господарську діяльність, яка не суперечить чинному законодавству, Статуту ПАТ, меті і предмету діяльності, які встановлено Положенням [28].

Санаторій-профілакторій «Самара» було створено з метою сприяння виконанню ПАТ широкого спектру цілей та завдань, зокрема:

- задоволення соціально-економічних потреб працівників ДТЕК «Павлоградвугілля», надання їм послуг оздоровлення, профілактики та реабілітації;
- підвищення продуктивності праці, максимальне використання внутрішніх резервів;
- здійснення загальної медичної практики;
- здійснення спеціалізованої медичної практики тощо [28].

Більш детальну інформацію про мету, предмет діяльності, права і обов'язки філії можна переглянути у додатку Б.

Слід зазначити, що до війни санаторій користувався популярністю – з року в рік шахтарі ДТЕК Павлоградвугілля та ДТЕК Добропіллявугілля, їхні сім'ї, а також ветерани цих підприємств зміцнювали та відновлювали своє здоров'я в одній із найкращих філій (або санаторно-курортних установ) ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля» [56].

Діяльність санаторія-профілакторія «Самара» націлена на профілактику та лікування захворювань, властивих гірникам. Це, насамперед, хвороби

дихальної та кістково-м'язової систем. Для цього здравниця має у своєму розпорядженні все необхідне. По-перше, санаторій розташований в екологічно чистій зоні Павлоградського району, на мальовничому березі Самара (с. Самарське, вул. Центральна, 38). По-друге, до війни там працювали кваліфіковані фахівці, які люблять свою працю. По-третє, проживання та лікування було організовано у сучасному лікувальному корпусі.

У санаторії-профілакторії «Самара» є все необхідне обладнання та приміщення для оздоровлення шахтарів та їх сімей [56]:

- бальнеологічні ванни загального та місцевого впливу: бішефітні, морські, хвойні;
- теплолікування (озокерит, парафін);
- ручний та підводний масажі, масажні ліжка «Релакс»;
- ЛФК та різноманітні тренажери;
- комп'ютерне витягування хребта та великих суглобів;
- різноманітні фізіотерапевтичні процедури на апаратах: «Потік-1», «Стимул-1», діодинамін ДТ-50, «Ампліпульс-5», тубус – кварц, ультразвук – УЗТ-1, «Искра-1», світлова ванна, «Солюкс», «Магнітер АМТ-01», «Промінь-11», «Ява» «Хвиля»;
- аромотерапія;
- соляна кімната, кисневі коктейлі;
- кабінет фітотерапії;
- дієтотерапія;
- унікальний метод грязелікування за допомогою апарату «Інфрарелотерм», який не має аналогів у Дніпропетровській області.

Ще 10 років тому в санаторії-профілакторії «Самара» відкрився унікальний кабінет для грязелікування. Він оснащений двома сучасними установками для інфрарелотерапії (грязелікування) ІРТ-6. Ще закуплено установки інфрачервоного опромінення. З того часу пацієнти закладу мали можливість пройти курс грязьових аплікацій у двох спеціально обладнаних камерах та лікувати захворювання суглобів: колінних, ліктьових та

тазостегнових. Ще цей вид лікування дозволяє проводити профілактику бурситів та тендовагенітів.

Також є всі умови для оздоровлення та реабілітації хворих на туберкульоз та професійні захворювання, що можуть його викликають. Робота санаторію спрямована на підтримку здоров'я шахтарів та профілактику цих професійних захворювань. Гірники працюють у тяжких умовах. І це дійсно не додає їм здоров'я. Тому працівники закладу рекомендують їм щорічно оздоровлюватися в профілакторії, який має чисте повітря, гарну природу, дієтичне харчування, зручні, комфортні умови проживання [45].

До послуг пацієнтів – спортивна зала, де є все для занять лікувальною фізкультурою, спрямованої на нормалізацію дихання та збільшення рухливості суглобів, дозованих фізичних навантажень для різних груп м'язів. А кардіонавантаження на біговій доріжці та велотренажері підвищують пацієнтам витривалість і покращують стан серцево-судинної системи, будучи альтернативою бігу або їзді парком у погану погоду [56].

Пацієнтів, що працюють, відвозять на роботу і привозять назад на спеціальному транспорті. Пацієнти проживають у двомісних стандартних номерах з усіма зручностями.

У перервах між лікувальними процедурами пацієнти санаторію можуть організувати собі дозвілля і самотійно. У санаторії надаються різноманітні послуги дозвілля: працюють бібліотека, більярдна та концертна зали, де можна переключити думки на іншу хвилю, і навіть скористатися домашнім кінотеатром для перегляду улюблених кінофільмів. А для найактивніших організовують дискотеки.

Отже, лікування та профілактика захворювань у «Самарі» проходять в атмосфері, далекої від звичних лікарняних палат, тому пацієнти відчувають та відзначають більший лікувальний ефект. Мабуть, тому й тих, хто хоче оздоровитися саме в цій профілакторії, завжди багато. До війни рік у рік співробітники оздоровниці перевиконували плани з оздоровлення пацієнтів. Так, лише у 2018 році у санаторії пройшли оздоровлення 3080 пацієнти, а в 2019

році – 3121. У 2020 році їх було вже 1327 осіб, і кількість бажаючих тільки збільшувалася.

У 2022 році перший заїзд шахтарів у санаторій-профілакторій «Самара» розпочався 17 січня. Планувалося, що протягом року відпочинуть та поправлять здоров'я понад 2000 шахтарів та пенсіонерів компанії ДТЕК та їх колеги з Білозірського [45].

