

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

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

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

Галузь знань : 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів має посилання на відповідне джерело



А.В. Царенко

Наукові консультанти:
Гойда Ніна Григорівна,
доктор медичних наук, професор;
Губський Юрій Іванович,
доктор медичних наук, професор,
член-кореспондент НАМН України

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. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, 2020.

У дисертації вирішено актуальну науково-практичну проблему охорони здоров'я – обґрунтовано концепцію системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню в Україні з урахуванням сучасних міжнародних підходів і стандартів та розроблено концептуальну і функціонально-організаційні моделі системи доступної, якісної та ефективної ПХД на трьох рівнях надання паліативної медичної допомоги з визначенням їх функцій, організаційної структури і механізмів управління.

Комплексне медико-соціальне дослідження, проведене на підставі даних офіційної статистики, результатів соціологічних досліджень, системного та порівняльного аналізу чинної нормативно-правової бази (НПБ), SWOT-аналізу, оцінок експертів, дало можливість всебічно оцінити стан і тенденції розвитку надання ПХД населенню в Україні, її відповідність міжнародним стандартам і підходам. Результати досліджень виявили значну потребу населення у ПХД та невідповідність її ресурсного забезпечення цим потребам. Незважаючи на позитивні зрушення у деяких регіонах, в Україні відсутня система ПХД, значна кількість існуючих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) ПХД мають незадовільне матеріально-технічне оснащення; виявлені значні проблеми з професійною підготовкою, мотивацією та забезпеченням кадрами ЗОЗ ПХД. У більшості регіонів відзначається вкрай недостатній рівень надання ПХД та соціальної послуги з паліативного догляду (СППД), особливо на первинній ланці медичної допомоги, відсутність дієвої координації і співпраці між ЗОЗ та установами соціального захисту населення. Визначена потреба удосконалення і розвитку НПБ, якою регулюється надання паліативної і хоспісної допомоги в Україні.

Результати аналізу медико-демографічних даних дозволили визначити розрахункову потребу населення у ПХД, згідно з наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», у розробці якого ми брали безпосередню участь. У 2017 р. вона становила 457,1 тис. осіб, або 1078,4 на 100 тис. населення, з яких 78,9 %, це – особи старші за 60 років, з максимальним рівнем потреби (34,5 %) – у віці 80 років і старші. Найвищі показники виявлені в Чернігівській області (1472,2 на 100 тис. насел.), де вони на 36,5 % перевищують середні значення по Україні, а також у Полтавській (1319,9) та Кіровоградській (1308,7) областях.

Оскільки у звітних формах державної статистики не були передбачені дані щодо надання ПХД населенню, нами були розроблені опитувальники, які у 2017–2019 рр. за сприяння ГО «Українська ліга розвитку паліативної і хоспісної допомоги» були надіслані до усіх керівників обласних рад і ОДА та Київської міської ради і КМДА. Аналіз результатів соціологічного дослідження засвідчив, що внаслідок різних об'єктивних і суб'єктивних причин темпи і обсяги розвитку закладів ПХД в Україні ще не відповідають потребам населення і значно відстають від багатьох країн Європи і світу – існуюча мережа та потужність ЗОЗ ПХД у більшості регіонів вкрай недостатня. Станом на 01.01.2019 р. спеціалізована стаціонарна ПХД в Україні надавалась у 2 центрах ПХД (у м. Івано-Франківську і м. Харкові) і 19 лікарнях «Хоспіс», в яких було розгорнуто 657 ліжок, а також у 71 відділеннях паліативної та хоспісної медицини (ВПХМ) у ЗОЗ різного профілю, в яких було розгорнуто 1546 ліжок. ЗОЗ ПХД педіатричного профілю були лише у 5 регіонах України. Усього в Україні, разом з ліжками для пацієнтів, які потребують ПХД (ПП), у багатопрофільних та спеціалізованих ЗОЗ і у 3 закладах соціальної опіки, розгорнуто 2997 ліжок, що становить 69,9 % від розрахункової потреби. У 2017 р. стаціонарну ПХД в Україні отримали 20,3 тис. ПП, або 51,8 на 100 тис. населення.

Також в Україні недостатньо розвинена служба надання ПХД вдома. Станом на 01.01.2019 р. її надавали лише 11 виїзних бригад, у т. ч. 4 – для дітей. До надання ПХД і СППД вдома недостатньо залучається персонал ЗОЗ ПМСД та закладів соцзахисту населення. У деяких регіонах (наприклад, у Київській та Житомирській

областях) досі не створено жодного хоспісу, ВПХМ або виїзної бригади комунальної або державної форми власності. Це зумовлює таку ситуацію, що, особливо у сільській місцевості, ПП не мають доступу до спеціалізованої ПХД. Зазначене вимагає оптимізації мультидисциплінарної (МД), міжвідомчої та міжсекторальної координації і співпраці, оскільки часто ПП геріатричного і педіатричного профілю, перебувають одночасно як у сфері опіки органів охорони здоров'я, так і соцзахисту населення, та закладів недержавної форми власності.

