

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П. Л. ШУПИКА**

Шукає

ЦАРЕНКО АНАТОЛІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

УДК:614.2:616-082:616-08.039.75:616-036.17

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**

14.02.03 – соціальна медицина

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Київ – 2020

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Міністерство охорони здоров'я України

Наукові консультанти:

доктор медичних наук, професор **Гойда Ніна Григорівна**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, професор кафедри управління охороною здоров'я

доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України **Губський Юрій Іванович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, завідувач кафедри паліативної і хоспісної медицини

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Децик Орина Зенонівна**, Івано-Франківський національний медичний університет, завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я

доктор медичних наук, професор **Грузєва Тетяна Степанівна**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я

доктор медичних наук, професор **Голованова Ірина Анатоліївна**, Українська медична стоматологічна академія, завідувачка кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою

Захист відбудеться **30 жовтня 2020 року о 10 годині** на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, МОЗ України, за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров'я, аудиторія № 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, МОЗ України, за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий **29 вересня 2020 року**.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
д. мед. н, професор



В. І. Бугро

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Починаючи з другої половини 20-го століття, створення та розвиток системи або служби паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) населенню стає однією з важливих медико-соціальних та гуманітарних проблем урядів і суспільства у більшості розвинених країн світу. Ця проблема рік від року набуває все більшої актуальності, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: демографічних, медичних, соціально-економічних, політичних, морально-етичних тощо (ВОЗ, 2014; Ю. В. Вороненко та ін., 2014, 2016; Н. Г. Гойда та ін., 2015; Ю. І. Губський та ін., 2015, 2016, 2019; О. З. Децик та ін., 2015; А. В. Царенко та ін., 2017, 2019; Council of Europe, 2014; ЕАРС, 2014 та інші).

Сьогодні у світі понад 25,5 млн. людей щороку помирають від важких інкурабельних захворювань, і ще 35 млн. осіб живуть у термінальних стадіях цих хвороб. На жаль, значна частина таких пацієнтів страждають через нестерпний біль, важкі порушення функцій органів і систем організму, депресії тощо, що спричиняє значне зниження якості їх життя (ВНО, 2014, 2018). За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. до 40 млн. пацієнтів потребують паліативної допомоги (ПД) (WHPCA and WHO, 2014; N. Arias-Casais et al., 2019; C. Centeno et al., 2019).

На відміну від традиційної медицини, що орієнтована на одужання пацієнта або досягнення стійкої ремісії, інноваційний вид медичної допомоги – ПД має на меті, у першу чергу, покращити якість життя пацієнтів, які потребують ПХД (ПП), та членів їх сімей або законних представників. Право на ПД та рівний доступ до служб ПХД повинен бути гарантований населенню в усіх країнах, і не має створювати непомірні фінансові труднощі (Council of Europe, 2004; ВНО, 2005, 2008, 2014, 2018; ЕАРС, 2011, 2013; D. Lohman, 2015; O. Ginsburg, 2017; В. Hannon, 2016 та ін.).

За даними експертів ВООЗ, ПД потребують дорослі, які хворіють на важкі захворювання, що загрожують або обмежують життя, зокрема: хронічні хвороби системи кровообігу (38,5 %), онкологічні (34,0 %) і хронічні респіраторні захворювання (10,3 %), ВІЛ-інфекцію/СНІД (5,7 %), цукровий діабет (4,6 %) тощо. ПХД надається також при важкому перебігу і термінальних стадіях багатьох інших захворювань, у т. ч. хронічній нирковій і печінковій недостатності, розсіяному склерозі, ревматоїдному артриті, деяких неврологічних захворюваннях, деменції, післятравматичних станах, хіміорезистентних формах туберкульозу тощо (ВНО, 2018). Крім того, у світі відбувається швидке постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності важких ускладнень асоційованих з віком захворювань і, відповідно, збільшення потреби у ПД у глобальному масштабі (ВНО, 2014). За прогнозами дослідників (S. N. Etkind et al., 2017), до 2040 р. у світі потреба у ПД може збільшитися на 25 – 47 %.

Окрему категорію ПП складають діти з вродженими вадами розвитку, онкологічними, генетичними, гематологічними, орфанными та іншими хронічними інкурабельними і такими, що загрожують або обмежують життя, захворюваннями (Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко, 2016; О. О. Ріга та ін., 2015, 2017; ЕАРС, 2007; F. Benini et al., 2008; R. Hain et al., 2013; E. C. Kaye et al., 2015 та інші).

Результати досліджень українських та закордонних авторів (О. З. Децик та ін., 2015; Ж. М. Золотарьова, 2015; І. Р. Кужель, 2016; В. М. Лехан та ін., 2003; Н. В. Эккерт, 2008; Б. Франческо, 2009; С. Richmond, 2005 та інші) свідчать, що члени сімей ПП також потребують ПД, оскільки важка невиліковна хвороба рідної людини спричиняє суттєве зниження якості життя усієї родини.

Проте, у нашій країні досі не створена система ПХД населенню відповідно до міжнародних підходів та стандартів (Ю. В. Вороненко, 2016; Ю. І. Губський, 2016; Н. Г. Гойда, 2018; К. В. Данилюк, 2018; В. М. Князевич, 2016; МОЗ України, 2016, 2017 та ін.). Зазначене вимагає медико-соціального обґрунтування створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД, що дозволить забезпечити рівну доступність населення до ПХД шляхом ефективного використання інституціональних, технічних та кадрових ресурсів, координації і співпраці закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та закладів соціального захисту населення з надання соціальної послуги з паліативного догляду (СППД).

В Україні було виконано низку дисертаційних робіт щодо різних аспектів ПХД (С. А. Крюков, 2002; Д. Д. Дячук, 2003; Є. Й. Москвяк, 2007; І. Р. Кужель, 2011; Ж. М. Золотарьова, 2015; Н. О. Дацюк, 2017; К. В. Данилюк, 2018 та інші), але комплексні дослідження з питань наукового обґрунтування системи ПХД не проводилися, що визначило напрям наукового пошуку, вибір теми, мети і завдань цієї дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана згідно з планом виконання докторських дисертацій НМАПО імені П. Л. Шупика, є самостійною роботою, яка відповідає напрямку науково-дослідних робіт (НДР): кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика «Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та покращення здоров'я населення України» (№ держреєстрації 0109U008304, термін виконання – 2009–2014 рр.), «Обґрунтування моделей управління підсистемами охорони здоров'я та зміцнення популяційного здоров'я України у відповідності до Європейських стратегій» (№ держреєстрації 0115U002160, термін виконання – 2014–2019 рр.); а також 4 НДР, що були виконані у ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України», Державному навчально-науково-методичному центрі паліативної та хоспісної медицини і кафедрі паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика у 2011–2017 рр. і ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України» у 2015–2017 рр.

Мета дослідження: обґрунтування і розробка концептуальної моделі системи надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні **завдання**:

1. Здійснити системно-історичний аналіз іноземних і вітчизняних наукових джерел з питань організації надання паліативної і хоспісної допомоги населенню.
2. Визначити розрахункову потребу населення України в паліативній і хоспісній допомозі.
3. Провести контент-аналіз національної нормативно-правової бази щодо державного регулювання організації паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні, у т. ч. на галузевому і регіональному рівнях управління.

4. Здійснити комплексний аналіз стану організації паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні, визначити основні проблеми і перспективи її розвитку.

5. Проаналізувати стан кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я паліативної і хоспісної допомоги та обґрунтувати організаційні заходи щодо мотивації медичних працівників до надання паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні.

6. Провести системний аналіз і обґрунтувати сучасні підходи до оптимізації післядипломної професійної освіти фахівців з питань паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні.

7. Здійснити медико-соціальне обґрунтування концепції системи доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні та її функціонально-організаційної моделі на принципах комплексної пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, мультидисциплінарного, міжвідомчого та міжсекторального підходів.

Наукова база дослідження: хоспіси і центри ПХД в Івано-Франківську, Тернополі, Харкові, Дубно, відділення паліативної та хоспісної медицини (ВПХМ) багатoproфільних і спеціалізованих ЗОЗ у Вінницькій, Дніпропетровській, Одеській, Закарпатській, Сумській, Хмельницькій та Чернігівській областях, в містах Дніпрі і Києві; ЗОЗ ПМСД в Дніпрі, Києві і Ужгороді; заклади вищої медичної освіти в Києві, Тернополі, Івано-Франківську, Дубно, Сумах (39 од.).

Об'єкт дослідження: здоров'я населення та організація надання паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні.

Предмет дослідження: організаційні моделі надання паліативної і хоспісної допомоги населенню; організація та показники діяльності ЗОЗ паліативної і хоспісної допомоги та ЗОЗ первинної, вторинної і третинної медичної допомоги; стан надання паліативної і хоспісної допомоги населенню; рівень знань, навичок та ставлення медичних працівників з питань паліативної і хоспісної допомоги; зміст навчальних планів і програм професійної підготовки медичних працівників з питань паліативної і хоспісної допомоги; стан здоров'я населення у віковому, статевому та регіональному аспектах; нормативно-правова база, що регулює надання паліативної і хоспісної допомоги населенню.

З метою вирішення поставлених завдань були використані наступні **методи дослідження:**

системного підходу і системного аналізу – для проведення комплексного дослідження стану організації надання ПХД населенню в Україні, визначення основних проблем і перспектив її розвитку, медико-соціального обґрунтування концепції системи ПХД населенню в Україні та її функціонально-організаційних моделей;

бібліосемантичний – для вивчення та проведення аналізу досвіду, концепцій, підходів, систем та моделей надання ПХД населенню у країнах світу та в Україні;

соціологічний (анкетне опитування) – з метою отримання релевантної інформації від цільових груп респондентів (медичних працівників, керівників ЗОЗ), а також визначення стану і проблем надання ПХД населенню в Україні;

медико-статистичний – для збору, обробки та аналізу результатів соціологічних і медико-демографічних досліджень;

епідеміологічний – для визначення рівнів захворюваності і смертності населення та потреби у різних видах ПХД у віковому та регіональному аспектах, у містах та сільській місцевості;

контент-аналізу – для вивчення чинної національної нормативно-правової бази і міжнародних документів щодо державного регулювання надання ПХД населенню в Україні та розробки шляхів їх вирішення, навчальних програм підготовки медичних працівників з питань ПХД;

SWOT-аналізу – для виявлення і аналізу чинників зовнішнього і внутрішнього середовища, що впливають на доступність, якість та ефективність надання ПХД населенню в Україні;

медичного картографування – для визначення і візуалізації регіональних особливостей надання ПХД населенню в Україні;

концептуального моделювання – для медико-соціального обґрунтування концепції та функціонально-організаційних моделей системи ПХД населенню;

експертних оцінок – для отримання від кваліфікованих експертів незалежної оцінки запропонованої системи паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні та її функціонально-організаційних моделей.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що при виконанні дисертаційної роботи *вперше в Україні*:

– комплексно представлено проблемні питання надання ПХД населенню в Україні в розрізі адміністративних територій і на основі недостатньої результативності обґрунтовано необхідність удосконалення організаційних форм служби із відповідним до міжнародних стандартів матеріально-технічним забезпеченням та управлінням, ефективне функціонування яких потребує системного упорядкування і державної підтримки;

– обґрунтовано і запропоновано принцип комплексної пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, як основи створення концепції системи ПХД населенню в Україні, з урахуванням міжнародних норм і стандартів;

– обґрунтовано та розроблено цілісну систему ПХД в Україні з метою забезпечити доступність, якість та ефективність її надання визначеній категорії населення на основі мультидисциплінарного, міжвідомчого та міжсекторального підходу, базовими елементами якої стали опрацьовані та запропоновані функціонально-організаційні моделі окремих рівнів системи ПХД (первинної, загальної та спеціалізованої) з координуючою моделлю управління;

– визначено кваліфікаційні вимоги до медичних працівників усіх рівнів системи ПХД, особливості знань і навичок з питань надання ПХД та обґрунтовано модернізовані навчальні програми і розроблено схему безперервного професійного розвитку медичних працівників з питань ПХД;

– виявлено стан кадрового забезпечення ЗОЗ ПХД в регіональному аспекті, його невідповідність об'єктивізованим реальним потребам та фактори, що складають перешкоду формуванню належного його потенціалу.

Удосконалено на галузевому рівні:

– базові положення щодо покращання доступності, якості та ефективності надання ПХД населенню в Україні, які потребують державного регулювання та виділення окремої спеціальності «Паліативна і хоспісна медицина» із затвердженням відповідної спеціалізації/ субспеціалізації для лікарів та молодших медичних спеціалістів;

– науково-методичний підхід до визначення потреби населення у паліативній і хоспісній допомозі та виявлено її особливості у розрізі адміністративних територій і при окремих нозологічних формах;

– підходи до визначення статусу пацієнта, який потребує ПХД (паліативного пацієнта), та критерії показань до визначення рівнів і видів ПХД та послідовності вибору в залежності від потреб.

Набули подальшого розвитку:

– механізм взаємозв'язків між лікарями ЗП-СЛ та лікарями-спеціалістами ЗОЗ ПМСД, вторинної і третинної медичної допомоги на основі визначених чітких функцій кожного у процесі надання паліативної і хоспісної допомоги населенню;

– послідовність прийняття рішень при виборі рівня та виду надання ПХД за результатами комплексної оцінки стану пацієнта, визначеної згідно з запропонованими критеріями.

Теоретичне значення роботи полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема наукового обґрунтування концепції системи доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для:

– розробки нормативно-правових документів на державному, галузевому та регіональному рівнях для впровадження системи ПХД населенню;

– розробки та впровадження функціонально-організаційних моделей системи надання паліативної і хоспісної допомоги для усіх видів медичної допомоги;

– оптимізації критеріїв визначення статусу паліативного пацієнта;

– удосконалення кваліфікаційних вимог до медичних працівників ЗОЗ ПХД;

– розробки концептуальних підходів до професійної підготовки кадрів з питань надання ПХД;

– створення та удосконалення навчальних програм БПР медичних фахівців з питань організації і надання ПХД для усіх видів медичної допомоги;

– розробки методики розрахунку орієнтовних потреб населення у ПХД;

– розробки клінічних маршрутів пацієнтів для отримання доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги.

Впровадження результатів дослідження здійснювалося на етапах його виконання:

а) На *державному рівні* матеріали дослідження використано у пропозиціях при розробці наступних нормативно-правових актів:

Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 року № 3611-VI, зокрема Ст. 8, Ст. 33 і Ст. 35-⁴; Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, зокрема Ст. 4; Проекту Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», № реєстрації 6634 від 22.06.2017, зокрема Ст. 26;

постанов КМУ від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», зокрема п. 2 «Проведення структурної реорганізації галузі»; від 13.05.2013 № 333 «Про Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», зокрема пп. 22–30;

розпоряджень КМУ від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»; від 26.09.2018 № 688-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 р.».

б) На *галузевому рівні* матеріали дослідження використано при розробці:

– 13 наказів МОЗ України, зокрема: від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні»; від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»; від 07.11.2011 № 768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», паліативного відділення»; від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»; від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі»; від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я»; від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю» та інших (список і Акт впровадження – у додатках).

– спільного наказу Міністерства соціальної політики України та МОЗ України від 23.05.2014 № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим».

– Інформаційного листа «Організація паліативної допомоги хворим похилого віку України в умовах хоспісу та паліативного відділення лікарні». Вип. 5 «Геронтологія і геріатрія». – К. 2015, № 358-2015.

Розроблено 4 галузеві нововведення, які затверджено проблемною комісією МОЗ України та НАМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я та 2 методичні рекомендації, які затверджено МОЗ України і Міністерством соціальної політики України.

Результати дослідження включено у 3 навчально-методичні видання:

1) Паліативна та хоспісна допомога: підручник / За ред.: Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Вінниця: Нова Книга, 2017. – 392 с.; 2) Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: Навч. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / За

ред. Ю. В. Вороненка, О. Г. Шекери, Ю. І. Губського. – К.: Видавець Заславський О. Ю., 2017. – 208 с.; 3) Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення: Навч. посібник / За ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2019. – 154 с.

Матеріали дослідження використано при розробці: 15 навчальних планів і програм ТУ з актуальних питань організації та надання ПХД в амбулаторних і стаціонарних умовах для лікарів та молодших медичних спеціалістів (затверджено вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика – 2010–2019 рр.); Програми навчального курсу «Основи догляду за громадянами похилого віку та особами з інвалідністю» на базі Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України».