Слід зазначити, що з 01 січня 2022 року санаторій-профілакторій «Самара» повернувся з управління ДТЕК Сервіса до ДТЕК Павлоградвугілля і мав працювати у складі філіалу «Соцвугілля». Як зазначив директор філіалу «Соцвугілля» ДТЕК Павлоградвугілля А. Чернецький, таке рішення прийнято насамперед тому, що працівникам закладу важливо зберегти здоров'я своїх співробітників, їхнє професійне довголіття. ДТЕК Енерго – відповідальний роботодавець, і на кожному підприємстві компанії головна цінність – людина. Тому вони дбають про шахтарів, створюють їм умови для ефективної роботи, забезпечують якісний відпочинок та оздоровлення [45].

Отже, санаторій-профілакторій – це місце, де займаються профілактикою професійних захворювань та реабілітацією після їх загострень. Тут можна виправити здоров'я не тільки під час відпустки, але й без відриву від виробництва. Автобуси позмінно відвозять гірників на шахти, а після зміни – повертають назад до профілакторію. Лікування та харчування також організовано з урахуванням робочого графіка шахтарів. Процедурні кабінети та їдальня працюють з раннього ранку до пізнього вечора.

Крім професійних захворювань, тут лікують і наслідки коронавірусу, точніше допомагають відновлювати здоров'я, виходячи з індивідуальних потреб кожного пацієнта. За словами медичного директора, результат реабілітації багато в чому залежить від того, якої складності наслідки перехворіли на ковід. Але, у будь-якому випадку, рекомендує скористатися послугами санаторію, а не сподіватися, що згодом організм сам відновиться.

Але сьогодні свої корективи внесла війна. Зараз санаторій не працює, практично весь персонал звільнено, окрім 7 медичних сестер, які допомагають

внутрішньо-переселеним особам (ВПО), що на цей час проживають у санаторії (близько 100 осіб).

Тому, після нашої перемоги постане питання якомога швидкого відновлення роботи цього закладу у повоєнний період.

Як зазначалося вище, у санаторії-профілакторії «Самара» до війни були створені всі умови для щорічного оздоровлення понад 2000 пацієнтів – шахтарів, членів їх сімей, пенсіонерів ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля».

Медичні працівники санаторію підбирали для кожного пацієнта індивідуальне лікування, виходячи з особливостей організму та наявності супутніх захворювань, вказаних в історії хвороби лікарями, що їх лікують.

Проживання та лікування було організовано у шестиповерховому корпусі. Для організації дозвілля тут працювали бібліотека, більярдна, тренажерна та концертна зали. Відпочиваючі мали змогу поєднувати лікувальні процедури із улюбленим захопленням. Влітку – гуляти у парковій зоні, засмагати на пляжі та купатися у річці, рибалити, збирати гриби у лісі, а взимку – ходити на зимову риболовлю.

Але війна змінили всі плани, і як зазначалося вище, на цей час санаторій функціонує не за своїм безпосереднім призначенням, а надає допомогу внутрішньо-переселеним особам, що зараз там проживають. Тому розроблення стратегії розвитку цього медичного закладу у повоєнний період – це головна задача керівництва як самого санаторію, так і компанії ДТЕК, яка позиціонує себе як соціально-відповідальна компанія.

Слід зазначити, що для відновлення діяльності закладу з профілактики та оздоровлення шахтарів, який є майже єдиним у Дніпропетровській області, і розробки відповідного стратегічного документу, насамперед потрібно визначитися з місією діяльності санаторію, стратегічним баченням, провести SWOT-аналіз (аналіз сильних та слабких сторін, можливостей та загроз), а також скласти детальний план реалізації цієї стратегії.

Отже, діяльність санаторію має підпорядковуватися його місії, яка полягає у наступному: «Ми забезпечуємо оздоровлення кожному працівнику

компанії ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля», тому що здорова людина – це здорова сім'я та здорова нація».

Як зазначалося вище, санаторій-профілакторій «Самара» націлений на профілактику та лікування захворювань, властивих гірникам. Основні напрями роботи санаторію – це, насамперед, хвороби дихальної та кістково-м'язової систем, реабілітація від коронавірусу, загальне оздоровлення. Для цього здравниця має у своєму розпорядженні все необхідне.

Для забезпечення успішної реалізації цих напрямів діяльності було зроблено детальний SWOT-аналіз діяльності санаторію (аналіз сильних та слабких сторін, можливостей та загроз), результати якого наведено у табл. 3.1. Також було враховано показники моніторингу діяльності санаторію у 2020 та 2021 роках (додатки В, Г).

Таблиця 3.1

### Результати SWOT-аналізу діяльності Центру

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Унікальні місце розташування та кліматична зона центру.</li> <li>2. Унікальність послуг, що надаються в регіоні.</li> <li>3. Мультидисциплінарна команда медичних працівників.</li> <li>4. Наявність в структурі санаторію лікувально-діагностичного відділення.</li> <li>5. Достатньо розвинута матеріально-технічна база.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Відтік кваліфікованих медичних кадрів, викликаний війною.</li> <li>2. Відсутність можливості розширення обсягів та асортименту послуг.</li> <li>3. Відсутність розгалуженої системи інформаційно-рекламного забезпечення.</li> <li>4. Недостатнє впровадження в діяльність стандартів і протоколів медичної допомоги дітям шахтарів.</li> <li>5. Відсутність системи електронного документообігу, МІС.</li> </ol>
Можливості	Загрози
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розробка проектів з метою залучення альтернативних джерел фінансування.</li> <li>2. Об'єднання з іншими медичними (санаторно-курортними, реабілітаційними, діагностичними) закладами для більш ефективного та раціонального використання бюджетних коштів: оптимізація штатів - загальні адміністративно – управлінський персонал та господарська частина; впровадження платних послуг як</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недостатнє фінансування на початковому етапі відновлення та розвитку закладу.</li> <li>2. Відсутня можливість укладання договору з НСЗУ.</li> <li>4. Наявність корпоративної конкуренції за сфери впливу і відповідний конфлікт інтересів директорів.</li> <li>5. Соціально-економічна криза та фінансова неспроможність населення, що викликані війною.</li> </ol>