Результати соціологічного дослідження також засвідчили низку проблем щодо умов перебування ПП у стаціонарних ЗОЗ ПХД. Так, кількість 1- та 2-ліжкових палат у ЗОЗ ПХД в Україні складає лише 57,0 %; стаціонарні ЗОЗ ПХД, у середньому, забезпечені 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. Зазначене, на нашу думку, зумовлено відсутністю Державних стандартів надання ПХД, механізмів акредитації і ліцензування ЗОЗ ПХД, а також свідчить про необхідність впровадження механізмів моніторингу і контролю якості надання ПХД.

Результати соціологічного дослідження виявили гостру проблему кадрового забезпечення ЗОЗ ПХД. Укомплектованість ЗОЗ ПХД в Україні лікарями становить $32,7 \pm 9,4$ %, молодшими медичними спеціалістами – $38,5 \pm 7,4$ %. Встановлено недостатній рівень знань і компетентності медичних працівників (М/П) з питань ПХД – $56,5 \pm 2,4$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ зазначили, що вони не мають спеціальних знань з ПХД населенню. Більшість респондентів вважають себе недостатньо компетентними як організатори МД ПХД в амбулаторних умовах, про що зазначили $96,2 \pm 2,7$ % лікарів-інтернів, $76,7 \pm 6,4$ % лікарів-спеціалістів, $70,9 \pm 7,2$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД і $65,5 \pm 8,8$ % керівників ЗОЗ. Про нагальну потребу М/П у спеціальних знаннях з питань надання ПХД визнали $84,8 \pm 6,2$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $79,0 \pm 2,0$ % м/п неспеціалізованих ЗОЗ. Більше половини лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД ($62,8 \pm 4,5$ %) і молодших медичних спеціалістів ($52,9 \pm 5,6$ %) відповіли, що не мають бажання працювати з ПП. Зазначене свідчить про необхідність впровадження системи безперервного професійного розвитку (БПР) з питань ПХД, а також забезпечення належної мотивації роботи М/П, які надають

ПХД інкурабельним хворим. Основними складовими професійної підготовки М/П, згідно з міжнародними стандартами та підходами, повинна стати пацієнт-сім'я-орієнтована парадигма, МД, міжвідомчий і міжсекторальний підходи.

Системний та порівняльний аналіз чинної нормативно-правової бази (НПБ) з питань ПХД населенню в Україні, засвідчив як позитивні зрушення, так і деякі недоліки та невідповідність міжнародним стандартам і рекомендаціям, а головне – відсутність дієвих механізмів контролю і моніторингу виконання та дотримання вимог державних і галузевих нормативно-правових актів.

Спираючись на світовий досвід практичного впровадження ПХД у багатьох країнах світу, ВООЗ, ЕАРС та інші авторитетні міжнародні фахові організації пропонують усім країнам впроваджувати трирівневу модель надання паліативної і хоспісної допомоги, яку ми адаптували до умов України: 1. Паліативний підхід (первинна паліативна допомога) – початковий етап після встановлення діагнозу захворювання, що загрожує або обмежує життя пацієнта, у т. ч. інкурабельних захворювань з обмеженим прогнозом тривалості життя. 2. Загальна паліативна допомога надається при прогресуванні загрозливого для життя захворювання, розвитку тяжких симптомів і погіршення стану ПП (advanced life-limiting disease). 3. Спеціалізована ПХД (хоспісна допомога в термінальній стадії або «допомога наприкінці життя» – «end of life care») надається у спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД або вдома/за місцем перебування ПП із захворюваннями, що обмежують їх життя, у т. ч. в термінальних стадіях захворювань, фахівцями ЗОЗ ПХД або виїзної МД служби/бригади ПХД, коли лікування і догляд фокусуються на контролі симптомів і забезпеченні максимально досяжної якості життя ПП і членів його сім'ї/законних представників.

У дослідженні обґрунтована концепція створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД як сукупність методологічних підходів, як сучасна організація МД, міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії. Результати експертної оцінки підтвердили, що запропонована концептуальна модель системи ПХД побудована на принципах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми (9,58±0,17 бали за 10-тибальною шкалою оцінки), яка забезпечить доступність, якість і ефективність надання ПХД для усіх видів медичної допомоги (9,58±0,17 бали); запропоноване

автором надання амбулаторної ПХД на рівні ПМСД є інноваційним (9,32±0,20 бали), а залучення лікарів ЗП-СЛ до надання ПХД забезпечить доступність та наступність ПХД (9,35±0,14 бали), що потребує їх професійної післядипломної підготовки/навчання (9,65±0,14 бали); лікарі ЗП-СЛ, які залучені до надання ПХД, повинні одержувати від НСЗУ доплату/підвищений коефіцієнт за кожного ПП (9,94±0,06 бали), а М/П, які працюють в ЗОЗ ПХД, повинні мати підвищені посадові оклади, збільшену відпустку та пенсійні пільги (9,87±0,08 бали). Також експерти зазначили, що ПХД повинна надаватися безоплатно за рахунок Державного і місцевих бюджетів (9,52±0,23 бали).