в) На *регіональному рівні* матеріали дослідження використано:

– при розробці «Міської програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах м. Дніпра на 2018-2021 роки», затвердженої рішенням 26-ої сесії Дніпровської міської ради від 15.11.2018 р.; «Обласної програми розвитку паліативної допомоги на 2018-2020 роки», затвердженої рішенням 18-ої сесії Сумської обласної ради від 02.03.2018 р.

– при організації надання ПХД населенню в ЗОЗ Дніпропетровської, Одеської, Рівненської, Сумської, Тернопільської, Хмельницької, Чернігівської обл., м. Києва та м. Ужгорода (усього 9 актів впровадження).

Результати дослідження впроваджені в навчальний процес наступних закладів вищої медичної освіти: НМАПО імені П. Л. Шупика; НМУ імені О. О. Богомольця; Тернопільського НМУ імені І. Я. Горбачевського; Івано-Франківського НМУ; Дубенського і Сумського медичних коледжів (6 актів впровадження).

Особистий внесок здобувача. Автором особисто визначено мету і завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методи дослідження, виконано заплановані заходи на усіх етапах дослідження, розроблено анкети для кожної групи респондентів, власноруч сформована база даних анкет соціологічного опитування та здійснено їх статистичне опрацювання з використанням програмних продуктів на основі пакетів програм Excel Microsoft 10.0 та STATISTICA 7,0, сформульовано основні положення та висновки дисертаційної роботи, обґрунтовано достовірність отриманих результатів. Проаналізовано і узагальнено сучасні науково-інформаційні джерела вітчизняної та світової літератури з даної проблеми. Особисто проведено соціологічне та епідеміологічне дослідження, обчислено розрахункову потребу в ПХД у віковому і регіональному аспектах, вивчено медико-соціальні характеристики об'єктів та суб'єктів ПХД, розроблено підходи удосконалення БПР медичних працівників з питань ПХД. Оброблено та систематизовано отримані матеріали, проведено аналіз, узагальнення та інтерпретацію результатів, запропоновано практичні рекомендації, науково обґрунтовано концепцію системи надання доступної, якісної та ефективної ПХД населенню і її функціонально-організаційні моделі, що знайшло відображення в опублікованих працях за темою роботи. Проаналізовано результати експертної оцінки концептуальної моделі системи ПХД та сформульовано висновки.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження доповідались, обговорювались:

1) на міжнародному рівні на 52 науково-практичних конференціях (НПК) (повний список конференцій подано у додатках дисертації): НПК з міжнарод. участю «Організаційні та клінічні питання сімейної медицини в Україні» (24–25.10.2019, м. Київ); НПК з міжнар. участю «Сімейна медицина – майбутнє охорони здоров'я України» (17.05.2018, м. Київ); The Annual Scientific Conference «Ukrainian psychiatry in the fast changing world» (25–27.04.2018, Kyiv); НПК з міжнар. участю «Проблеми та перспективи сімейної медицини в Україні» (26–27.10.2017, м. Київ); Міжнар. НПК «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення» (6–7.06.2017, м. Дніпро); НПК з міжнар. участю «Правові та організаційні засади паліативної допомоги в Україні» (11.11.2016, м. Київ); Республ. НПК «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан» (28.09.2016, г. Душанбе); VI Національний конгрес геронтологів і геріатрів України (19–21.10.2016, м. Київ); XIII з'їзд онкологів та радіологів України (26–28.05.2016, м. Київ); VII Міжнар. Медичний Форум «Інновації в медицині – здоров'я нації» (19–21.04.2016, м. Київ); 14th World Congress of the European Association for Palliative Care (8–10.05.2015, Copenhagen); Другий Національний Конгрес з паліативної допомоги (01-02.10.2015, м. Київ); 13-th World Congress of the European Association for Palliative Care (30.05–02.06.2013, Prague); Перший Національний Конгрес з паліативної допомоги (26–27.09.2012, м. Ірпінь); 5-я Междунар. конференція «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе» (27–29.10.2011, г. Минск); V съезд педиатров и детских хирургов Таджикистана (1–3.10.2010, г. Душанбе); 11th Congress of the European Association for Palliative Care (7–10.05.2009, Vienna).

2) на національному рівні – на 27 науково-практичних конференціях (повний список конференцій подано у додатках дисертації): Всеукр. НПК з сімейної медицини «Від науки до практики» (16–17.04.2019, м. Дніпро); НПК «Інноваційні моделі надання медичної допомоги та профілактики лікарем загальної практики-сімейним лікарем в сучасних умовах» (17.11.2017, м. Запоріжжя); НПК «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи» (03–04.04.2014, м. Черкаси); Перша НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні» (8–9.11.2012, м. Київ).

Публікації. Матеріали дисертаційної роботи знайшли відображення у 149 наукових працях, з яких – 29 публікацій у фахових наукових виданнях, регламентованих ДАК України, та 16 публікаціях в іноземних наукових журналах, у 50 публікаціях відображені основні наукові результати дисертації, 85 публікацій апробаційного характеру, у т. ч. 3 – методичні рекомендації і 4 – інформаційні листи про нововведення. В одноосібному авторстві опубліковано 16 робіт.

Структура та обсяг роботи. Дисертацію викладено на 482 сторінках (основний текст – 250 сторінок), складається з вступу, 7 розділів власних досліджень, узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (всього 530 найменувань, із них іноземними мовами – 161) і додатків. Роботу ілюстровано 59 таблицями та 45 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі розкрито актуальність теми наукового дослідження та показано зв'язок з науковими програмами, темами і планами; визначено мету, об'єкт і предмет, базу, методи дослідження; представлено наукову новизну, теоретичне та практичне значення; наведено інформацію про впровадження результатів дослідження, відображено особистий внесок автора у виконання роботи; представлено інформацію щодо апробації результатів та публікації за результатами дослідження.

У Розділі 1 «Медико-соціальні аспекти організації надання паліативної і хоспісної допомоги у світі та в Україні» представлено результати аналітичного дослідження зарубіжної та вітчизняної наукової літератури за темою дисертації. Зроблено системний аналіз успішного досвіду організації ефективних систем і служб ПХД населенню у багатьох країнах світу. Водночас, встановлено, що у вітчизняних наукових джерелах не представлено результати досліджень, у яких би науково обґрунтовувалась концепція і розроблялись функціонально-організаційні моделі системи доступної, якісної та ефективної ПХД населенню в Україні. Отримані результати підтвердили необхідність проведення комплексного наукового дослідження, спрямованого на медико-соціальне обґрунтування та розробку системи паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні.

У Розділі 2 «Програма, матеріали, методи і обсяги дослідження» представлено обґрунтовану та розроблену з позицій системного підходу програму дослідження, яка передбачала його реалізацію у 7 організаційних етапів. На кожному з етапів виконувалися взаємопов'язані завдання, що дало можливість забезпечити системність підходу. При цьому, результати, що були отримані на попередньому етапі, ставали логічною основою для вирішення завдань на наступному етапі (рис. 1).

Реалізація завдань *першого організаційного етапу* полягала у вивченні світового та вітчизняного досвіду щодо організації і надання ПХД населенню, стану наукової проблеми в Україні, у визначенні основних питань, які підлягали подальшому науковому дослідженню. Аналіз наукової літератури і відповідної міжнародної і вітчизняної НІБ здійснювався з використанням пошукових ресурсів Інтернет-мереж Medline, Pubmed, Medscape та ін. Реалізація завдань першого етапу дала можливість на підставі бібліосемантичного аналізу 530 наукових джерел, у т. ч. 161 – іноземними мовами, узагальнити міжнародний і національний досвід, виявити проблемні питання щодо наукового обґрунтування концептуальної моделі системи ПХД, визначити напрям дослідження, розробити його програму та дизайн.

На *другому організаційному етапі* було здійснено вибір напрямку дослідження, сформувано і обґрунтовано його мету, завдання, методи та обсяги дослідження.

Зокрема було розроблено опитувальники/анкети для соціологічного дослідження стану організації та надання ПХД населенню в Україні (оскільки в офіційних статистичних звітах дані про ПХД відсутні), а також для соціологічного опитування лікарів і молодших медичних спеціалістів, керівників ЗОЗ, експертів.

I етап	Аналіз існуючих систем організації надання ПХД населенню	
Джерела: наукова література (усього 530 джерел, з них: 161 – іноземними мовами, Інтернет-мережі, Medline, Pubmed, Medscape тощо).		
II етап	Вибір напрямку дослідження, визначення мети, завдань, обґрунтування методів та обсягів дослідження	
Обґрунтування методів та обсягів дослідження	Розробка опитувальників для соціологічного дослідження – аналізу і оцінки сучасного стану організації надання ПХД населенню в регіонах України	Розробка анкет для соціологічного опитування лікарів і молодших медичних спеціалістів, керівників ЗОЗ, експертів
Збір та обробка інформації		
III етап	Визначення потреби населення України у ПХД	
Медико-демографічна і медико-соціальна характеристика захворюваності і смертності в Україні, що визначають потребу населення у ПХД		Аналіз інформаційно-довідникових матеріалів МОЗ та Держслужби статистики, Національного канцер-реєстру України за 2000-2019 рр. (30 од.)
IV етап	Системний аналіз державного регулювання надання ПХД населенню в Україні та його реалізації на галузевому і регіональному рівнях управління охороною здоров'я	
Аналіз нормативно-правових актів з питань організації та надання ПХД населенню в Україні за 1997-2019 рр. (73 од.)		Аналіз цільових регіональних програм з питань розвитку ПХД населенню та охорони здоров'я в деяких регіонах України за 2007-2019 рр. (13 од.)
V етап	Аналіз стану та розвитку надання ПХД населенню на державному, регіональному та місцевому рівнях	
Аналіз забезпеченості населення ЗОЗ ПХД та якості надання ПХД. Оцінка поінформованості та ставлення медичних працівників до основних проблем надання ПХД інкурабельним хворим.		Аналіз опитувальників з регіонів – 48 од.; аналіз даних анкетних опитувань медичних працівників і керівників ЗОЗ (585 од.)
VI етап	Аналіз кадрового забезпечення ЗОЗ ПХД в Україні	
Оцінка кадрового потенціалу ЗОЗ ПХД шляхом аналізу опитувальників з регіонів (48 од.). Аналіз рівня знань, ставлення і потреби професійної підготовки з питань надання ПХД шляхом анкетних опитувань М/П і керівників ЗОЗ (585 од.); дані експертного оцінювання (31 од.)		Оцінка організації системи післядипломної підготовки М/П з питань надання ПХД. Порівняльний аналіз навчальних програм циклів ТУ з питань ПХД (15 од.).
VII етап	Наукове обґрунтування і розробка оптимальних моделей системи ПХД населенню в сучасних умовах розвитку галузі охорони здоров'я України	
Обґрунтування організаційних підходів до оптимальних моделей системи ПХД населенню згідно з рекомендаціями ВООЗ та міжнародними документами і стандартами		Розробка оптимальних організаційно-функціональних моделей системи якісної ПХД населенню в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я України
Методичне забезпечення дослідження	Методи дослідження та етапи дослідження	
	Системного підходу і системного аналізу – I–VII. Бібліосемантичний – I. Медико-статистичний – III, V, VI. Епідеміологічний – III. Контент-аналізу – I, IV, VI. Медико-географічний – V. Соціологічний (анкетного опитування) – V, VI. Концептуального моделювання – VII. Експертних оцінок – VI, VII. SWOT-аналізу – VII	
Впровадження результатів дослідження:		
<p>На державному рівні матеріали дослідження використано при розробці: 2 Законів України: «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 року № 3611-VI, зокрема Ст.8, Ст. 33 і Ст. 35-4 «Паліативна допомога»; «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, зокрема Ст. 4.; Проекту Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», № реєстрації 6634 від 22.06.2017, зокрема Ст. 26. «Надання елементів паліативної допомоги». 2 постанов КМУ: від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», зокрема п. 2 «Проведення структурної реорганізації галузі»; від 13.05.2013 № 333 «Про порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»; 2 розпоряджень КМУ: від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»; від 26.09.2018 N 688-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 р.»;</p> <p>На галузевому рівні при підготовці: 13 наказів МОЗ України і спільного наказу Мінсоцполітики та МОЗ України; 2 методичних рекомендації; інформаційного листа; 4 нововведень; підручника «Паліативна та хоспісна допомога» (2017), 2 посібників «Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря» (2017) і «Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення» (2019); 15 навчальних планів і програм ТУ для лікарів та молодших медичних спеціалістів (затверджені вченою радою НМАПО імені П.Л.Шупика – 2010–2020 рр.); 149 публікацій, у т. ч. 29 – у наукових фахових виданнях, 16 – у виданнях за кордоном; 84 виступів на конференціях, у т. ч. 52 – міжнародних і 9 – за кордоном.</p>		

Рис. 1. Програма, матеріали, обсяги та методичний апарат дослідження.

На *третьому організаційному етапі* проаналізовано розрахункову потребу населення України у ПХД. Для цього було проведено аналіз інформаційно-довідникових матеріалів МОЗ України та Держслужби статистики України, бюлетенів Національного канцер-реєстру України за 2000-2019 рр., що дозволило зробити медико-демографічний і медико-соціальний аналіз захворюваності і смертності за період 2009-2018 рр. та визначити розрахункові потреби населення у ПХД. З використанням медико-статистичного та епідеміологічного методів дослідження проаналізовано динаміку чисельності, вікового складу, захворюваності, смертності населення усіх регіонів України. Статистичний аналіз матеріалів на даному та наступних етапах дисертаційного дослідження виконано з використанням пакетів програм Excel Microsoft 10.0 і статистичних програм STATISTICA 7.0.

На *четвертому організаційному етапі* здійснено системний контент-аналіз нормативно-правової бази (НПБ) державного регулювання надання ПХД населенню (акти Президента України, Верховної Ради України, КМУ) та її реалізації на галузевому (МОЗ України, Мінсоцполітики України) і регіональному рівнях (ОДА/РДА, ДОЗ/УОЗ), зокрема: ретроспективний аналіз нормативно-правових актів (з 1995 по 2020 рр.), що втратили чинність (25 од.); аналіз чинних нормативно-правових актів з питань організації надання ПХД населенню в Україні (з 2005 по 2020 рр. – 22 од.) та цільових регіональних програм розвитку ПХД населенню та охорони здоров'я в деяких регіонах України за 2007-2019 рр. (13 од.); аналіз нормативно-правових актів, що стосуються захисту прав ПП і які регулюють забезпечення ПП адекватним знеболенням з використанням наркотичних і психотропних анальгетиків (17 од.), що регламентують надання ПХД та СППД онкологічним хворим, ЛЖВ, хворим на туберкульоз (13 од.) та ПП-дітям (4 од.).

На *п'ятому організаційному етапі* за розробленими анкетами у 2016-2019 рр. було проведено соціологічне дослідження: здійснено аналіз даних опитувальників з регіонів – 48 од.; а також аналіз даних анкетних опитувань медичних працівників (М/П) і керівників ЗОЗ (585 од.), зокрема проаналізовано рівень поінформованості, знань та ставлення респондентів щодо основних проблем організації надання ПХД населенню в Україні.

При аналізі показників, зокрема забезпеченості ПП стаціонарними ліжками, матеріально-технічного забезпечення спеціалізованих ЗОЗ ПХД, умов утримання ПП враховувалися вимоги галузевих нормативно-правових актів, а також стандартів і рекомендацій ВООЗ та ЕАРС. Аналіз результатів соціологічного дослідження дозволив здійснити комплексну оцінку стану і проблем організації ПХД, визначити основні перспективні підходи і напрями її оптимізації та подальшого розвитку.

Завданнями *шостого організаційного етапу* були аналіз кадрового забезпечення спеціалізованих ЗОЗ ПХД в Україні, а також медико-соціальне обґрунтування та розробка оптимальних підходів до організації безперервного професійного розвитку (БПР) М/П з питань ПХД як умови впровадження та розвитку системи ПХД в Україні. Для вирішення завдань було проведено аналіз опитувальників з регіонів (48 од.); аналіз даних анкетних опитувань медичних працівників і керівників ЗОЗ (585 од.); дані експертного оцінювання (31 од.), оцінку

існуючих навчальних планів і програм післядипломної освіти М/П з питань ПХД населенню на відповідність міжнародним стандартам і нормам.