<p>альтернативних джерел фінансування.</p> <p>3. Можливість розширення обсягів та асортименту послуг.</p> <p>4. Обслуговування додаткових груп пацієнтів (за умов розширення спектру послуг).</p> <p>5. Розвиток партнерських відносин з лікарнями/лікарями первинної ланки, НП Фтизіатрії і пульмонології ім. Яновського, Центром громадського здоров'я, КП «ДОКЛПО» Фтизіатрія» ДОР» та інші.</p>	<p>6. Неповнення кваліфікованих медичних кадрів за кордону.</p>
---	---

Стратегічне бачення санаторію полягає у такому: санаторій-профілакторій «Самара» – потужний медико-оздоровчий заклад, що надає спеціалізовані послуги з профілактики широкого спектру захворювань та реабілітації персоналу «ДТЕК Павлоградвугілля» на високому якісному рівні.

На підставі результатів SWOT-аналізу були виявлені основні проблемні місця в роботі санаторію та сформовано систему стратегічних пріоритетів та цілей діяльності, яку було структуроване за такими основними ознаками:

1. Технічна: підвищення якості обслуговування з використанням новітніх рекреаційних технологій.
2. Адміністративно-виробнича: підвищення коефіцієнту завантаженості філії.
3. Економічна: повне відновлення, підвищення рентабельності та економічної ефективності усіх видів діяльності.
4. Соціальна: максимальне задоволення потреб отримувачів послуг та працівників санаторію.

Розглянемо кожний пріоритет більш детально, тобто реалізацію яких саме цілей та завдань він передбачає.

1. Соціальна складова:
  - орієнтація на споживача, що полягає у найбільш повному задоволенні потреб отримувачів послуг (працівників шахт, їх сімей та пенсіонерів ДТЕК Павлоградвугілля);

- задоволення інтересів та потреб працівників санаторію (мотивація до діяльності, стимулювання тощо);

- підвищення якості надання лікувально-профілактичних послуг з використанням новітніх рекреаційних, діагностичних та інших технологій;

- сприяння підвищенню кваліфікації медичних працівників, зокрема, шляхом участі у науково-практичних конференціях, семінарах (з метою обміну досвідом діяльності та оволодіння новітніми методиками лікування) та шляхом їх самоосвіти.

## 2. Адміністративно-виробнича складова:

- забезпечення ефективного управління медичною і господарською діяльністю санаторію на основі оптимального розподілу та раціонального використання наявних ресурсів;

- підвищення коефіцієнту завантаженості санаторію з метою якнайбільш повного охоплення послугами всіх потенційних клієнтів.

## 3. Економічна складова:

- зміна механізму фінансування у галузі з метою підвищення рентабельності та економічної ефективності усіх видів діяльності санаторію;

- підвищення економічної ефективності використання активів;

- прозорість фінансової діяльності та відсутність корупції;

- оптимізація використання фінансових ресурсів та бюджету ПАТ шляхом залучення альтернативних джерел фінансування, зокрема грантів міжнародної технічної допомоги, спонсорських коштів тощо.

## 4. Технічна складова:

- покращення матеріально-технічної бази санаторію;

- впровадження сучасних технологій та методів профілактики та оздоровлення;

- автоматизація та комп'ютеризація роботи санаторію, запровадження системи електронного документообігу.

Планується, що термін реалізації стратегії буде дорівнювати 5 рокам, а саме, 2023 – 2027 рр.

Для реалізації зазначеної вище системи стратегічних цілей розвитку санаторію профілакторію «Самара» було сформовано відповідний план заходів (поетапний календарний план). Стисло охарактеризуємо інформацію по цих заходах за критеріями «зміст / термін виконання / очікувані результати» більш детально.

1. Відновлення діяльності санаторію-профілакторію «Самара».

Зміст: ремонт приміщень, оновлення обладнання, благоустрій території з урахуванням унікальності розташування у природничому районі.

Термін виконання: до 22.10.2023 р.

Очікувані результати: заклад та територія підготовлені до прийняття пацієнтів.

2. Підбір кваліфікованого медичного та іншого персоналу всіх рівнів.

Зміст: оптимізація штатного розкладу, проведення рекламної компанії, залучення до участі у конкурсі (у формі співбесіди), проведення співбесіди, оформлення на роботу (укладання договорів).

Термін виконання: до 22.10.2023 р.

Очікувані результати: оформлення на роботу лікарів, середнього медичного персоналу, санітарок, прибиральниць, кухарів, інженерів, технічних працівників тощо.

3. Комп'ютеризація зі стійким інтернет-зв'язком та інформатизація діяльності підприємства. Відновлення підключення до систем МІС та E-health.

Зміст: Впровадження інформаційної системи для електронного ведення медичної документації. Придбання персональних комп'ютерів та оргтехніки для оснащення структурних підрозділів (потреба – 6 шт. комп'ютерів, 6 шт. МІС – 180 000 грн.)

Термін виконання: до 30.12.2023 р.

Очікувані результати: Впровадження електронного документообігу. Налагодження фінансово-економічної ефективності роботи підприємства у нових умовах фінансування. Можливість проведення оперативного аналізу, моніторингу та контролю роботи санаторію.