Матеріалами дослідження слугували: результати анкетування М/П, навчальні плани і програми ЗВМО. Це дозволило провести системний аналіз сучасного рівня підготовки М/П з надання ПХД, виявити низку соціально значущих проблем і обґрунтувати сучасні підходи до оптимізації та удосконалення системи БПР М/П з питань ПХД, необхідність викладання основ організації та надання ПХД на післядипломному етапі освіти лікарів, а також сформулювати кваліфікаційні вимоги до М/П щодо надання ПХД населенню.

Обробка отриманих результатів соціологічних досліджень на V-VI етапах дисертаційної роботи потребувала формування комп'ютерної бази даних на основі Microsoft Excel. Статистична обробка результатів досліджень проводилась шляхом розрахунку частоти досліджуваної ознаки на 100 опитаних (%) та стандартної похибки ($\pm m$) для відносних величин за загальноприйнятою методикою. Застосовували критерій відповідності χ^2 Пірсона для таблиць сполученості з поправкою Йейтса.

Узагальнення результатів попередніх шести етапів дослідження дозволило під час виконання *сьомого організаційного етапу* обґрунтувати та розробити концептуальні основи організації системи доступної, якісної та ефективної ПХД населенню в Україні.

Також узагальнені результати дослідження дали змогу науково обґрунтувати та розробити концептуальну і функціонально-організаційні моделі системи ПХД населенню для усіх видів медичної допомоги на засадах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми і мультидисциплінарного (МД), міжвідомчого та міжсекторального підходів згідно з рекомендаціями і стандартами ВООЗ та авторитетних фахових міжнародних організацій, з акцентом на рівні ПМСД та створенні МД виїзних бригад ПХД в структурі госпітальних округів, з урахуванням сучасних умов розвитку та трансформації системи охорони здоров'я України, сформулювати висновки.

На сьомому, заключному етапі, було проведено визначення ефективності запропонованих моделей методом експертних оцінок з допомогою розроблених для цього спеціальних карт. Експертну оцінку моделей здійснено 31 незалежним висококваліфікованим експертом.

Таким чином, комплексне використання сучасних методів наукового дослідження дозволило отримати репрезентативні результати, які покладено в основу обґрунтування системи ПХД населенню в Україні.

Комплексний аналіз статистичних даних, представлених у **Розділі 3 «Визначення потреби населення України у паліативній та хоспісній допомозі»**, засвідчив, що актуальність проблеми створення і розвитку системи ПХД в Україні зумовлені несприятливою медико-демографічною ситуацією – постарінням населення, зростанням захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень (ЗН) і хронічних прогресуючих захворювань, зокрема ХНІЗ, які часто супроводжуються ХрБС та іншими важкими симптомами і розладами життєдіяльності, що суттєво знижують якість життя та вимагають паліативного лікування, догляду і реабілітації/абілітації ПП.

Медико-соціальний аналіз медико-демографічних показників свідчить про: швидке постаріння населення України – у загальній структурі населення частка людей старше працездатного віку збільшилася з 20,7 % у 2000 р. до 22,1 % у 2017 р.; високу загальну смертність (загальний коефіцієнт смертності у 2018 р. становив 14,8 ‰, що у 1,5 рази перевищує середній показник у країнах ЄС (9,7 ‰); високу смертність від хвороб системи кровообігу і ЗН, які у 2017 р. склали 384,8 тис. осіб та 78,3 тис. осіб (що у структурі смертності населення становить 68,3 %, та 13,6 %, відповідно), інших ХНЗ та ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу, вірусних гепатитів «В» і «С» тощо (Табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка смертності населення від найбільш поширених захворювань та їх частка у загальній структурі смертності (%) (2013-2017 роки)*

Показник	2013	2014*	2015*	2016*	2017*	Динаміка 2017 до 2013 рр.	
						АП**	ТПр*** %
Найбільш поширені причини смерті:							
1. Хвороби системи кровообігу (МКХ10: І00-І99)							
Кількість померлих (тис. осіб)	440,4	425,6	404,6	392,3	384,8	-55,6	-12,62 %
на 100 тис. нас.	968,2	989,8	944,2	920,3	982,0	13,8	1,43 %
%	69,9	67,3	68,0	67,2	68,3		
2. Новоутворення (МКХ10: С00-Д48)							
Кількість померлих (тис. осіб)	92,3	83,9	79,5	79,0	78,3	-14,0	-15,17 %
на 100 тис. нас.	202,7	195,1	185,6	184,9	200,8	-1,9	- 0,94 %
%	14,7	13,3	13,4	13,5	13,6		
3. Хвороби органів травлення (МКХ10: К00-К93)							
Кількість померлих (тис. осіб)	27,7	25,2	22,8	22,0	22,0	-5,7	-20,58 %
на 100 тис. нас.	61,5	58,7	53,3	51,8	55,2	-6,3	-10,24 %
%	4,4	4,0	3,8	3,8	3,8		
4. Хронічні хвороби органів дихальної системи (МКХ10: J40-J47)							
Кількість померлих (тис. осіб)	9,2	8,3	7,7	6,7	6,0	-3,2	-34,78 %
на 100 тис. нас.	20,2	18,3	17,9	15,7	14,1	-6,1	- 30,20 %
%	1,5	1,3	1,3	1,1	1,0		
5. Хвороби нервової системи (МКХ10: G00-G99)							
тис. осіб	5,8	5,9	4,9	4,8	4,6	-1,2	-20,69 %
на 100 тис. нас.	13,1	13,7	11,4	13,0	11,7	-1,4	-10,69 %
%	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8		
6. Туберкульоз (МКХ10: А15-А16)							
Кількість померлих (тис. осіб)	4,0	3,5	2,8	2,4	3,5	-0,5	-12,5 %
на 100 тис. нас.	14,1	12,2	10,8	9,5	8,2	-5,9	-41,84 %
%	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4		
7. ВІЛ-інфекція/СНІД (МКХ10: В20-В24)							
Кількість померлих (тис. осіб)	5,2	4,4	4,0	4,0	3,8	-1,4	-26,92 %
на 100 тис. нас.	11,0	10,2	9,4	10,8	9,5	-1,5	-13,64 %
%	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7		
8. Цукровий діабет (МКХ10: Е10-Е14)							
Кількість померлих (тис. осіб)	2,1	1,9	1,9	2,0	2,0	-0,1	-4,76 %
на 100 тис. нас.	4,6	4,2	4,4	4,7	4,7	+0,1	+2,17 %
%	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		

Примітки: * – без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та невідконтрольної частини території Донецької і Луганської областей; ** – абсолютний приріст; *** – темпи приросту.

Існує нагальна потреба, щоб зазначені вище нозології захворювань та інші об'єктивні показання для визначення статусу ПП були затверджені МОЗ України у клінічних протоколах медичної допомоги при найбільш поширених важких хронічних захворюваннях окремими розділами «Паліативна медична допомога».

Розрахункову потребу населення у ПХД в Україні визначено згідно з наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» за формулою:

$K_{пд} = K_{пф} \times 0,80$, де $K_{пд}$ – кількість пацієнтів, які потребують паліативної допомоги; $K_{пф}$ – кількість померлих пацієнтів за попередній рік; **0,80** – коефіцієнт потреби у ПХД.

Аналіз медико-демографічних даних дозволив визначити розрахункову потребу населення у ПХД, яка у 2017 р. становила 457,1 тис. осіб, або 1078,4 на 100 тис. нас., а також засвідчив суттєву різницю у віковому аспектах: так, 78,9 % ПП – особи старші за 60 років, з максимальною потребою у віці 80 років і старші (34,5 %) (Табл. 2).

Таблиця 2

Розрахункова потреба у ПХД у розрізі вікової та гендерної структури смертності від захворювань населення України за 2017 рік**

Вікова категорія (років)	К-сть померлих (чол.) (осіб)	Розрахункова потреба у ПХД (чол.) за коефіц. 0,80 (осіб/%)	К-сть померлих (жін.) (осіб)	Розрахункова потреба у ПХД (жін.) за коефіц. 0,80(осіб/%)	К-сть померлих (чол. і жін.) (осіб)	Розрахункова потреба у ПХД (чол. і жін. разом) за коефіц. 0,80 (осіб/%)
0 – 9	2 177	1 742 (0,78%)*	1 596	1 277 (0,55 %)*	3 773	3 019 (0,67 %)*
10 – 19	887	710 (0,32 %)*	405	324 (0,14 %)*	1 292	1 034 (0,23 %)*
20 – 29	4 576	3 661 (1,63 %)	1 390	1 112 (0,48 %)	5 966	4 773 (1,06 %)
30 – 39	13 350	10 680 (4,77 %)	4 428	3 542 (1,52 %)	17 778	14 222 (3,15 %)
40 – 49	22 384	17 907 (7,99 %)	8 208	6 566 (2,82 %)	30 592	24 473 (5,41 %)
50 – 59	43 080	34 464 (15,39 %)	17 385	13 908 (5,97 %)	60 465	48 372 (10,68 %)
60 – 69	66 209	52 967 (23,65 %)	38 029	30 423 (13,06 %)	104 238	83 390 (18,36 %)
70 – 79	69 199	55 359 (24,71 %)	79 581	63 665 (27,32 %)	148 780	119 024 (26,02%)
80 і старші	58 423	46 738 (20,87 %)	140 059	112 047 (48,09%)	198 482	158 785 (34,48%)
Разом	280285	224 228	291 081	232 865	571 366	457 093 (100 %)
Усього померлих (чоловіки і жінки) – 571 366						
Усього розрахункова потреба у ПХД (за коефіцієнтом 0,80) – 457 093 осіб						
Усього розрахункова потреба у ПХД на 100 тис. нас. – 1 078,4						

Примітки:

* Потребу у ПХД для дітей розраховують не лише від числа померлих, оскільки показання для надання ПХД дітям включають не тільки термінальний період захворювання, а й тривалий догляд при вроджених вадах розвитку, орфанних та інших інкурабельних захворюваннях.

** Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та непідконтрольної частини території Донецької і Луганської областей.

Найвищі показники розрахункової потреби населення у ПХД виявлено в Чернігівській (1472,2 на 100 тис. насел.), що на 36,5 % перевищують середні показники в Україні, у Полтавській (1319,9) та Кіровоградській (1308,7) областях.

У Розділі 4 «Системний аналіз нормативно-правової бази, що регулює надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні, та її відповідності міжнародним підходам, стандартам і нормам» проведено аналіз і обґрунтування розробки і впровадження нормативно-правової бази (НПБ), що регулює надання ПХД, з врахуванням кращого міжнародного і національного досвіду, медико-демографічних особливостей, соціально-економічних можливостей та умов України. Відповідно до стандартів і рекомендацій ВООЗ, Ради Європи та інших авторитетних міжнародних інституцій адекватна НПБ є основою і важливою умовою формування державної політики створення і розвитку системи ПХД.

Ретроспективний аналіз НПБ свідчить, що впродовж 1995–2012 рр. було видано 5 Законів України, Указ Президента України, 3 постанови КМУ, 12 наказів МОЗ України, що стосувалися прав і медико-соціальної підтримки інкурабельних хворих. Результати контент-аналізу НПБ виявив низку недоліків: акцент робився на ПХД у стаціонарних ЗОЗ, і недостатньо уваги приділялося наданню ПХД в амбулаторних умовах і вдома, міжвідомчій та міжсекторальній координації і співпраці; не визначалися шляхи та методи вирішення існуючих проблем, джерела та обсяги фінансування, механізми та обсяги надання ПД членам сімей ПП; нормативно-правові акти часто дублювали один одного тощо. Відсутність в Україні системи моніторингу та інституцій державного контролю за виконанням нормативно-правових актів з питань ПХД зумовило невиконання або неповне виконання більшості ухвалених документів, що потребує відновлення діяльності Міжвідомчої Координаційної ради з питань надання ПХД населенню або створення в МОЗ України відповідного структурного підрозділу.

В Україні сьогодні немає окремих (профільних) Законів, які б регламентували надання ПХД, дотримання прав ПП та членів їх сімей/законних представників. Чинне законодавство України, що регулює організацію та надання ПХД, представлено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, в який Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. №3611-VI було внесено окремий вид медичної допомоги – паліативна допомога (ст. 8, 33, 35⁴).

У Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII у Ст. 4 зазначено, що у «межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам ...повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням...паліативної медичної допомоги...».

Наші пропозиції щодо надання ПХД були враховані при розробці нормативно-правових актів, зокрема: у постановах КМУ від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» п. 2. передбачено заклади для надання паліативної допомоги (хоспіси) у складі міжрайонних та міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних

округів), а від 13.05.2013 № 333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» (зокрема, пп. 22–30) – систему заходів для забезпечення права ПП на доступність до адекватного знеболення як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома; у розпорядженнях КМУ від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» передбачено «...розвиток системи ...паліативної допомоги та медичної реабілітації...», а від 26.09.2018 № 688-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року» п. 2 визначено «завдання щодо паліативної допомоги і догляду за людьми похилого віку»; у наказах МОЗ України: від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», яким затверджено: «Порядок надання паліативної допомоги», «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» і «Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги», а також передбачено заходи щодо післядипломної освіти медичних працівників з питань ПХД та інше; від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», у яких передбачено «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги», у т. ч. ПХД, а також визначено обов'язки лікарів ЗП-СЛ при наданні ПХД на рівні ПМСД; від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розробленого на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», яким регламентовано обов'язкові необхідні дії лікаря щодо забезпечення адекватного знеболення, затверджено «Етапи діагностики і лікування» (клінічний маршрут ПП), «Лікування ХрБС» тощо, що визначає умови для забезпечення доступності ПП до адекватного знеболення; від 07.11.2011 № 768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», паліативного відділення», які були впроваджені у пілотних регіонах з реформування системи охорони здоров'я (у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і місті Києві) та інші.

Результати аналізу НПБ засвідчили про потребу в удосконаленні чинних та розробці нових нормативно-правових документів, оскільки в Україні не затверджено: державні стандарти надання ПХД, Примірне Положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс»; Примірне Положення про виїзну бригаду з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома»; Примірне Положення про паліативне відділення; методики розрахунку потреби ПХД для дорослих і дітей тощо. Також необхідно доопрацювати наказ МОЗ України від 07.11.2011 № 768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання

паліативної допомоги «Хоспіс вдома», паліативного відділення», щоб поширити його дію на всю територію України.

Сьогодні необхідним є законодавче врегулювання на державному, регіональному і місцевому рівнях механізмів забезпечення мультидисциплінарного, міжвідомчого і міжсекторального підходів до надання ПХД та СППД, які повинні стати невід'ємними інтегрованими складовими систем охорони здоров'я та соціального захисту населення України. Важливими чинниками, які б позитивно сприяли становленню і розвитку системи ПХД в Україні, є розробка і прийняття ВРУ Закону України «Про паліативну допомогу населенню в Україні» або Державної програми розвитку паліативної допомоги в Україні, а також ухвалення постанови КМУ «Про затвердження Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні». За результатами аналізу нормативно-правових актів розроблено пропозиції щодо удосконалення і розвитку національної НПБ з питань ПХД.

У **Розділі 5 «Системний медико-соціальний аналіз надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні»** представлено результати проведених у 2015–2019 рр. соціологічних досліджень. Оскільки у звітних формах державної статистики не передбачено дані щодо надання ПХД населенню, було розроблено спеціальні опитувальники, які за сприяння ГО «Українська ліга розвитку паліативної і хоспісної допомоги» надіслано до керівників ОДА і обласних рад. Результати аналізу даних, які надійшли з регіонів, дозволили визначити забезпеченість ПХД населення та засвідчили, що розвиток закладів і служб ПХД в Україні ще не відповідає потребам населення, чинній НПБ і значно відстає від багатьох країн Європи і світу. Зокрема, аналіз результатів соціологічних досліджень засвідчив суттєву різницю стану надання ПХД в областях: існуюча мережа та потужність ЗОЗ ПХД у більшості регіонів – недостатня, хоча з 2010 р. кількість стаціонарних ЗОЗ ПХД збільшилася у 3,0 рази, ВПХМ – у 3,1 рази, а кількість ліжок у цих закладах – у 2,6 рази та у 3,5 рази відповідно. Станом на 01.01.2019 р. спеціалізовану стаціонарну ПХД надавали у 2 центрах ПХД (у м. Івано-Франківську і м. Харкові) і 19 лікарнях «Хоспіс», в яких було розгорнуто 657 ліжок, та в 71 ВПХМ у ЗОЗ різного профілю, в яких було розгорнуто 1546 ліжок для ПП (рис. 2, 3). Усього в Україні, разом з ліжками у багатопрофільних та спеціалізованих ЗОЗ і у закладах соціальної опіки, розгорнуто 2997 ліжок для ПП (при розрахунковій потребі близько 4,25 тис. ліжок – згідно з рекомендаціями ВООЗ – 8–10 ліжок на 100 тис. населення), що становить 69,9 % від потреби.