4. Вивчення попиту на послуги санаторію, розроблення графіку заїздів на перший рік.

Зміст: Провести моніторинг та аналіз кількості працюючих в компанії ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля», які потенційно можуть скористатися послугами санаторію. Переглянути списки пенсіонерів ДТЕК. Урахувати можливість користування послугами членів сімей шахтарів. За результатами здійснити розрахунок потреби та план заходів щодо популяризації надаваних послуг.

Термін виконання: регулярно протягом 2023-2024 рр.

Очікувані результати: підвищення попиту на послугу та наповнюваності закладу. Розроблено графік заїздів на 2024 рік:

- № 1. 17-18 січня – 3-4 лютого.
- № 2. 7-8 лютого – 24-25 лютого.
- № 3. 1-2 березня – 18-19 березня.
- № 4. 21-22 березня – 7-8 квітня.
- № 5. 11-12 квітня – 28-29 квітня.
- № 6. 10-11 травня – 27-28 травня.
- № 7. 1-2 червня – 18-19 червня.
- № 8. 21-22 червня – 8-9 липня.
- № 9. 11-12 липня – 28-29 липня.
- № 10. 15-16 серпня – 1-2 серпня.
- № 11. 5-6 вересня – 22-23 вересня.
- № 12. 26-27 вересня – 13-14 жовтня.
- № 13. 17-18 жовтня – 3-4 листопада.

№ 14. 7-8 листопада – 24-25 листопада.

№ 15. 1-3 грудня – 18-19 грудня.

5. Оптимізація ліжкового фонду.

Зміст: здійснити оптимізацію використання ліжкового фонду за рахунок інтенсифікації загально зміцнюючого лікування, зменшення його терміну.

Термін виконання: 2023-2024 рр.

Очікувані результати: збільшення кількості осіб, що пройшли реабілітацію та оздоровлення.

6. Взаємодія з іншими закладами, установами та підприємствами охорони здоров'я.

Зміст: розвиток партнерських відносин з лікарнями/лікарями первинної ланки, ННП Фтизіатрії і пульмонології ім. Яновського, Центром громадського здоров'я, КП «ДОКЛПО» Фтизіатрія» ДОР» тощо, які можуть направляти пацієнтів на оздоровлення та реабілітацію.

Термін виконання: 2023-2027 рр.

Очікувані результати: підвищення попиту на послуги санаторію, використання у роботі новітніх технологій, рекомендацій, які ґрунтуються на доказовій базі. Підвищення кваліфікації медичних працівників. Обмін сучасними методиками діагностики, профілактики та реабілітації. Поліпшення та удосконалення сучасної науково-практичної бази.

7. Оптимізація витрат через залучення інвестицій, грантів за програмами міжнародної технічної допомоги, благодійних фондів, спонсорських внесків тощо.

Зміст: реконструкція будівель, добудова нового корпусу, реконструкція приміщення прачки.

Термін виконання: 2024-2025 рр.

Очікувані результати: отримання коштів як додаткових джерел фінансування. Розширення діяльності за рахунок дообладнання нового корпусу.

8. Здійснення регулярного моніторингу та контролю діяльності санаторію.

Зміст: контроль та оцінювання діяльності. Виявлення проблем та вузьких місць, а також відхилень фактичних показників від планованих. Передбачення ризиків. Коригування ходу реалізації стратегії розвитку санаторію.

Термін виконання: регулярно (щоквартально) – 2023-2027 рр.

Очікувані результати: поліпшення якості послуг, що надаються медичним закладом. Конкурентоспроможність санаторію на ринку оздоровчих послуг.

За умов успішної реалізації стратегії розвитку санаторію-профілакторію будуть досягнуті такі очікувані результати:

- швидке відновлення роботи закладу у повоєнний період;
- конкурентоспроможність санаторію серед подібних оздоровчих медичних закладів на основі реалізації широкого спектру профілактичних та реабілітаційних процедур у сфері хвороб органів дихання, захворюваності на туберкульоз, інших професійних захворювань шахтарів на сучасному світовому рівні;
- можливість оздоровлення членам сімей працівників ДТЕК Павлоградвугілля, підвищення попиту на послуги санаторію;
- для пацієнтів та тих, хто звертається за відповідною послугою – послуги надаються на належному рівні та високої якості, відповідно до провідних європейських стандартів діяльності у цій сфері, для співробітників створені належні умови праці та гідна заробітна плата;
- підвищення кваліфікації та професіоналізму персоналу санаторію, оволодіння сучасними техніками, технологіями та провідним досвідом реалізації діяльності через участь у різноманітних вітчизняних та міжнародних наукових та інших комунікаційних заходах.

Організаційно-управлінське забезпечення реалізації стратегії:

- регулярний моніторинг ходу виконання заходів стратегії (один раз на квартал), підготовка звітів;
- контроль отриманих фактичних показників, їх оцінювання;
- при виявленні відхилень факту від плану – прийняття відповідних управлінських рішень та коригування ходу виконання стратегії (за необхідністю).

Фінансове забезпечення реалізації стратегії планується за рахунок:

- компанії ДТЕК Павлоградвугілля;
- спонсорських внесків та коштів від благодійних організацій;
- грантів та інвестицій.

Успішна реалізація зазначених стратегічних цілей та завдань буде сприяти успіху виконання стратегії розвитку санаторію-профілакторію в цілому, що забезпечить якомога швидке відновлення його діяльності та її поступовий перехід на більш високий якісний рівень, і буде сприяти профілактиці та запобіганню захворюваності на туберкульоз на території Павлоградського району в цілому.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі досліджено теоретичні та інституційно-організаційні засади стратегічного планування у сфері охорони здоров'я; здійснено експозицію проблеми зростання рівня захворюваності та передчасної смертності в Україні; проаналізовано досвід європейських країн щодо упередження захворюваності та збільшення тривалості життя громадян; охарактеризовано основні складові державної політики у цій сфері; визначено особливості стратегічного планування у під час війни та повоєнного періоду.

Так, визначено, що найбільш успішною країною Євросоюзу в сфері збереження здоров'я за підсумками останніх 5 років визнана Німеччина. Високий рівень сучасної медицини в Німеччині став основою того, що середня тривалість життя в країні невинно зростає вже багато десятиліть і складає за даними Федерального статистичного відомства 82 роки.

Показано, що одним із основних факторів такого довголіття в Німеччині є розроблена Федеральним міністерством охорони здоров'я програма рекомендованих профілактичних обстежень і процедур. Німецькі фахівці вважають такі профілактичні заходи необхідними з медичної точки зору, тому лікарняні страхові каси Німеччини в повному обсязі оплачують їх застрахованим тут пацієнтам. У віці від 35 років всім пацієнтам в Німеччині рекомендується кожні 2 роки проходити так званий Check-up 35+, тобто комплексне обстеження організму, основною метою якого є своєчасне виявлення можливих хвороб серцево-судинної системи, легень, нирок, ознак онкологічних захворювань.

Проаналізовано зміни в системі охорони здоров'я, що з'явилися під час воєнного стану, які було затверджено відповідним наказом про «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії рф проти України». Документом, серед іншого, передбачалося: тимчасово припинити планові госпіталізації, підготувати додаткові хірургічні команди для

допомоги пораненим, забезпечити в повному обсязі надання екстреної меддопомоги. З огляду на ускладнену логістику під час війни рекомендовано збільшити надання допомоги із застосуванням телемедицини та проводити медико-соціальну експертизу за спрощеною процедурою і заочно.

В умовах повоєнного періоду, насамперед, має якомога швидше відбутися відновлення та оптимізація системи закладів охорони здоров'я, зокрема, їх укомплектування високопрофесійними медичними кадрами.

Обґрунтовано, що розробка та успішна реалізація стратегії розвитку медичного закладу є одним із шляхів підвищення ефективності процесів медичного обслуговування населення.

Здійснено аналіз ситуації у сфері захворюваності на туберкульоз в Україні, досліджено основні нормативно-правові документи щодо протидії туберкульозу. Показано, що туберкульоз є глобальною проблемою системи охорони здоров'я та однією з 10 провідних причин смерті у світі. За даними ВООЗ, Україна належить до 27 країн світу, в яких зосереджено 85 % захворюваності на туберкульоз, і посідає 4 місце у світі за його поширеністю.

Охарактеризовано види професійних захворювань шахтарів та їх вплив на виникнення туберкульозу та раку легень.

Показано, що причинами професійної захворюваності у вугільній промисловості є фактори виробничого середовища та трудового процесу, зокрема вугільний пил; мікроклімат; шум; вібрація; виділення шкідливих газів метану, вуглекислоти, окису вуглецю, сірчистого газу, окислів азоту; важкість і напруженість праці у працівників; змушена робоча поза.

Проаналізовано ситуацію із захворюваністю на туберкульоз у Дніпропетровській області та Україні в цілому. Показано, що незважаючи на зниження показників захворюваності та смертності від туберкульозу за проаналізований п'ятирічний період часу (2015–2019 рр.) в Україні, епідеміологічна ситуація у Дніпропетровській області залишається напруженою. Зазначене насамперед стосується працівників шахт, і тих, хто має певні професійні захворювання.

На підставі результатів аналізу ситуації із захворюванням на туберкульоз в області розроблено стратегічний план розвитку санаторію-профілакторію ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля», який надає послуги з оздоровлення, профілактики та лікування професійних захворювань шахтарів та їх реабілітації.

Визначено місію діяльності санаторію, стратегічне бачення, здійснено SWOT-аналіз, сформовано детальний план реалізації цієї стратегії на основі врахування показників моніторингу діяльності санаторію у 2020 та 2021 роках.

На підставі результатів моніторингу та аналізу виявлено основні проблемні місця в роботі санаторію та сформовано систему стратегічних пріоритетів та цілей діяльності, яку було структуроване за такими основними ознаками: технічна (підвищення якості обслуговування з використанням новітніх рекреаційних технологій); адміністративно-виробнича (підвищення коефіцієнту завантаженості філії); економічна (повне відновлення, підвищення рентабельності та економічної ефективності усіх видів діяльності); соціальна (максимальне задоволення потреб отримувачів послуг та працівників санаторію).

Визначено термін реалізації стратегії: 2023 – 2027 рр. Для досягнення визначених стратегічних цілей розвитку санаторію профілакторію «Самара» сформовано відповідний план заходів, який розкриває зміст робіт, що потрібно виконати, терміни їх виконання та очікувані результати.

Планується, що за умов успішної реалізації стратегії розвитку санаторію-профілакторію в цілому будуть досягнуті такі очікувані результати: швидке відновлення роботи закладу у повоєнний період; забезпечення конкурентоспроможності санаторію серед подібних оздоровчих медичних закладів на основі реалізації широкого спектру профілактичних та реабілітаційних процедур у сфері хвороб органів дихання, захворюваності на туберкульоз, інших професійних захворювань шахтарів на сучасному світовому рівні; можливість оздоровлення членів сімей працівників ДТЕК Павлоградвугілля, підвищення попиту на послуги санаторію; для пацієнтів та

тих, хто звертається за відповідною послугою – послуги надаються на належному рівні та високої якості, відповідно до провідних європейських стандартів діяльності у цій сфері, для співробітників створені належні умови праці та гідна заробітна плата; підвищення кваліфікації та професіоналізму персоналу санаторію, оволодіння сучасними техніками, технологіями та провідним досвідом реалізації діяльності через участь у різноманітних вітчизняних та міжнародних наукових та інших комунікаційних заходах.