У деяких регіонах досі не створено жодного хоспісу, ВПХМ або виїзної бригади ПХД державної або комунальної форми власності. Спеціалізовані ЗОЗ ПХД педіатричного профілю функціонують лише у 5 регіонах. Це зумовлює таку ситуацію, що більшість ПП, особливо у сільській місцевості, поки що не мають доступу до спеціалізованої ПХД. Аналіз даних, які надійшли з регіонів, засвідчив, що досі не створено обласні хоспіси або центри ПХД у 18 областях та міський хоспіс або центр ПХД у м. Києві, які крім діагностично-лікувальних функцій здійснювали б ще й організаційно-методичну та координаційну роботу на території регіону, підготовку кадрів та наукову діяльність з питань ПХД тощо. Загальна чисельність ПП, яким було надано стаціонарну ПХД, склала у 2017 р. 20,5 тис. осіб,

або 65,6 на 100 тис. населення, що у 2,5 рази менше від розрахункової потреби, і коливалася від 216,7 на 100 тис. населення у Сумській і 202,4 – у Чернігівській областях до 3,9 на 100 тис. в Одеській і 5,1 – в Житомирській областях (рис. 3).

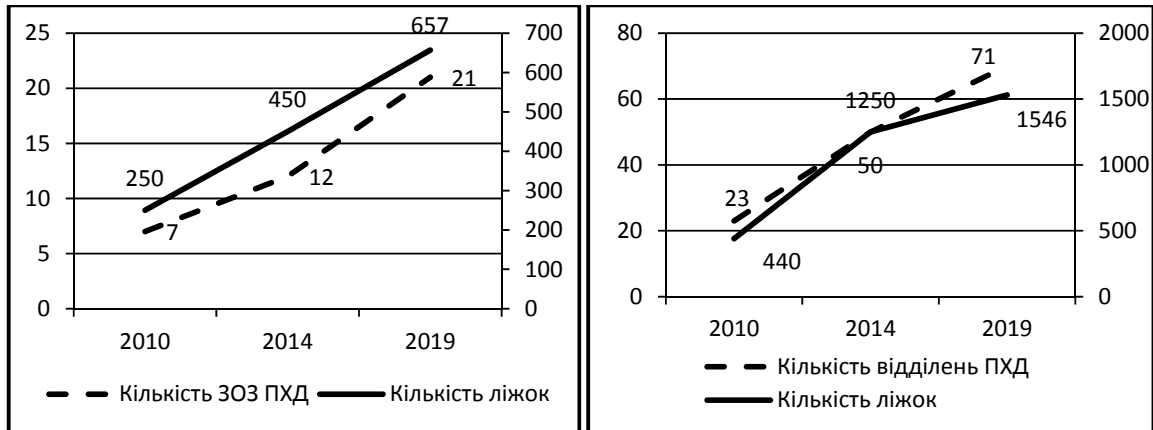


Рис. 2. Розвиток спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД в Україні (2010–2019 рр.).

Про недостатню забезпеченість стаціонарними ЗОЗ ПХД свідчать результати соціологічного дослідження: на проблеми/труднощі з госпіталізацією ПП через відсутність вільних місць у хоспісі/ВПХМ вказали $72,7 \pm 7,8$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $51,2 \pm 2,7$ % – неспеціалізованих ЗОЗ, на відсутність умов для надання ПХД у стаціонарних ЗОЗ – $45,5 \pm 8,7$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $33,2 \pm 2,6$ % – неспеціалізованих ЗОЗ. На потребу у стаціонарній ПХД вказали $72,1 \pm 6,8$ % лікарів-спеціалістів, $71,3 \pm 6,6$ % лікарів ЗП-СЛ/ЗОЗ ПМСД і $69,0 \pm 8,6$ % керівників ЗОЗ. Також, незважаючи на суттєве збільшення впродовж 2016–2019 рр. кількості стаціонарних ЗОЗ ПХД і ліжок для ПП, про проблеми при госпіталізації ПП у хоспіс/ВПХМ засвідчили $55,8 \pm 7,6$ % лікарів-спеціалістів, $51,7 \pm 9,3$ % керівників ЗОЗ і $43,5 \pm 7,3$ % лікарів ЗП-СЛ/ЗОЗ ПМСД.

Виявлено низку проблем щодо умов перебування ПП у стаціонарних ЗОЗ ПХД. Так, кількість 1- та 2-місних палат у ЗОЗ ПХД, у середньому, в Україні складає лише 57,0 %, хоча згідно з наказом МОЗ України від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я. Примірне положення про заклад охорони здоров'я "Хоспіс"» у п. 5.2. передбачено «паліативне відділення з 1-, 2-ліжковими палатами». Про невідповідність оснащення багатьох стаціонарних ЗОЗ ПХД «Примірному табелю матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я "Хоспіс"» (наказ МОЗ України від 07.11.2011 № 768) свідчить аналіз опитувальників. Так, стаціонарні ЗОЗ ПХД, у середньому, забезпечено функціональними ліжками на 57,1 %, концентраторами кисню – на 7,5 %, протипролежневими матрацами – на 26,4 %, що, відповідно, у 1,8, 2,1 і 3,0 рази нижче від належного.

Виявлено недостатній розвиток амбулаторної ланки ПХД. Згідно з рекомендаціями ЕАРС одна виїзна МД бригада/служба ПХД створюється на

150 тис. населення. За прогнозними розрахунками, в Україні необхідно створити 280 МД бригад ПХД. Станом на 01.01.2019 р. амбулаторну ПХД населенню в Україні надавали лише 13 виїзних бригад ПХД вдома і 5 виїзних бригад ПД дітям, 2 кабінети протибольової терапії, які створено при хоспісах, ВПХМ, центрах ПМСД. Забезпеченість населення амбулаторною ПХД становить лише 3,93 %. ВООЗ (2016) рекомендує переорієнтувати служби ПХД на «позалікарняні форми обслуговування, які не тільки не поступаються традиційному стаціонарному лікуванню, а й є економічно вигіднішими». Головними умовами впровадження цього підходу є створення умов, належна мотивація персоналу та відповідна підготовка фахівців.

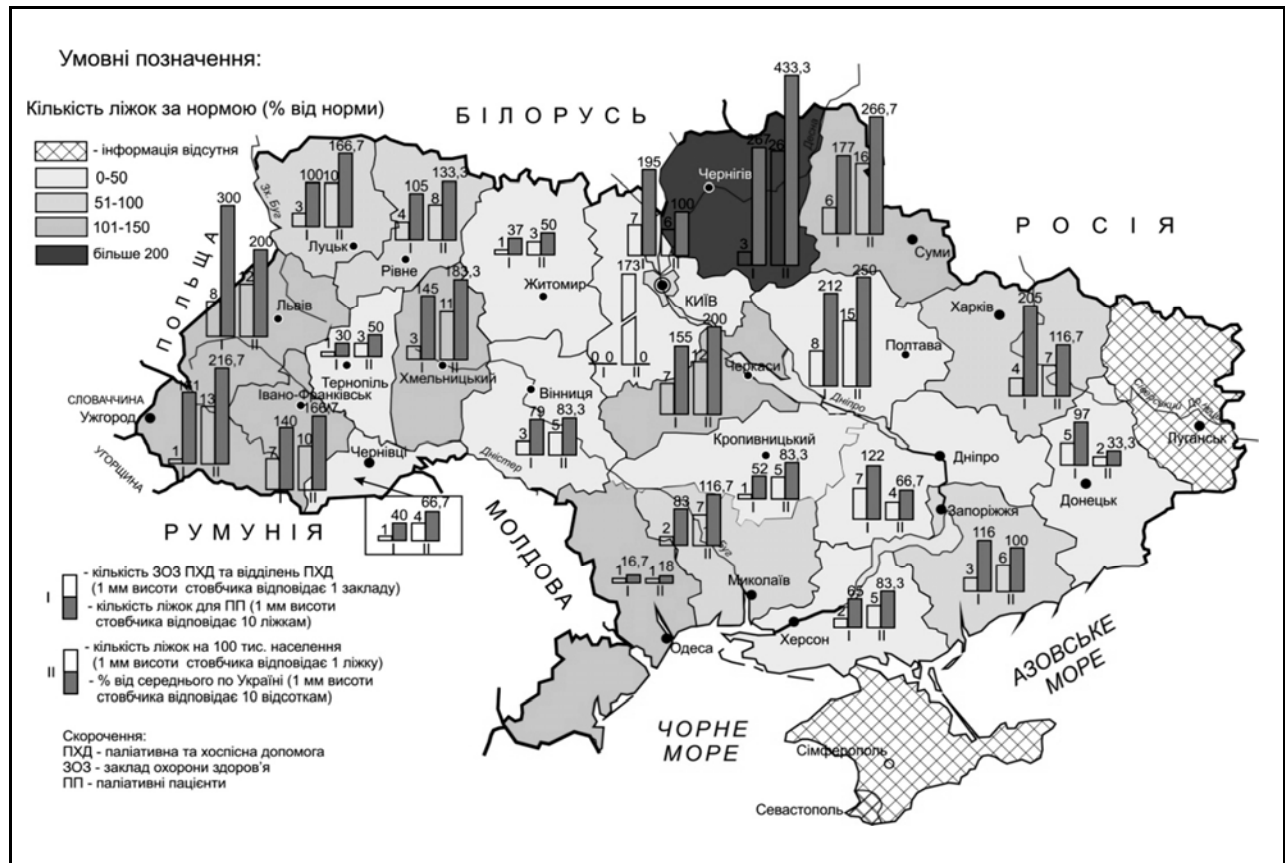


Рис. 3. Розміщення ZOZ і відділень ПХМ та кількість ліжок для ПП на 100 тис. насел. в регіонах України на 01.01.2019 р.

Сьогодні в Україні практично відсутні лікарні або відділення сестринського догляду, що обов'язково слід врахувати при перепрофілюванні ZOZ в ході реформування системи охорони здоров'я.

Створення системи ПХД вимагає забезпечення міжвідомчої та міжсекторальної координації і співпраці, оскільки часто ПП (зокрема, геріатричного і педіатричного профілю) перебувають одночасно як у сфері діяльності органів охорони здоров'я, так і соціального захисту населення, а також закладів недержавної форми власності. До надання ПХД в амбулаторних умовах і вдома крім лікарів ЗП-СЛ та М/П ПМСД згідно з чинною НПБ необхідно залучати

фахівців ТЦСО населення. Але аналіз результатів соціологічного дослідження засвідчив, що установи соціального захисту населення беруть недостатню участь у наданні ПХД/СППД населенню вдома.

Саме від регіональних і місцевих органів влади значною мірою залежить розвиток надання ПХД і СППД, особливо на амбулаторному рівні та вдома, але станом на 2017 р. в Україні було затверджено лише 6 регіональних/обласних (24,0 %) та 17 районних і міських програм розвитку ПХД, хоча, як засвідчив досвід Сумської області і м. Дніпра, наявність регіональних програм розвитку ПХД дозволяє забезпечити доступність надання ПХД. Міжвідомчі координаційні ради з питань розвитку ПХД створені лише при 5 ОДА/РДА.

В Україні, як і в розвинених країнах світу, значну роль у створенні і розвитку системи ПХД населенню, поширенні меценатства і благодійності, волонтерського руху тощо повинні відігравати громадські організації. Поки що в нашій країні відсутнє нормативно-правове врегулювання такої діяльності. Важливо передбачити при розробці Закону України «Про паліативну допомогу в Україні» або Державної програми розвитку паліативної допомоги в Україні регламентування діяльності закладів ПХД, що створюються і фінансуються НДО, БФ та релігійними громадами, та роль громадських організацій в системі ПХД.

Таким чином, системний медико-соціальний аналіз стану організації надання ПХД населенню засвідчив відсутність системи ПХД в Україні. Недостатня кількість стаціонарних ЗОЗ ПХД і МД виїзних бригад надання ПХД вдома зумовлює проблему доступності спеціалізованої ПХД для населення, як у містах, так і в сільській місцевості. Згідно з чинною НПБ необхідно створити центри паліативної допомоги дітям у кожній адміністративній території.

У **Розділі 6 «Аналіз кадрового забезпечення закладів паліативної та хоспісної допомоги в Україні»** представлено результати соціологічного дослідження, які свідчать про значні проблеми з професійною підготовкою та комплектуванням ЗОЗ ПХД персоналом. Так, у середньому, укомплектованість стаціонарних ЗОЗ ПХД лікарями складає $32,7 \pm 9,4$ %, а молодшими медичними спеціалістами – $38,5 \pm 7,4$ %; повністю укомплектовані лікарями менше половини стаціонарних ЗОЗ ПХД ($44,4 \pm 11,7$ %), а молодшими медичними спеціалістами – тільки $57,9 \pm 11,3$ %. Виявлено досить високу плінність кадрів. Так, впродовж 2017 р. у ЗОЗ ПХД, де проводилося опитування, звільнилися $15,4 \pm 4,5$ % лікарів, $12,4 \pm 2,1$ % молодших медичних спеціалістів і $7,9 \pm 1,7$ % молодших М/П, що, відповідно, у 7,7, у 6,2 і у 3,9 рази більше, ніж серед адміністративно-технічного персоналу.

Результати соціологічного дослідження свідчать про недоліки у професійній підготовці М/П з питань організації та надання ПХД, зокрема, про недостатній рівень знань і компетентності М/П із зазначених питань. Аналіз анкет засвідчив, що більше половини респондентів неспеціалізованих ЗОЗ ($56,5 \pm 2,4$ %) вважали, що вони не мають спеціальних знань з питань ПХД населенню, найбільше серед яких були лікарі-інтерни – $64,8 \pm 8,2$ % (рис. 4). Зазначене не відповідає сучасним міжнародним підходам і стандартам, згідно з якими, усі М/П повинні мати базові знання з ПХД. Також більшість М/П вважали себе недостатньо підготовленими

щодо організації МД ПХД в амбулаторних умовах. Про це зазначили $96,2 \pm 2,7$ % лікарів-інтернів, $76,7 \pm 6,4$ % лікарів-спеціалістів, $70,9 \pm 7,2$ % лікарів ЗП-СЛ/ЗОЗ ПМСД і $65,5 \pm 8,8$ % керівників ЗОЗ. Про потребу у спеціальних знаннях з ПХД відмітили $96,2 \pm 2,7$ % лікарів-інтернів, $95,7 \pm 3,0$ % лікарів ЗП-СЛ/ЗОЗ ПМСД, $93,1 \pm 4,7$ % керівників ЗОЗ і $93,0 \pm 3,9$ % лікарів-спеціалістів.