Визначено організаційно-управлінське забезпечення реалізації стратегії: регулярний моніторинг ходу виконання заходів стратегії (один раз на квартал), підготовка звітів; контроль отриманих фактичних показників, їх оцінювання; при виявленні відхилень факту від плану – прийняття відповідних управлінських рішень та коригування ходу виконання стратегії.

Охарактеризовано фінансове забезпечення реалізації стратегії (за рахунок компанії ДТЕК Павлоградвугілля; спонсорських внесків та коштів від благодійних організацій; грантів та інвестицій).

Успішна реалізація зазначених стратегічних цілей та завдань буде сприяти успіху виконання стратегії розвитку санаторію-профілакторію в цілому, що забезпечить якомога швидке відновлення його діяльності та її поступовий перехід на більш високий якісний рівень, і буде сприяти зменшенню захворюваності на туберкульоз на території Павлоградського району в цілому.

Стратегія має відкритий характер і може доповнюватись (змінюватись) в установленому чинним законодавством порядку.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватися на практиці під час розробки стратегій та проєктів розвитку а аналогічних медичних закладах регіонів України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітично-статистичні матеріали з туберкульозу // Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb>.
2. Вахненко С.В. Реалізація державної політики у сфері протидії туберкульозу / Вахненко С.В. // Український медичний часопис. URL: <https://www.umj.com.ua/article/135493/realizatsiya-derzhavnoyi-politiki-u-sferi-protidiyi-tuberkulozu>.
3. Від чого українці помирають найчастіше: огляд рівня та основних причин передчасної смертності в Україні. Слово і діло: Аналітичний портал. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2019/09/07/infografika/suspilstvo/choho-ukrayinczi-pomyrayut-najchastishe>. Дата звернення: 20.11.2022.
4. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ): Постійне представництво України при відділенні ООН та інших міжнародних організаціях у Женеві. URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who>.
5. Господарський Кодекс України: документ 436-IV, редакція від 07.02.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.
6. Державна служба статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>.
7. Децентралізація влади в Україні: оцінювання результатів формування та розвитку самодостатніх громад : монографія / за заг. та наук. ред. С.М. Серьогіна, І.А. Чикаренко. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2018. 260 с.
8. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році: постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2021 № 1440. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>.
9. Діагностика організму: турбота про здоров'я починається з профілактики. URL: <https://me.dp.ua/service/profilaktika/>.

10. Збільшення тривалості життя. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B1%D1%96%D0%BB%...D1%8F>. Дата звернення: 23.11.2022.

11. Іванова Н., Криницька І., Гецько Н., Гомелюк Н. Порівняльна характеристика захворюваності на туберкульоз загального населення та працівників закладів охорони здоров'я в Україні та Дніпропетровській області. Вісник медичних і біологічних досліджень, 2021. № 2(8). URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/bmbr/article/view/12114>. Дата звернення: 02.11.2022.

12. Комплексна діагностика організму, точний діагноз. URL: <https://www.adastradp.com.ua/diagnostika/>. Дата звернення: 20.11.2022.

13. Комплексне обстеження організму. URL: <https://ivf-genesis-dnepr.ua/semeynaya-medicina/kompleksnoe-obsledovanie-organizma-check-up/>. Дата звернення: 20.11.2022.

14. Коронавірусна інфекція COVID-19. URL: <https://www.google.com/search?q=%D1...chrome&ie=UTF-8>.

15. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. URL: <https://mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya>. Дата звернення: 25.10.2022.

16. Методика формування спроможних територіальних громад: постанова Кабінету Міністрів України від 08.04.2015 р. № 214. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2325-15>.

17. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz\\_metod\\_recomendations\\_autonomization\\_2018\\_ua\\_final\\_web.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf).

18. Методологія планування регіонального розвитку в Україні. Інструмент для розробки стратегій регіонального розвитку і планів заходів з їх реалізації (із застосуванням підходу смарт-спеціалізації) у редакції 2018 року / Підтримка політики регіонального розвитку в Україні. URL: <https://surdp.eu/RDS>

19. Методологія стратегічного планування розвитку об'єднаних територіальних громад в Україні / Підтримка політики регіонального розвитку в Україні EuropeAid/132810/C/SER/UA. URL: <https://surdp.eu/Methodology-of-strategic-planning-for-hromadas>.

20. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>. Дата звернення: 22.10.2021.

21. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>.

22. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/>.

23. Несприятливі умови праці шахтарів і пов'язані з ними патології. URL: <https://is.gd/ngQHUD>. Дата звернення: 27.10.2022.

24. Оперативна інформація про поширення та профілактику COVID-19. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/operativna-informacija-pro-poshirennja-orona-virusnoi-infekcii-2019-cov19>.

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

26. План дій по боротьбі з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2016-2020. URL: <https://phc.org.ua/news/plan-diy-po-borotbi-z-tuberkulozom-dlya-evropeyskogo-regionu-vooz-na-2016-2020rr>.

27. Показники захворюваності на туберкульоз в Україні за I квартал 2020 року в порівнянні з аналогічним періодом 2019 року // Центр медичної статистики міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB\\_surveillance\\_statistical-information\\_2020\\_TsMS\\_3mis.doc](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_TsMS_3mis.doc).