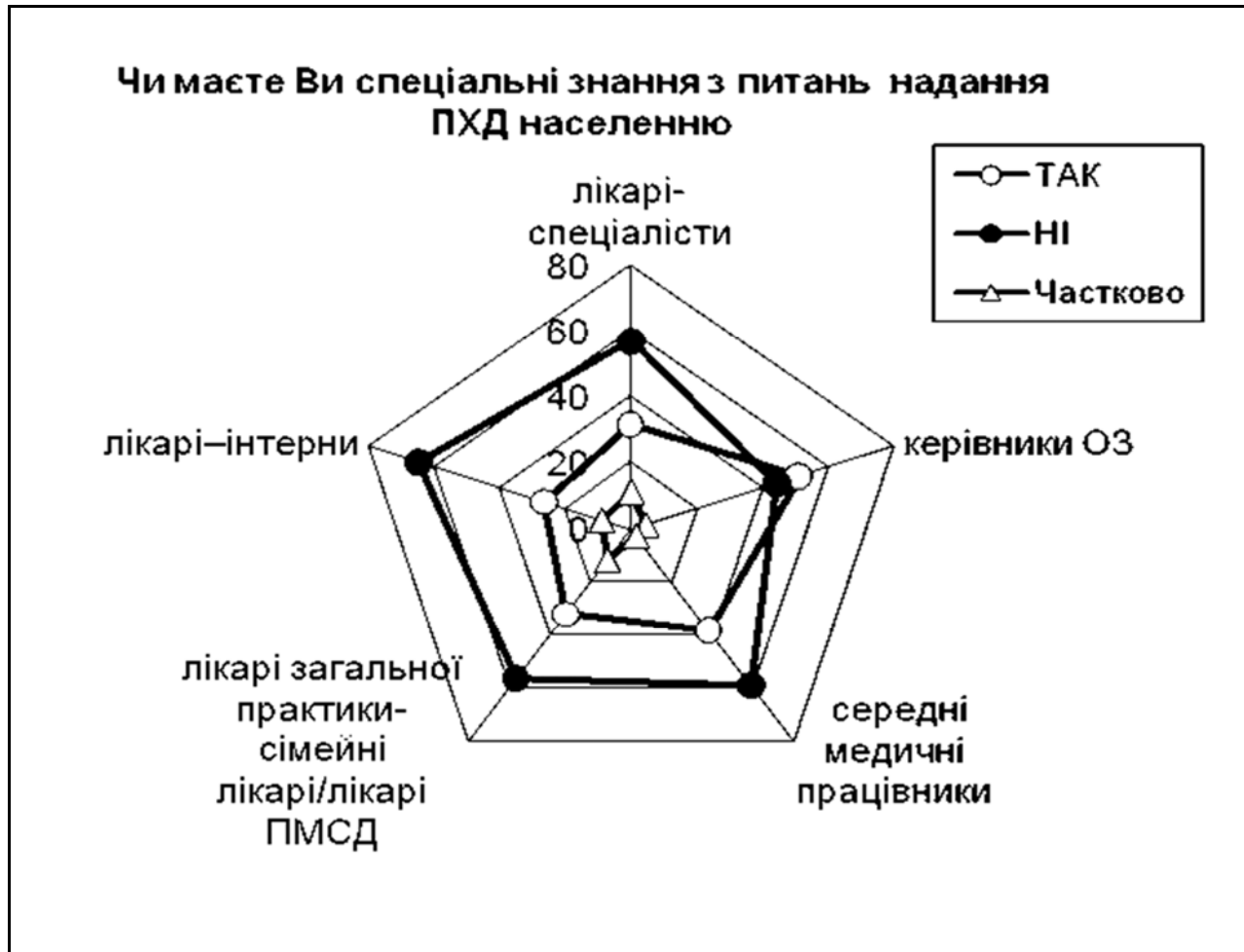


Рис. 4. Результати соціологічного дослідження М/П щодо наявності у них спеціальних знань з питань ПХД (на 100 опитаних), залежно від спеціальності.

Результати соціологічного дослідження засвідчили, що найбільші проблеми/труднощі при наданні ПХД респонденти відчували щодо: забезпечення контролю психоемоційного стану ПП – $57,6 \pm 8,6$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $52,4 \pm 2,7$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ; надання допомоги у термінальній стадії захворювання/агонії – $54,5 \pm 8,7$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $31,7 \pm 2,5$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ; спілкування з родичами ПП – $51,5 \pm 8,7$ % респондентів 1-ої групи і $42,5 \pm 2,7$ % респондентів 2-ої групи (рис. 5). Вказали, що не бажають працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами $62,8 \pm 4,5$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД, $52,9 \pm 5,6$ % молодших медичних спеціалістів і $45,8 \pm 4,2$ % лікарів-спеціалістів.

Встановлено, що ЗВМО приділяють недостатню увагу підготовці студентів з питань ПХД. Аналіз анкет засвідчив, що лише $9,1 \pm 5,0$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $7,0 \pm 1,3$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ одержали знання з питань ПХД «під час додипломного навчання у ЗВМО».

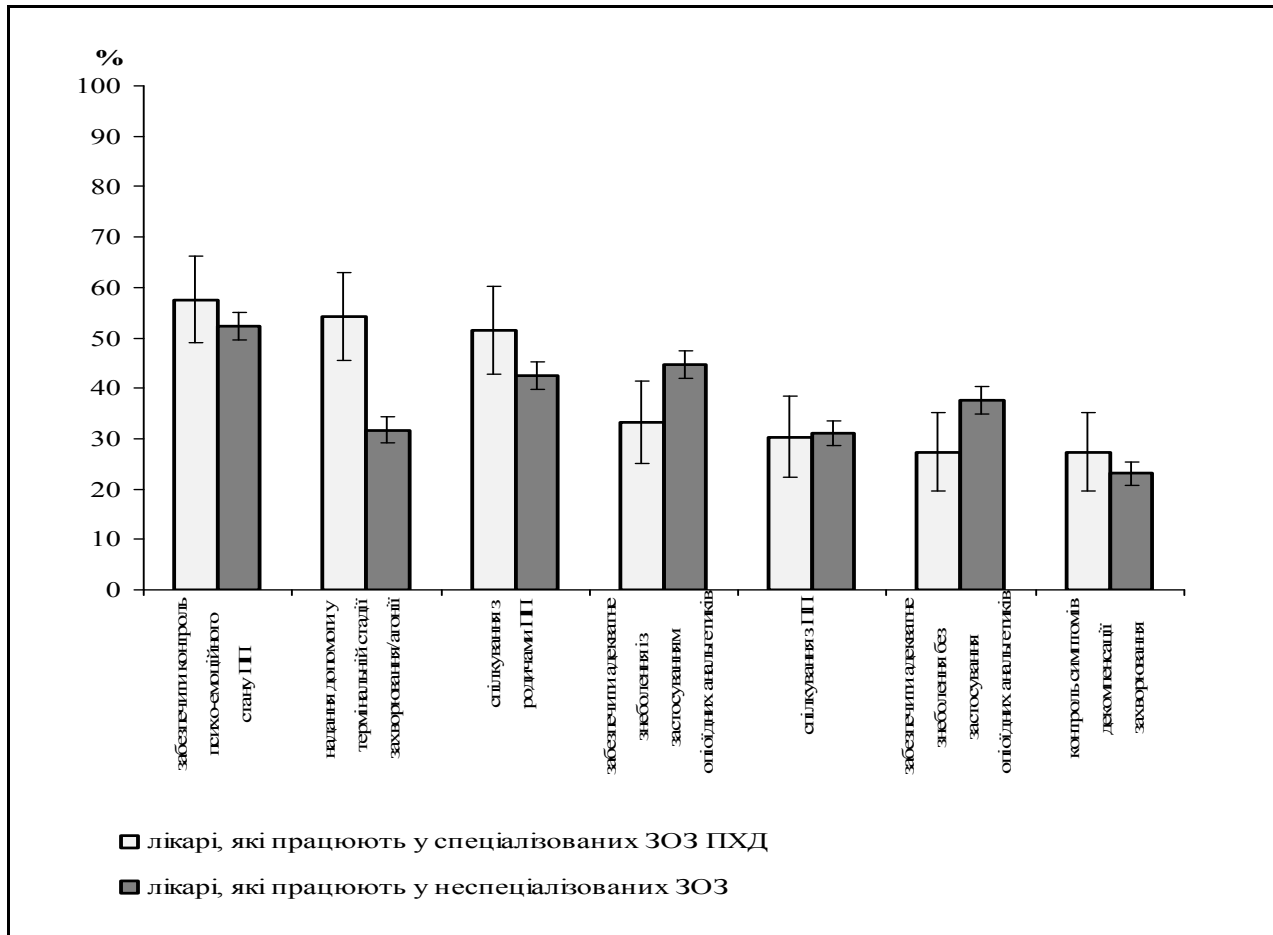


Рис. 5. Результати соціологічного дослідження щодо найбільших проблем/труднощів, які відчували лікарі при наданні ПХД (на 100 опитаних).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, ЕАРС, головними складовими БПР М/П з питань ПХД повинні стати пацієнт-сім'я-орієнтована парадигма, МД, міжвідомчі і міжсекторальні підходи. Провідну роль у наданні ПХД населенню разом із фахівцями спеціалізованих ЗОЗ ПХД мають відігравати М/П ЗОЗ ПМСД, і в першу чергу – лікарі ЗП-СМ, які повинні забезпечити організацію та надання ПХД на первинному рівні медичної допомоги, зокрема вдома.

Відповідно до сучасних міжнародних підходів, усі служби ПХД повинні мати у своєму розпорядженні належним чином мотивовані лікарські і сестринські кадри, що вимагає впровадження заходів моральної та матеріальної мотивації фахівців. Результати експертної оцінки засвідчили: 93,5 % експертів вважають, що в Україні відсутня система адекватної мотивації кадрів, які залучені до надання ПХД. Також 96,8 % експертів дали найвищі оцінки – 10 і 9 балів (середній бал $9,94 \pm 0,06$ % і $9,87 \pm 0,08$ % відповідно) твердженням, що лікарі ЗП-СЛ, які залучені до надання

ПХД, повинні одержувати від НСЗУ доплату/підвищений коефіцієнт за кожного ПП і що М/П, які надають ПХД, повинні мати підвищені посадові оклади, збільшену відпустку та пенсійні пільги, що свідчить про важливість матеріальної мотивації їх до такої роботи. Також високу оцінку ($8,87 \pm 0,40$ бали) дали експерти твердженню, що важливою умовою забезпечення доступності, якості і ефективності надання ПХД є затвердження МОЗ медичної спеціалізації «Паліативна та хоспісна медицина».

На підставі системного аналізу національного і закордонного досвіду нами була запропонована модель професійної підготовки лікарів з ПХМ.

Отже, адекватна додипломна освіта та БПР кваліфікованих фахівців є однією з головних умов створення і розвитку системи якісної та ефективної ПХД. Зазначене потребує комплексного і системного вирішення та державної підтримки, зокрема з боку МОЗ України і МОН України.

У розділі 7 «Медико-соціальне обґрунтування та розробка оптимальних моделей системи паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні» визначено концепцію та організаційні підходи до створення і розвитку системи ПХД населенню в Україні. Системно-історичний аналіз досвіду організації і надання ПХД свідчить, що у різних країнах, незважаючи на соціально-економічні і національні особливості, є обов'язкові складові та умови, які забезпечують розвиток системи ПХД, зокрема: 1) політична воля і підтримка системи ПХД органами влади; 2) адекватна НПБ, що відповідає сучасним міжнародним підходам і стандартам; 3) підбір, навчання і мотивація кадрів; 4) адекватне фінансування, забезпечення лікарськими засобами та обладнанням; 5) підтримка суспільства, розвиток благодійності і волонтерства.

Концепція запропонованої нами системи ПХД в Україні ґрунтується на пацієнт-сім'я-орієнтованій парадигмі та людино-центричних цінностях, що визначає її мету: забезпечити максимально досяжний рівень якості життя ПП і членів сім'ї під час його хвороби і у період скорботи після смерті ПП, що гарантується державою шляхом пріоритетного дотримання їх права на повагу та гідність (рис. 6).

У роботі сформульовані 6 основоположних принципів організації та функціонування концептуальної моделі системи ПХД, що інтегрована в охорону здоров'я. Основоположними принципами є:

1. Інтеграція системи ПХД в охорону здоров'я, впровадження системного і комплексного підходу, що забезпечить доступність, якість та ефективність надання ПХД населенню (рис. 7).

2. Оптимізація державного управління і децентралізація, гарантії фінансування з державного бюджету згідно з чинним законодавством, а також шляхом розробки і впровадження державної та регіональних/місцевих цільових програм ПХД, що забезпечить доступність, якість та ефективність надання ПХД в Україні.

3. Раціональне використання бюджетних ресурсів шляхом пріоритетного впровадження амбулаторних/позастаціонарних форм надання ПХД, що забезпечить доступність і якість надання ПХД населенню.

4. Впровадження МД підходу, який забезпечить якість та ефективність ПХД в Україні, що досягається завдяки залученню спеціально навчених фахівців різного профілю, а також волонтерів, родичів і друзів ПП, НДО тощо, і в ЗОЗ, і в ТЦСО.

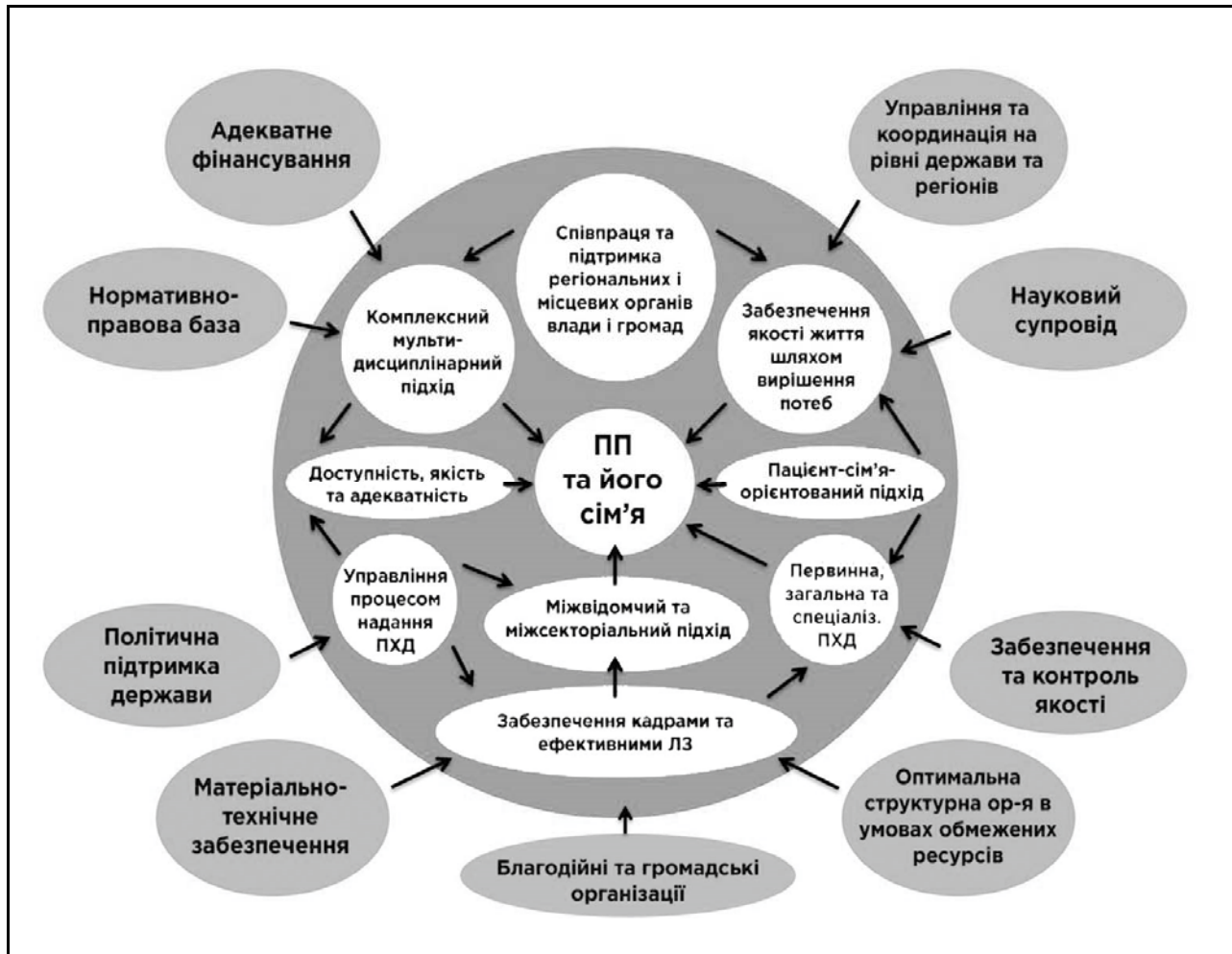


Рис. 6. Концептуальна модель системи надання ПХД в Україні.

5. Міжвідомча співпраця, наступність і координація діяльності ЗОЗ із закладами системи соцзахисту населення, спільне використання ресурсів, створення мережі закладів і служб для надання ПХД і СППД, підпорядкованих як МОЗ, так і Мінсоцполітики, Міністерству оборони України та інших міністерств і відомств, залучення МОН України до підготовки кадрів для надання ПХД і СППД, що забезпечить доступність, якість та ефективність ПХД населенню.

6. Міжсекторальний підхід досягається шляхом гарантування рівних умов для створення та функціонування закладів ПХД різних форм власності, координації діяльності і співпраці закладів, які залучені до надання ПХД, незалежно від форми власності, а також представників НДО, за умови дотримання відповідних стандартів та нормативно-правових актів, впровадження дієвих механізмів моніторингу і контролю якості надання ПХД, що забезпечує доступність та ефективність ПХД.



Рис. 7. Концептуальна модель інтеграції ПХД в систему охорони здоров'я.