28. Положення про філію «Санаторій-профілакторій «Самара» приватного акціонерного товариства «ДТЕК Павлоградвугілля», протокол Наглядової ради ПАТ «ДТЕК Павлоградвугілля» від 16.06.2016 [скан-копія].

29. Про акціонерні товариства: закон України від 17.09.2008 № 514-VI. Редакція від 06.10.2021. Відомості Верховної Ради України, 2008. № 50-51. Ст. 384.

30. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

31. Про добровільне об'єднання територіальних громад : закон України №157-VIII від 05.02.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws>.

32. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T400400.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T400400.html).

33. Про Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки : закон України від 16.11.2012 № 5451-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws>.

34. Про захист населення від інфекційних хвороб : закон України від 06.04.2000 № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>.

35. Про місцеве самоврядування в Україні : закон України від 21 трав. 1997 р. № 280 // Відом. Верховної Ради України. 1997. № 24. Ст. 170.

36. Про протидію захворюванню на туберкульоз : закон України від 22.03.2012 № 4565-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4565-17>.

37. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1011-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1011-2017-%D1%80>.

38. Програма медичних гарантій: особливості реалізації з 1 липня 2022 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/prohrama-medychnykh-harantii-osoblyvosti-realizatsii-z-1-lypnia-2022-roku>. Дата звернення: 30.10.2022.

39. Професійні захворювання шахтарів. URL: <https://www.facebook.com/technical.filter.materials/posts/604314476763249/>. Дата звернення: 28.10.2022.

40. Професійні захворювання. URL:<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/lvv/uk/publish/article/90183;jsessionid=F4EEA2E59BF1FE6486CA29B039FBB3C3>. Дата звернення: 27.10.2022.

41. Процюк Р.Г. Особливості перебігу туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Актуальні питання фтізіатрії ; Нац. медичний ун-т ім. О. О. Богомольця. 2019. № 4. URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/07/pdf07-4/9.pdf>.

42. Реформа охорони здоров'я в Україні. URL: <https://is.gd/RyEM9J>. Дата звернення: 27.10.2022.

43. Check Up – базисні програми обстеження. URL: <http://www.medplus24.com/magazine/programms/315.html>.

44. Сазонець І. Л. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. №12. URL: [http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12\\_2018/4.pdf](http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12_2018/4.pdf).

45. Санаторий-профілакторий допомагає зберігати здоров'я шахтерам. URL: <https://gazeta-vestnik.com.ua/novosti/obshhestvo/za-zdorovem-v-samaru/>. Дата звернення: 27.10.2022.

46. Семенюк О.А. Статеві-вікові особливості смертності населення працездатного віку та шляхи її попередження : дис... к-та мед. наук. : 14.02.03 / Олександр Андрійович Семенюк ; Український ін-т страт. досліджень МОЗ України. Київ, 2016. 203 с.

47. Сисоєнко І. Обережно, туберкульоз. 10.01.2020. URL: [https://m.censor.net.ua/blogs/3169208/oberejno\\_tuberkuloz?fbclid=IwAR3LsbO3KuFkw2Q2mgG3SXEO8DwEg17fLynAZ8u9s7e2PFVbvnoHBvPI4y7s](https://m.censor.net.ua/blogs/3169208/oberejno_tuberkuloz?fbclid=IwAR3LsbO3KuFkw2Q2mgG3SXEO8DwEg17fLynAZ8u9s7e2PFVbvnoHBvPI4y7s).

48. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах / Марина Брага, Світлана Пхіденко, Лілія Масюк, Наталя Гусак, Таміла Лепьошкіна // Програма «U-LEAD з Європою». Київ, 2019. URL: [https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic\\_planning\\_for\\_web\\_new2.pdf](https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf).

49. Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії РФ проти України: наказ МОЗ України № 374 від 24.02.2022. URL: <https://moz.gov.ua/>.

50. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник за 2019 рік. Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2020. 197 с.

51. Франція і Німеччина найбільше витрачають на охорону здоров'я серед країн ЄС // Європейська правда. Міжнародна безпека та євроінтеграція України. URL: <https://www.eurointegration.com.ua/news/2019/09/4/7100371/>.

52. Фактори впливу на захворюваність на туберкульоз у Дніпропетровській області // Вісн. медичних і біологічних досліджень, 2021. №2. С. 22 – 24.

53. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/statistic/centr-medichnoi-statistiki-moz-ukraini>.

54. Цивільний кодекс України: Кодекс від 16.01.2003 № 435-IV. Редакція від 06.10.2021, підстава: 1630-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>.

55. Чому висне електронна система охорони здоров'я eHealth. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3069070-comu-visne-sistema-ehealth-dovodaci-do-rozpacu-i-likariv-i-pacientiv.html>. Дата звернення: 17.10.2022.

56. Щорічно в «Самарі» зміцнюють здоров'я понад двох тисяч осіб. URL: <https://gazeta-vestnik.com.ua/novosti/obshhestvo/ezhegodno-v-samare-ukreplyayut-zdorove-svyshe-dvuh-tysyach-chelovek>. Дата звернення: 27.10.2022.

## ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

Захворюваність на нові випадки туберкульозу в Україні\*

№ п/п	Адміністративні території	Абсолютна кількість					На 100 тисяч населення				
		2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
1	АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	758	769	620	642	692	47.3	48.2	39,2	40.9	44.6
3	Волинська	653	620	601	546	519	62.8	59.6	57,9	52.7	50.3
4	Дніпропетровська	2566	2 105	2 081	1 971	2 048	78.4	64.7	64,5	61.1	63.9
5	Донецька**	1086	1 172	1 154	1 148	1 071	55,3	59,6	59,3	59,6	56.2
6	Житомирська	830	780	766	743	707	66.0	62.5	61,7	60.3	57.9
7	Закарпатська	749	765	743	751	760	59.6	60.9	59,2	59.8	60.6
8	Запорізька	1085	1 066	1 022	1 057	929	61.5	60.8	58,8	61.4	54.5
9	Івано-Франківська	845	718	705	647	581	61.2	52.0	51,2	47.1	42.4
10	Київська	1194	1 280	1 159	1 112	1 083	69.3	74.1	67.0	63.6	61.5
11	Кіровоградська	747	648	674	624	639	76.7	67.0	70,3	65.7	68.0
12	Луганська**	316	370	340	406	345	43,9	52,0	48,3	58,6	50.4
13	Львівська	1509	1 557	1 356	1 304	1 261	59.9	61.9	53,9	51.9	50.4
14	Миколаївська	803	777	686	656	619	69.0	67.1	59,7	57.5	54.8
15	Одеська	2446	2 594	2 561	2 732	2 680	102.5	109.0	107,8	115.2	113.1
16	Полтавська	789	799	749	683	577	54.7	55.8	52,8	48.6	41.4
17	Рівненська	636	611	506	485	480	54.8	52.6	43,6	41.8	41.5
18	Сумська	623	615	603	602	538	55.6	55.4	54,7	55.1	49.9
19	Тернопільська	409	475	394	349	361	38.3	44.7	37,3	33.3	34.6
20	Харківська	1182	1 163	1 141	1 066	1 069	43.5	43.0	42,5	39.8	40.2
21	Херсонська	875	799	770	683	631	82.0	75.3	73.0	65.3	60.9

22	Хмельницька	724	690	612	592	579	55.8	53.4	47,7	46.6	45.9
23	Черкаська	716	654	617	562	542	57.4	52.8	50,3	46.2	45.1
24	Чернівецька	364	273	289	250	313	40.1	30.1	31,9	27.7	34.7
25	Чернігівська	677	656	602	582	468	64.7	63.3	58,7	57.5	46.9
26	м. Київ	1314	1 336	1 244	1 121	1 151	46.2	46.6	43,1	38.7	39.6
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Україна</b>		<b>23896</b>	<b>23 292</b>	<b>21 995</b>	<b>21 314</b>	<b>20 643</b>	<b>55,9</b>	<b>54,7</b>	<b>51,9</b>	<b>50,5</b>	<b>49.2</b>

\* Дані використані з форми № 8 "Звіт про захворювання на активний туберкульоз"

\*\* Враховані дані з підконтрольних територій України

Таблиця А2

**Забезпеченість лікарняними ліжками для хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України\***

№ з/п	Адміністративні території	Абсолютна кількість					На 10 тисяч населення				
		2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2019	2019	2020
1	АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	520	430	430	345	345	3.26	2.72	2.74	2.22	2.24
3	Волинська	540	420	420	355	270	5.19	4.05	4.06	3.44	2.62
4	Дніпропетровська	1 545	1 475	1 455	1 415	1 340	4.75	4.57	4.51	4.42	4.22
5	Донецька**	750	750	750	750	630	3.82	3.85	3.92	3.89	3.31
6	Житомирська	460	440	400	300	300	3.69	3.54	3.25	2.46	2.48
7	Закарпатська	719	640	620	499	444	5.72	5.10	4.94	3.98	3.55
8	Запорізька	895	855	855	855	827	5.11	4.92	4.96	5.01	4.90
9	Івано-Франківська	580	570	560	550	470	4.20	4.14	4.07	4.01	3.44

10	Київська	465	440	365	315	315	2.69	2.55	2.09	1.79	1.77
11	Кіровоградська	497	480	480	480	480	5.14	5.00	5.05	5.11	5.18
12	Луганська**	130	130	130	130	130	1.81	1.83	1.85	1.88	1.90
13	Львівська	1 110	895	830	635	520	4.41	3.56	3.31	2.54	2.09
14	Миколаївська	554	499	404	304	264	4.79	4.34	3.54	2.69	2.36
15	Одеська	1 165	1 025	1 015	655	595	4.90	4.31	4.28	2.76	2.51
16	Полтавська	604	559	539	485	390	4.22	3.94	3.83	3.48	2.83
17	Рівненська	560	500	470	430	425	4.82	4.30	4.05	3.72	3.69
18	Сумська	385	335	260	260	263	3.47	3.04	2.38	2.41	2.47
19	Тернопільська	500	365	320	250	225	4.71	3.46	3.05	2.40	2.17
20	Харківська	845	720	710	710	710	3.13	2.68	2.65	2.67	2.69
21	Херсонська	650	620	620	515	450	6.13	5.88	5.93	4.97	4.38
22	Хмельницька	355	305	305	305	272	2.75	2.38	2.40	2.42	2.17
23	Черкаська	500	480	480	450	406	4.03	3.91	3.94	3.74	3.42
24	Чернівецька	280	260	210	205	205	3.09	2.87	2.32	2.27	2.28
25	Чернігівська	580	545	410	415	315	5.60	5.32	4.05	4.16	3.21
26	м. Київ	810	810	810	520	520	2.83	2.81	2.80	1.79	1.78
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Україна</b>		<b>15 999</b>	<b>14 548</b>	<b>13 848</b>	<b>12 133</b>	<b>11 111</b>	<b>3.76</b>	<b>3.43</b>	<b>3.28</b>	<b>2.89</b>	<b>2.66</b>

\* Дані використані з форми № 47-здоров “Звіт про мережу та діяльність медичних закладів”

\*\* Враховані дані з підконтрольних територій України