Реалізація зазначених основоположних принципів ПХД та її ефективність найбільш оптимальна при її інтеграції в систему охорони здоров'я. Системний аналіз кращого міжнародного досвіду ПХД населенню дозволили запропонувати до впровадження адаптовану тривірневу модель організації системи ПХД:

1. Паліативний підхід або первинна паліативна медична допомога (рис. 8), яка застосовується на початковому етапі захворювання, що загрожує життю пацієнта, у т. ч. інкурабельного з обмеженим прогнозом тривалості життя. Паліативна медична допомога надається одночасно з етіо-патогенетичною/хворобомодифікуючою терапією (ХМТ), спрямованою на одужання пацієнта, і є складовою клінічного протоколу лікування основного захворювання. На цьому рівні застосовуються методи фармакотерапії ХрБС та симптомів порушень діяльності організму, забезпечуються принципи ефективного спілкування з ПП і його сім'єю/законними представниками, обговорюються та приймаються усвідомлені рішення щодо планування ведення ПП відповідно до засад ПХД. Також, за потреби, можливе залучення фахівців виїзної МД бригади/служби ПХД або госпіталізація ПП у спеціалізований ЗОЗ ПХД, а також застосування телемедичних технологій.

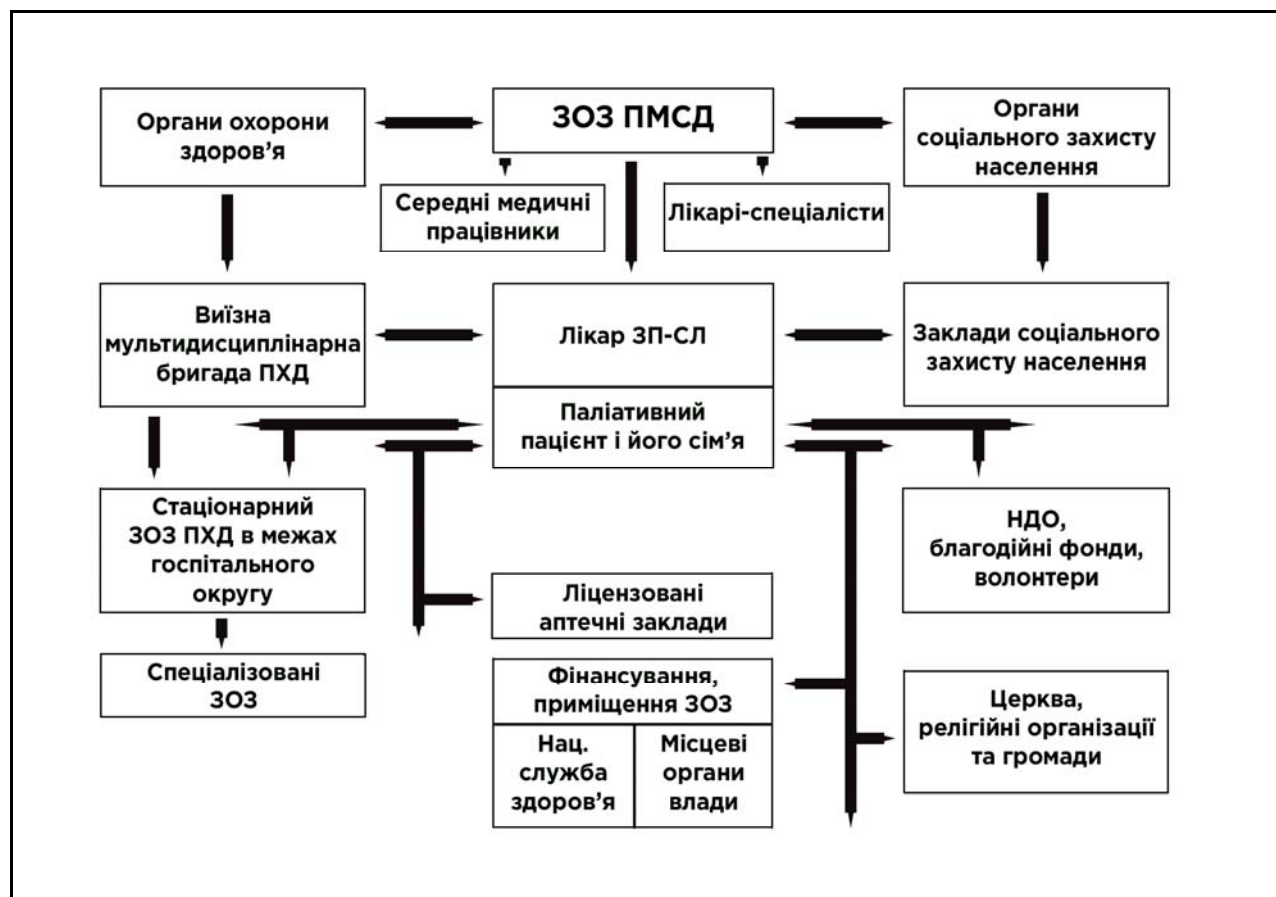


Рис. 8. Структурно-організаційна модель надання ПХД на рівні ПМСД.

Первинна ПХД надається безоплатно, переважно в амбулаторних умовах, залежно від важкості захворювання і бажання ПП та можливостей членів сім'ї забезпечити адекватний догляд вдома, за направленням лікуючого лікаря ЗОЗ або лікаря ЗП-СЛ до спеціалізованого ЗОЗ ПХД для верифікації статусу ПП. Первинна ПХД забезпечується М/П, які періодично займаються наданням ПХД: лікарем ЗП-СЛ у співпраці з лікуючим лікарем ЗОЗ вторинної або третинної медичної допомоги і персоналом ЗОЗ ПМСД, М/П установ соціального захисту тощо. За необхідності, можуть залучатися: психолог і соціальні працівники/робітники ТЦСО, священнослужитель та волонтери, які одержали професійну підготовку з ПХД. Важливо залучити як на цьому рівні, так і на наступних рівнях ПХД, ПП та членів його родини/законних представників, друзів і сусідів.

Аналіз досвіду організації надання ПХД пацієнтам удома в багатьох країнах світу свідчить про значне поширення цієї форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дає змогу забезпечити взаємодію та співпрацю фахівців закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, оптимізувати дотримання стандартів та принципів МД ПХД.

2. Загальна паліативна медична допомога (рис. 9) надається при прогресуванні захворювання та на етапі хвороби, що обмежує тривалість життя ПП (advanced life-limiting disease), разом з ХМТ, хоча частка/обсяг заходів з ПХД, у

порівнянні з ХМТ, збільшується. Застосовуються фармакотерапевтичні, хірургічні, радіологічні та інші доступні методи симптоматичного/паліативного лікування, забезпечуються принципи ефективного спілкування з ПП, його рідними/законними представниками, обговорюються та приймаються усвідомлені рішення щодо планування паліативної медичної допомоги відповідно до засад ПХД.

Загальна ПХД надається безоплатно за направленням лікуючого лікаря ЗОЗ або лікаря ЗП-СЛ, після верифікації статусу ПП спеціалізованим ЗОЗ ПХД, на ліжках/у палатах паліативної медичної допомоги стаціонарних ЗОЗ вторинної і третинної медичної допомоги, у закладах ПХД недержавної форми власності або амбулаторно, у т. ч. вдома, залежно від важкості та динаміки перебігу захворювання і бажання ПП та можливостей родини організувати адекватний догляд вдома, за умови залучення МД виїзної бригади/служби ПХД. ПХД надають лікарі-спеціалісти, які регулярно залучаються до лікування ПП, зокрема: онкологи, геріатри, педіатри, психіатри, кардіологи, гастроентерологи, нефрологи, інфекціоністи, фтизіатри та інші фахівці, які повинні одержати додаткову підготовку з питань ПХД.

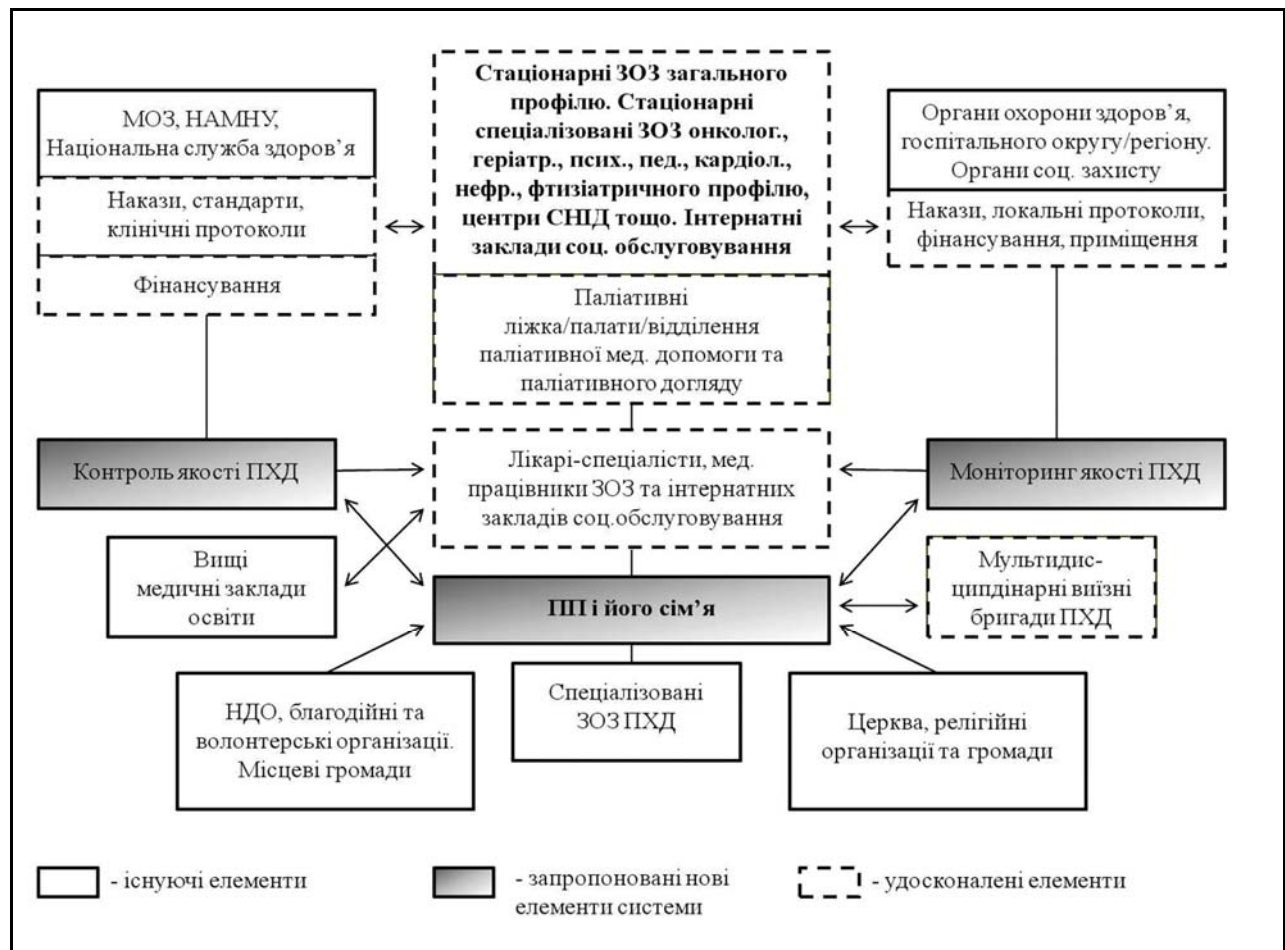


Рис. 9. Функціонально-організаційна модель надання загальної паліативної медичної допомоги населенню.

3. Спеціалізована ПХД (рис. 10) (хоспісна допомога або «допомога наприкінці життя» – «end of life care») надається, коли пацієнту визначається шестимісячний прогноз тривалості життя, у т.ч. в термінальних стадіях захворювання, коли лікування і догляд фокусуються повністю на контролі ХрБС та інших важких симптомів, забезпеченні комфорту і максимально досяжної якості життя ПП та членів його сім'ї. Усі складові ПХД (медична, психологічна, соціальна і духовна/релігійна) надаються у повному обсязі, відповідно до потреб і бажань ПП та його рідних.

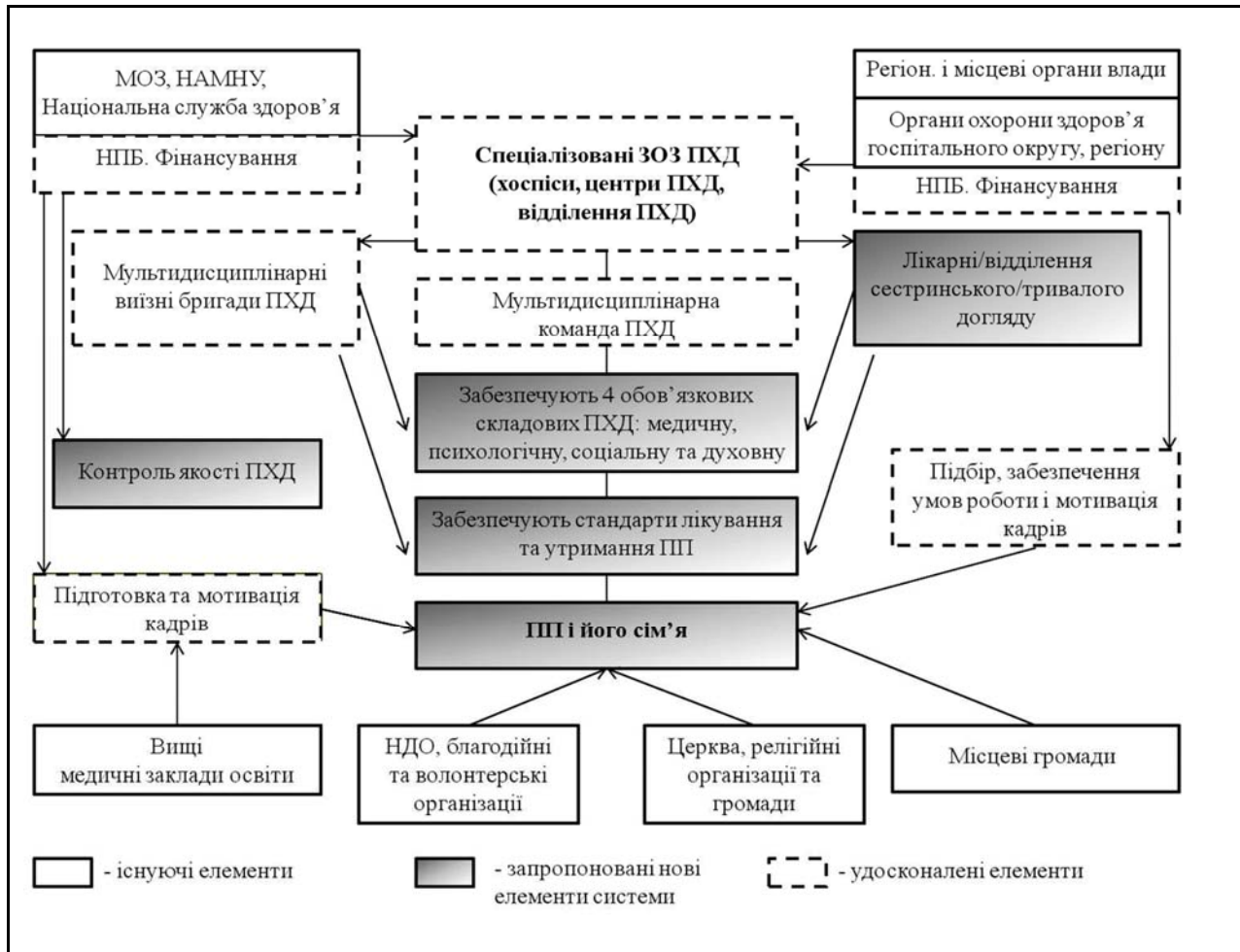


Рис. 10. Функціонально-організаційна модель надання спеціалізованої ПХД дорослому і дитячому населенню.

Спеціалізована ПХД надається безоплатно за направленням лікуючого лікаря ЗОЗ або лікаря ЗП-СЛ (можливо за само зверненням) у спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД, спеціалізованих ВПХМ установ соціального захисту населення та закладах ПХД недержавної форми власності. Спеціалізована ПХД може надаватися також в амбулаторних умовах, у т.ч. вдома, фахівцями спеціалізованих МД виїзних бригад/служб ПХД. Усі фахівці повинні одержати спеціальну професійну підготовку.

У зв'язку із зазначеним вище, розроблено і внесено пропозиції до МОЗ України щодо змін до НПБ стосовно впровадження трирівневої моделі організації надання ПХД населенню.

Надання ПХД вже на ранніх стадіях важкої або інкурабельної хвороби може значно поліпшити якість життя і зменшити страждання ПП. При визначенні оптимального клінічного маршруту ПП, важливо керуватися як медичними показаннями та потребою ПП у цілодобовій або щоденній ПХД, так і доступністю пацієнта до ЗОЗ ПХД, його гендерними та віковими особливостями, а також враховувати соціальні умови та психоемоційний клімат у сім'ї, згоду ПП на госпіталізацію тощо.

В запропонованій моделі системи ПХД паліативна допомога дітям, як і дорослим, повинна бути інтегрована в систему охорони здоров'я. Педіатричні служби ПД створюються відповідно до потреб дитячого населення об'єднаних територіальних громад, медико-демографічних, географічних та інших особливостей регіону. Як і при ПХД дорослому населенню, перевага надається амбулаторним організаційним формам із залученням сімейних лікарів, фахівців виїзних служб ПД, членів сім'ї/законних представників дитини, з урахуванням її стану, тяжкості перебігу та динаміки захворювання. Під час перебування ПП дитячого віку в стаціонарному ЗОЗ ПХД забезпечується право дитини на спільне перебування з членами її сім'ї. Центр ПД дітям надає як стаціонарну, так і амбулаторну ПД, догляд та супровід ПП дитячого віку, у т. ч. вдома, протягом усього життя від моменту діагностування паліативного захворювання. У центрі ПД дітям повинні надавати комплексну МД допомогу фахівці різного профілю, які повинні отримати професійну підготовку для роботи з ПП дитячого віку. До важливих завдань центру ПД дітям входить також інформування, консультування та навчання батьків/законних представників щодо лікування та догляду, можливостей отримання виробів медичного призначення для використання вдома, фінансової підтримки та юридичної допомоги, консультування лікуючих лікарів, а також координація з установами соціального захисту населення. Відповідно до рекомендацій ВООЗ та інших авторитетних міжнародних організацій, центри ПД дітям створюються з орієнтовного розрахунку 20 ліжок на 100 тис. дитячого населення.

У роботі обґрунтовано організаційну структуру і рекомендації щодо штатного розкладу спеціалізованих ЗОЗ ПХД для дорослих і дітей.

Фінансування системи ПХД в Україні може здійснюватися з різних джерел: з Державного бюджету (НСЗУ), а також з державного, регіональних і місцевих бюджетів (цільові програми розвитку ПХД населенню) та інших джерел, дозволених законодавством.

Для визначення **економічної ефективності** запропонованих моделей системи ПХД в Україні було вивчено досвід ЗОЗ усіх видів медичної допомоги. Аналіз результатів засвідчив, що амбулаторні/позастаціонарні моделі надання ПХД є найменш фінансово витратними і найбільш оптимальними, за умови координації і співпраці лікарів ЗП-СЛ/ЗОЗ ПМСД зі спеціалізованими ЗОЗ ПХД. Зокрема, середня вартість надання ПХД одному ПП лікарем ЗП-СЛ за добу впродовж місяця

при залученні до надання ПХД вдома виїзної бригади ПХД один раз на тиждень складає 84,52 грн (без вартості ЛЗ). Але такої ПХД потребують, переважно, ПП на початкових стадіях інкурабельних захворювань. По мірі прогресування захворювання і, особливо, у термінальних стадіях, виникає необхідність надання ПП загальної або спеціалізованої ПХД. Середня вартість щоденного надання ПХД вдома фахівцями виїзної бригади ПХД складає 368,60 грн, а госпіталізації до спеціалізованого стаціонарного ЗОЗ ПХД – від 166,00 грн у ВПХМ терапевтичного профілю до 508,41 грн у хоспісі або центрі ПХД, але це дозволяє забезпечити належну якість життя ПП і його родини.

Враховуючи адміністративно-територіальний устрій нашої країни, особливості фінансування ЗОЗ, відсутність потужних благодійних фондів і НДО, які сьогодні могли б забезпечити повноцінну волонтерську допомогу і були б готові взяти на себе співфінансування ЗОЗ ПХД, кожна область, згідно з чинною НПБ, повинна мати у комунальній власності спеціалізований стаціонарний ЗОЗ ПХД у кожному госпітальному окрузі з, мінімум, однією МД виїзною бригадою ПХД для формування служби ПХД із перспективою її розвитку. Головне при створенні служби ПХД в регіонах і госпітальних округах дотримуватись принципів ПХД.

SWOT-аналіз концептуальної моделі системи надання ПХД в Україні дозволив визначити основні напрями її розвитку, а також потенційні можливості та загрози. Так, встановлено, що в сучасних умовах обмежених фінансових, технічних і кадрових ресурсів, пріоритетним напрямком розвитку системи ПХД в Україні має бути створення умов для надання ПХД на рівні ПМД, що забезпечить її доступність та економічну ефективність. Також були визначені слабкі сторони, які можуть заважати ефективному впровадженню системи ПХД в Україні, зокрема: низький рівень та існуючі значні бар'єри для міжвідомчої співпраці і координації ЗОЗ ПХД та установ соціального захисту населення, а також міжсекторальної співпраці державних/муніципальних ЗОЗ ПХД і закладів паліативного догляду недержавної форми власності, що не відповідає сучасним вимогам розвитку державно-приватного партнерства.

Аналіз результатів експертних оцінок свідчить, що розроблена концептуальна модель системи ПХД, яку побудовано на принципах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, забезпечить доступність, якість і ефективність надання ПХД ($9,58 \pm 0,17$ балів за 10-бальною шкалою); акцент на забезпеченні надання амбулаторної ПХД в умовах первинної медичної допомоги є інноваційним ($9,32 \pm 0,20$ бали); залучення лікарів ЗП-СЛ до надання ПХД забезпечить доступність та наступність ПХД ($9,35 \pm 0,14$ бали), що потребує їх відповідної професійної підготовки та матеріальної мотивації ($9,65 \pm 0,14$ % та $9,94 \pm 0,06$ % відповідно).

Отже, враховуючи позитивну оцінку експертами концептуальної моделі системи ПХД та результати дослідження, що свідчать про відповідність її основних положень сучасним вимогам науки і практики та прогнозу медико-соціальної ефективності, можна рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я України на загальнодержавному, регіональному і місцевому рівнях.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено актуальність створення в Україні системи паліативної та хоспісної допомоги населенню, показано недоліки і проблеми організації та управління паліативною і хоспісною допомогою та визначено шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я і обмежених ресурсів.

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та оптимізовані підходи до створення і розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги, з урахуванням базових принципів організації надання паліативної та хоспісної допомоги населенню для усіх видів медичної допомоги на підставі рекомендацій ВООЗ, ЕАРС, сучасного міжнародного та національного досвіду.

У роботі вирішено актуальну науково-практичну проблему – обґрунтовано і розроблено концептуальну і функціонально-організаційні моделі системи доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги на трьох рівнях надання паліативної медичної допомоги з визначенням їх функцій та організаційної структури, що засновані на результатах системного аналізу світового досвіду, адаптації цих моделей до умов України. Апробація та імплементація окремих елементів системи паліативної і хоспісної допомоги на національному та регіональному рівнях засвідчили її медичну, соціальну та економічну ефективність, що дає змогу зробити наступні висновки:

1. Виявлено невідповідність існуючого стану надання паліативної та хоспісної допомоги потребам у ній населення та вимогам міжнародних стандартів і норм, відсутність системного підходу до організації та надання паліативної та хоспісної допомоги і визначено необхідність розробки системи паліативної та хоспісної допомоги, заснованої на інноваційних пацієнт-сім'я-орієнтованій парадигмі, мультидисциплінарному, міжвідомчому і міжсекторальному підходах, що потребує координації роботи закладів, підпорядкованих різним міністерствам і відомствам та приватної власності, залучення НДО та волонтерів.

2. Розроблено методичні підходи та здійснено розрахунок потреби у паліативній і хоспісній допомозі в розрізі адміністративних територій (з урахуванням вікових та статевих характеристик населення і нозологій захворювань), яка, в цілому, в Україні у 2017 р. склала понад 457,1 тис. осіб, або 1078,4 на 100 тис. населення. Найвищі рівні розрахункової потреби у ПХД виявлені в Чернігівській області (1472,2 на 100 тис. населення), що на 36,5% перевищує середні показники в Україні, Полтавській (1319,9), Кіровоградській (1308,7), Черкаській (1304,7), Запорізькій (1293,8), Житомирській (1289,3) та Київській (1289,2) областях.

3. Показано, що потреба у паліативній та хоспісній допомозі зумовлена низкою негативних тенденцій в медико-демографічній ситуації та стані здоров'я населення, зокрема: постаріння населення – частка населення старше працездатного віку збільшилася з 20,7 % у 2000 р. до 22,1 % у 2017 р.; високим рівнем загальної смертності, середній коефіцієнт якої у 2017 р. становив 14,5 ‰, що в 1,4 рази вище показника країн ЄС, та особливостями її структури з переважанням хвороб системи

кровообігу (68,3 %) та злякисних новоутворень (13,6 %); зростанням поширеності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІД, ко-інфекції ТБ/ВІЛ, МРТБ, вірусних гепатитів «В» і «С»; високим рівнем захворюваності на важкі інкурабельні захворювання серед дітей.

4. Встановлено обмеженість законодавчого забезпечення організації та надання паліативної та хоспісної допомоги, відсутність стратегічних напрямів розвитку і стандартів паліативної та хоспісної допомоги тощо, що зумовлює необхідність удосконалення і розвитку нормативно-правової бази щодо державного регулювання системи паліативної та хоспісної допомоги на основі міжнародних стандартів; розробки механізмів моніторингу і здійснення контролю за виконанням чинних нормативно-правових актів з питань паліативної та хоспісної допомоги. Показано роль місцевих органів влади у підтримці і залученні до надання паліативної та хоспісної допомоги приватних закладів, благодійних, громадських і релігійних організацій. За результатами аналізу нормативно-правових актів розроблено пропозиції щодо удосконалення і розвитку національної нормативно-правової бази з питань ПХД.

5. Встановлено, що існуюча мережа та потужність стаціонарних закладів охорони здоров'я, які надають паліативну та хоспісну допомогу, є недостатньою: станом на 01.01.2019 р. у 21 стаціонарних закладах охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги функціонувало 657 ліжок, у 71 відділенні паліативної і хоспісної медицини – 1546 ліжок та 723 ліжок – у багатопрофільних і спеціалізованих закладах охорони здоров'я, що разом становило 2926 ліжок і складало, в цілому, 6 ліжок на 100 тис. населення, або 69,9 % від потреби. У стаціонарних закладах охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги у 2017 р. одержали допомогу лише 22,4 тис. паліативних пацієнтів (32,7 % від потреби), або, в середньому, 52,8 на 100 тис. населення, і цей показник коливався від 216,7 на 100 тис. населення в Сумській, до 3,9 на 100 тис. населення в Одеській області.

6. Виявлено проблеми кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги, які, зокрема, полягали в низькій укомплектованості медичними працівниками: лікарями на 44,4±11,7 %, молодшими медичними спеціалістами – на 57,9±11,3 %; високою є плинність кадрів – впродовж 2017 р. із закладів охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги звільнилися 15,4±4,5 % лікарів і 12,4±2,1 % молодших медичних спеціалістів, що зумовлено. За результатами соціологічного опитування, 62,8±4,5 % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД, 52,9±5,6 % молодших медичних спеціалістів і 45,8±4,2 % лікарів-спеціалістів не бажають працювати з паліативними пацієнтами.

7. Встановлено, що вирішення проблем забезпечення закладів охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги кваліфікованими медичними працівниками вимагають впровадження комплексу заходів матеріальної та моральної мотивації кадрів. Результати експертної оцінки засвідчили: 93,5 % експертів вважають, що в Україні відсутня система адекватної мотивації кадрів, які залучені до надання ПХД. Також 96,8 % експертів дали найвищі оцінки – 10 і 9 балів (середній бал 9,87±0,08 % відповідно) твердженням, що медичні працівники, які надають паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати підвищені посадові

оклади, збільшену відпустку та пенсійні пільги; високу оцінку ($8,87 \pm 0,40$ бали) дали експерти твердженню, що важливою умовою забезпечення доступності, якості і ефективності надання ПХД є введення спеціальності «Паліативна та хоспісна медицина».

8. За результатами соціологічного дослідження встановлено недостатній рівень знань і компетентності медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги: серед медичних працівників неспеціалізованих ЗОЗ лише $54,7 \pm 2,4$ % правильно усвідомлюють завдання паліативної допомоги, при цьому з них $56,5 \pm 2,4$ % респондентів не мають достатніх знань з теорії та практики надання паліативної та хоспісної допомоги населенню; більшість опитаних лікарів-спеціалістів ($76,7 \pm 6,4$ %), лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД ($70,9 \pm 7,2$ %), керівників закладів охорони здоров'я ($65,5 \pm 8,8$ %) і лікарів-інтернів ($96,2 \pm 2,7$ %) вважають себе недостатньо підготовленими до виконання функцій організатора/менеджера мультидисциплінарної паліативної та хоспісної допомоги.

9. Виявлено, що респонденти з числа лікарів-інтернів ($96,2 \pm 2,7$ %), лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД ($95,7 \pm 3,0$ %), керівників закладів охорони здоров'я ($93,1 \pm 4,7$ %) і лікарів-спеціалістів ($93,0 \pm 3,9$ %), лікарів ЗОЗ паліативної та хоспісної допомоги ($84,8 \pm 6,2$ %) і медичних працівників неспеціалізованих ЗОЗ ($79,0 \pm 2,0$ %) мають потребу та бажання вдосконалити теоретичні знання, професійні навички і вміння щодо надання мультидисциплінарної паліативної та хоспісної допомоги. Зазначене актуалізує питання підготовки кадрів, що реалізується удосконаленням навчальних програм та запропонованою системою безперервного професійного розвитку медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги.

10. Науково обґрунтовано концепцію системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні з урахуванням реальних потреб населення, соціально-економічних умов країни, міжнародних рекомендацій і стандартів, на основі якої обґрунтовано, розроблено та апробовано на рівні окремих інноваційних складових концептуальну та функціонально-організаційні моделі первинної, загальної і спеціалізованої паліативної та хоспісної допомоги на принципах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, мультидисциплінарного, міжвідомчого та міжсекторального підходів, інтеграції в систему охорони здоров'я, що забезпечить доступність, якість і ефективність паліативної та хоспісної допомоги населенню, безперервність і наступність її надання та зворотний зв'язок, залучення до надання паліативної та хоспісної допомоги і соціальної послуги з паліативного догляду закладів охорони здоров'я та соціального захисту, у т. ч. приватної форми власності, НДО, а також пацієнтів і членів їх родин/законних представників. Запропонована система паліативної та хоспісної допомоги являє собою інноваційну складову охорони здоров'я і потребує адекватної нормативно-правової бази, безперервного професійного розвитку та мотивації кадрів, відповідного фінансового забезпечення і політичної підтримки центрального, регіональних і місцевих органів влади та участі усього суспільства.

11. Аналіз результатів експертних оцінок засвідчив про відповідність основних положень розробленої системи паліативної та хоспісної допомоги сучасним вимогам науки і практики, підтверджує прогнозу її медико-соціальну

ефективність: на $9,58 \pm 0,17$ бали (за 10-бальною шкалою) оцінено принцип пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, що став її основою, та підтверджена можливість запропонованої системи забезпечити доступність, якість та ефективність паліативної та хоспісної допомоги; високої оцінки дістала інновація розвитку паліативної та хоспісної допомоги на рівні ПМСД ($9,32 \pm 0,20$ бали) із залученням лікарів ЗП-СЛ ($9,35 \pm 0,14$ бали), що дозволить наблизити її до паліативних пацієнтів та членів їх сімей; підтримано позицію покращання матеріальної мотивації лікарів ЗП-СЛ, які залучені до надання паліативної та хоспісної допомоги ($9,94 \pm 0,06$ бали).

Зазначене дозволяє рекомендувати розроблену систему паліативної та хоспісної допомоги до впровадження в систему охорони здоров'я України на загальнодержавному, регіональних і місцевих рівнях.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації (вибрані праці – повний список 50 опублікованих праць подано у додатку дисертаційної роботи):

1. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

2. Царенко А. В. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі спеціалізованої паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 5. – С. 204–214.

3. Царенко А. В. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги / А. В. Царенко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 2. – С. 49–57. *(Дисертанту належить розробка програми соціологічного дослідження та аналіз результатів і частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

4. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2–3 (1). – С. 23–30. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

5. Губський Ю. И. Оптимизация последипломной подготовки врача общей практики-семейного врача по вопросам паллиативной и хосписной помощи населению в Украине / Ю. И. Губский, А. В. Царенко // Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2013. – Т. 3. – № 3–4. – С. 5–9. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

6. Вороненко Ю. В. Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини, як передумова створення сучасної системи

паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2-3 (1). – С. 59–69. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

7. Mykhalchuk V. M. Professional postgraduate training of family doctors – an important part and condition of the optimal palliative and hospice care system implementation in Ukraine / V. M. Mykhalchuk, N. G. Goida, A. V. Tsarenko // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. 73. – № 5. – P. 525–530. *(Дисертанту належить збір, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

8. Гойда Н. Г. Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, В. М. Князевич, А. В. Царенко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика. – 2014. – Вип. 23. – Книга 3. – С. 101–115. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

9. Царенко А. В. Організаційна модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного профілю / А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2016. – Т. 5. – № 3–4. – С. 87–95.

10. Моїсеєнко Р. О. Оцінка якості діяльності сімейних лікарів з надання паліативної допомоги / Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Сучасні медичні технології. – 2018. – № 1. – С. 29–36. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

11. Shekera O. G. Medical and social grounds for the functional and organisational model of palliative and hospice care system at the primary health care level in Ukraine. / O. G. Shekera, A. V. Tsarenko // Sănătate Publică, Economie și management în Medicină. Chișinău. – 2019. – № 4 (82). – P. 239–245. *(Дисертанту належить збір, аналіз і обробка даних, формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

12. МОЗ України. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – ДУ «УІСД МОЗ України», 2017. – С. 266–293. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

13. Царенко А. В. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2013. – № 1 (45). – С. 14–17. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

14. Царенко А. В. Проблеми розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах постаріння населення України / А. В. Царенко, В. В. Чайковська // Журн. НАМН України: науковий журнал Президії НАМН України. – 2016. – Т. 22. – № 3/4. – С. 426–434. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз частини даних та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

15. Tsarenko A. V. Medical-social analysis of the normatively-legal basis of Ukraine and some international documents about palliative and hospice care providing // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 2. – С. 31–45.

16. Chaikovska V. Estimation of need for staff care training for the elderly persons / V. Chaikovska, T. Vialykh, A. Tsarenko // Реабілітація та паліативна медицина. – 2018. – № 1 (7). – С. 43–50. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

17. Shekera O. G. The Health Education of Palliative Care Medical Professionals to Prevent of Professional Burnout Syndrome / O. G. Shekera, A. V. Tsarenko // Sănătate Publică, Economie și management în Medicină. Chișinău. – 2016. – №3 (67). – P. 79–82. *(Дисертанту належить аналіз матеріалу та формулювання частини висновків).*

18. Царенко А. В. Участие врачей общей практики-семейной медицины в оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому / А. В. Царенко, О. Г. Шекера, Ю. И. Губский // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2015. – № 3 (2). – С. 111–119. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

19. Царенко А. В. Особливості організації і надання паліативної та хоспісної допомоги в умовах пандемії COVID-19 / А. В. Царенко, В. В. Чайковська, Н. Є. Кожан [та ін.] // Здоров'я суспільства. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 24–30. *(Дисертанту належить, збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

20. Knyazevych V. Palliative and hospice care on the right track in Ukraine / V. Knyazevych, A. Tsarenko, O. Bratsyun // European Journal of Palliative Care. – 2013. – V. 20. – N 4. – P. 202–205. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір і аналіз матеріалу та формулювання частини висновків).*

21. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини / А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV. – №1. – С. 89–91.

22. Царенко А. В. Оптимізація діяльності сімейних лікарів та дільничних терапевтів у наданні паліативної та хоспісної допомоги хворим вдома / А. В. Царенко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – Т. 9 (1). – С. 252–253.

23. Gubsky Yu. Opieka paliatywna na Ukrainie: osiagniecia i perspektywy / Yu. Gubsky, W. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, A. Tsarenko [et al.] // Clinical and Experimental Letters. – 2007. – Vol. 48. – Suppl. B. – P. 23–24. *(Дисертанту належить аналіз і обробка матеріалу та формулювання частини висновків).*

Опубліковані праці апробаційного характеру (вибрані праці – повний список 85 публікацій подано у додатку дисертації):

1. Паліативна та хоспісна допомога: підручник / За ред.: Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Вінниця: Нова Книга, 2017. – 392 с. *(Дисертанту належить збір і аналіз матеріалу стосовно організації надання паліативної і хоспісної допомоги).*

2. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: Навч. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / За ред. Ю. В. Вороненка, О. Г. Шекери, Ю. І. Губського. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2017. – 208 с. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу стосовно організації паліативної і хоспісної допомоги).*

3. Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення: Навчальний посібник / За ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2019. – 154 с.

(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка матеріалу стосовно організації надання паліативної і хоспісної допомоги).

4. Губський Ю. І. Оптимальна модель надання амбулаторної паліативної та хоспісної допомоги міському населенню в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. І. Толстих [та ін.] // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. Реєстр № 365/1/14. – 2014. *(Дисертантові належить ідея написання Інформаційного листа, збір даних і аналіз частини матеріалу).*

5. Царенко А. В. Мультидисциплінарні аспекти надання паліативної допомоги пацієнтам із злоякісними новоутвореннями в амбулаторних умовах / А. В. Царенко, О. П. Брацюнь, Ю. І. Губський // Український радіологічний журнал. – XIII з'їзд онкологів та радіологів України (матеріали з'їзду). 26–28.05.2016 р., м. Київ. – 2016. – С. 222. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

6. Kniazevych V. Collaboration of NGO's and Government of Ukraine for Development of Palliative and Hospice Care Regulatory Basis / V. Kniazevych, A. Tsarenko, Yu. Gubsky, R. Moiseyenko // European Journal of Palliative Care. 14-th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), 10 May 2015. Abstracts. Copenhagen, Denmark. – 2015. – P. 140. *(Дисертанту належить аналіз і обробка матеріалу та формулювання частини висновків).*

7. Kniazevych V. Establishment of Palliative Care System for Children in Ukraine. Call of the Times / V. Kniazevych, R. Moiseyenko, A. Tsarenko // European Journal of Palliative Care. 14-th World Congress of the EAPC, 10 May 2015. Abstracts. Copenhagen, Denmark. – 2015. – P. 170. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

8. Tsarenko A. V. Experience of Ukraine to Educate Medical Professionals Involved in Palliative Care / A. V. Tsarenko, Yu. I. Gubsky, O. P. Bratsyun // European Journal of Palliative Care. 13-th World Congress of the EAPC (30 May – 2 June 2013, Prague). Abstracts. – 2013. – P. 173. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

9. Knyazevych V. Public Advocacy Activities for the Palliative Care System Creating and the Palliative Care State Policy Shaping in Ukraine / V. Knyazevych, A. Tsarenko, I. Yakovenko [et al.] // European Journal of Palliative Care. 13-th World Congress of the EAPC (30 May – 2 June 2013, Prague). Abstracts. – 2013. – P. 207. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

10. Князевич В. М. Национальная стратегия развития паллиативной помощи в Украине / В. М. Князевич, А. П. Брацюнь, А. В. Царенко // Сборник материалов I Международного форума «Активное долголетие». 3-4.06.2013, г. Алматы. – Казахстан, Алматы. – 2013. – С. 23–27. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

11. Царенко А. В. Актуальность развития службы паллиативной и хосписной помощи детям в Украине в соответствии с международными подходами / А. В. Царенко, В. Г. Сердюк, А. А. Вольф [та ін.] // В кн.: Материалы V съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2010. – С. 159–161.

(Дисертанту належить аналіз частини матеріалу і формулювання частини висновків).

12. Царенко А. В. Залучення медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги до надання паліативної та хоспісної допомоги вдома / А. В. Царенко // У кн.: Матеріали XIII Конгресу СФУЛТ (30.09-03.10.2010, м. Львів). – Львів–Київ–Чікаго, 2010. – С. 747–748.

13. Gubskiy Yu. Analysis of current legislative base in Ukraine on finding legislative obstacles of medical use of doctoral substances that narcotic and psychotropic substances for palliative patients. / Yu. Gubskiy, O. Bobrov, V. Serdiuk, A. Tsarenko [et al.] // 11-th Congress of the EAPC. 7–10.05.2009. Abstracts. – Vienna, Austria, 2009. – P. 120. *(Дисертантові збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

14. Tsarenko A. Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine / A. Tsarenko, Yu. Gubskiy, V. Chaykovska [et al.] // 11-th Congress of the EAPC. 7–10.05.2009. Abstracts. – Vienna, Austria, 2009. – P. 149. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір і аналіз частини даних, формулювання частини висновків).*

15. Tsarenko A. Improving of palliative care specialists' training in Ukraine / A. Tsarenko, V. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres [et al.] // Palliative Care in Different Cultures. The 2-nd International Conference in Palliative Care. – Eilat, Israel, 2008. – P. 80. *(Дисертанту належить збір даних та формулювання частини висновків).*

АНОТАЦІЯ

Царенко А. В. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (22 – «Охорона здоров'я»). – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, спеціалізована вчена рада Д 26.613.07. – Київ, 2020.

У дисертації вирішено актуальну науково-практичну проблему охорони здоров'я – науково обґрунтовано концепцію створення системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню в Україні на принципах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, мультидисциплінарних, міжвідомчих і міжсекторальних підходів. Комплексне медико-соціальне дослідження дало можливість системно оцінити стан надання та тенденції розвитку ПХД населенню в Україні, відповідність закладів охорони здоров'я ПХД міжнародним стандартам і нормам та вимогам нормативно-правової бази (НПБ) України. Зазначене дозволило зробити висновок про значну потребу населення у ПХД та відсутність в Україні системи ПХД.

У дослідженні науково обґрунтована концептуальна модель системи ПХД та функціонально-організаційні моделі для 3 рівнів системи ПХД з визначенням механізмів їх взаємодії та інтеграцією в систему охорони здоров'я, що забезпечить доступність, якість та ефективність надання ПХД і може бути рекомендована до

впровадження в Україні, що потребує адекватної НПБ, безперервного професійного розвитку та мотивації кадрів, і, безумовно, відповідного фінансового забезпечення та політичної підтримки центрального, регіональних і місцевих органів влади та участі усього суспільства.

Ключові слова: паліативна і хоспісна допомога; система паліативної і хоспісної допомоги; нормативно-правова база; стандарти паліативної і хоспісної допомоги.

ANNOTATION

Tsarenko A. V. Medico-social substantiation of the Palliative and Hospice Care System in Ukraine. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation for obtaining the Doctor of Science degree in Medicine, specialty 14.02.03 “Social Medicine” (22 – “Health care”). – Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Specialized Academic Council D 26.613.07. – Kyiv, 2020.

The dissertation solves a topical scientific and practical problem of the health care – scientifically substantiates the concept of creating a Palliative and Hospice Care (PC) System to the population in Ukraine based on the principles of patient-family-oriented paradigm, multidisciplinary, interagency and intersectoral approaches. A comprehensive medical and social study provided an opportunity to systematically evaluate the state and trends in the development of PC in Ukraine, the compliance of PC Health Care Facilities with international standards and norms and requirements of the regulatory framework of Ukraine. This allowed us to conclude that the population has a significant need for PC and the lack of a PC System in Ukraine.

The study scientifically substantiates the conceptual model of the PC System and functional-organizational models for 3 levels of PC System with the definition of mechanisms of their interaction and integration into the Health Care System, which will ensure the availability, quality and efficiency of PC and can be recommended for implementation in Ukraine, that needs adequate regulatory framework, special training and continuous professional development and motivation of staff, and, of course, appropriate financial and political support of the Government of Ukraine, Regional and Local Authorities and the interest and involving of society as a whole.

Key words: palliative and hospice care; Palliative and Hospice Care System; regulatory framework; Palliative and Hospice Care Standards.

АННОТАЦИЯ

Царенко А. В. Медико-социальное обоснование системы паллиативной и хосписной помощи в Украине. – Квалификационная научная работа на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 «Социальная медицина» (22 – «Здравоохранение»). – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, специализированный ученый совет Д 26.613.07. – Киев, 2020.

В диссертации решена актуальная научно-практическая проблема здравоохранения – научно обоснована концепция создания системы паллиативной и хосписной помощи (ПХП) населению в Украине на принципах пациент-семья-ориентированной парадигмы, мультидисциплинарных, межведомственных и межсекторальных подходов. Комплексное медико-социальное исследование позволило системно оценить состояние оказания и тенденции развития ПХП населению в Украине, соответствие учреждений здравоохранения ПХП международным стандартам и нормам, а также требованиям нормативно-правовой базы (НПБ) Украины. Это дало возможность сделать вывод о значительной потребности населения в ПХП и отсутствии в Украине системы ПХП.

Комплексным медико-социальным исследованием доказана актуальность создания в Украине системы доступной, качественной и эффективной ПХП населению, показано недостатки и проблемы организации и управления ПХП и определены пути их решения в условиях реформирования системы здравоохранения и ограниченных ресурсов.

Установлено, что острые проблемы обеспечения учреждений здравоохранения ПХП квалифицированными медицинскими работниками требуют внедрения комплекса мероприятий моральной и материальной мотивации кадров. По результатам социологического исследования выявлен недостаточный уровень знаний и компетентности медицинских работников по вопросам оказания ПХП, а также, что большинство медицинских работников выразили желание усовершенствовать профессиональные навыки и умения по мультидисциплинарной ПХП, что актуализирует вопрос оптимизации подготовки кадров с использованием разработанной модели непрерывного профессионального развития медицинских работников по вопросам ПХП.

В диссертации научно обоснована концептуальная модель системы ПХП и функционально-организационные модели для 3 уровней системы ПХП с определением механизмов их взаимодействия и интеграции в систему здравоохранения, которая обеспечит доступность, качество и эффективность оказания ПХП, что требует адекватной НПБ, непрерывного профессионального развития и мотивации кадров, и, безусловно, соответствующего финансового обеспечения и политической поддержки центрального, региональных и местных органов власти и участия всего общества.

Анализ результатов экспертных оценок свидетельствует о соответствии основных положений разработанной системы ПХП современным требованиям науки и практики, подтверждает прогнозную ее медико-социальную эффективность.

Указанное позволяет рекомендовать разработанную систему ПХП к внедрению в систему здравоохранения Украины на общегосударственном, региональных и местных уровнях.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь; система паллиативной и хосписной помощи; нормативно-правовая база; стандарты паллиативной и хосписной помощи.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

БПР	– безперервний професійний розвиток
ВПХМ	– відділення паліативної та хоспісної медицини
ВРУ	– Верховна Рада України
ГО	– громадське об'єднання
ДОЗ	– департамент охорони здоров'я
ЗВМО	– заклади вищої медичної освіти
ЗН	– злоякісні новоутворення
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я
КМУ	– Кабінет Міністрів України
ЛЖВ	– люди, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІД
ЛЗП-СЛ	– лікар загальної практики-сімейний лікар
МД	– мультидисциплінарний
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
М/П	– медичні працівники
МРТБ	– мультирезистентний туберкульоз
НДО	– недержавна (громадська) організація
НДР	– науково-дослідна робота
НМАПО	– Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
НПА	– наркотичні і психотропні анальгетики
НПБ	– нормативно-правова база
ПД	– паліативна допомога
ПМД	– первинна медична допомога
ПМСД	– первинна медико-санітарна допомога
ПП	– пацієнти, які потребують паліативної та хоспісної допомоги
ПХД	– паліативна та хоспісна допомога
ПХМ	– паліативна та хоспісна медицина
СППД	– соціальна послуга з паліативного догляду
ТЦСО	– територіальні центри соціального обслуговування населення
ТУ	– тематичне удосконалення
УОЗ	– управління охорони здоров'я
ХрБС	– хронічний больовий синдром
ЕАРС	– European Association for Palliative Care (Європейська асоціація паліативної допомоги)
WHO	– ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я