Таким чином, обґрунтована концептуальна модель системи паліативної і хоспісної допомоги може бути рекомендована до впровадження в Україні. Це потребує адекватної НПБ, належної мотивації кадрів, у т. ч. БПР М/П з питань ПХД, сучасного обладнання та ефективних лікарських засобів (ЛЗ) і відповідного фінансового забезпечення та політичної підтримки центрального, регіональних і місцевих органів влади та зацікавленості усього суспільства.

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.

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”. – P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, 2020.

The dissertation solves the topical scientific and practical problem of health care by presenting the substantiation of the creation concept of a Palliative and Hospice Care (PC) System to the population in Ukraine taking into account contemporary international

approaches and standards, and developed a conceptual and functional-organizational models of an affordable, high-quality and efficient PC System to the population in Ukraine at 3 PC levels with the definition of its function, organizational structure and management system.

Comprehensive medical and social research conducted on the basis of data from official statistical reports, results of a sociological survey, a systemic and comparative analysis of the current regulatory framework, SWOT-analysis, expert assessments made it possible to critically assess the state of the PC supply in accordance of international standards and norms. The aforesaid also made it possible to conclude that there is no PC System in Ukraine, unsatisfactory technical equipment of a significant number PC Health Facilities (PCHF), discordance of the existing state of PC in Ukraine with current needs of the population, significant problems of professional training, motivation and staffing of PCHF, insufficient level of PC at the Primary Health Care level, lack of effective coordination health facilities (HF) and social care institutions. The need for improvement and development of regulatory framework, which regulates the PC provision in Ukraine, has been identified.

The results of medical and demographic data analysis made it possible to determine the PC need in accordance with international standards and the MOH of Ukraine Order dated 15.06.2011 No. 420 "On Approval of Methodological Recommendations for the Calculation of the Population's Needs in Health Care". In 2017 amounted 457.1 thousand people, or 1078.4 per 100 thousand populations, need PC. The analysis of statistical data indicate that 78.9 % of Palliative Patients (PPs) are individuals older than 60 years, with a maximum of 34.5% — at the age of 80 years and older; the highest rates among the regions were found in Chernigiv (1472.2 per 100 thousand population) that is 36.5% higher than the average in Ukraine, Poltava (1319.9) and Kirovograd (1308.7) Regions.

Since the existing state statistics forms do not provide PC provision data, we developed special questionnaires that were sent to the heads of Regional Authorities in 2017–2019. According to sociological research a significant difference in the PC provision was found in Ukrainian Regions. The analysis of the questionnaires showed that the existing network and the capacity of PCHF are extremely inadequate: as of 01.01.2019, specialized stationary PCHF in Ukraine were provided in 2 PC Centers (in

Ivano-Frankivsk and Kharkiv) and 19 Hospices, in which 657 beds for PPs were deployed, and 71 PC Departments in HF various profiles, in which 1546 beds for PPs were organized. Some PCHF of pediatric profile function only in 5 Regions of Ukraine. In total in Ukraine there were 2,997 beds for PPs at the end of 2018, which is 69.9 % of the actual need. In 2017, 20.3 thousand PPs, or 51.8 per 100,000 population, received inpatient PCs in Ukraine.

For today, there is no PC Home Service in Ukraine. Only 11 PC Mobile Teams at home, including 4 PC Mobile Teams for children were established. There are some Regions (f.e., in Kyiv and Zhytomyr Regions), where no Hospices, PC Departments or PC Mobile Teams have been established yet. So, PPs, especially in rural areas, have not yet access to specialized PC. This requires optimization of multidisciplinary, interagency and intersectoral coordination and cooperation, as often geriatric and pediatric PPs are both in the field of health and social care facilities, as well as non-state institutions.

The analysis of the questionnaires showed a number of problems regarding the quality of the PC provision, in particular the conditions of the PPs stay in stationary PCHF. Thus, the number of 1 and 2-beds rooms in PCHF, on average, in Ukraine is only 57.0 %, stationary PCHF, on average, are provided with functional beds by 57.1 %, oxygen concentrators by 7.5%, anti-sore-mattresses by 26.4 %, that is in 1.8, 2.1 and 3.0 times lower than it should be. This is due to the lack of PC State Standards and mechanisms for PCHF accreditation and licensing, which leads to situations where PPs are kept in inappropriate and unsatisfactory conditions. This proves the need for MOH improvement of accreditation and classification of stationary PCHF in accordance with the PPs profile, in particular: Hospices/PC Departments for cancer, therapeutic, tuberculosis, geriatric, psychiatric PPs, including Alzheimer's disease and dementia patients, Nursing Hospitals/Departments for long-term care PPs, PCHF for HIV/AIDS PPs, PC Centers for children, etc.

The results of our research indicate an acute problem of staff insufficient of PCHF: only $32,7 \pm 9,4$ % are full-staffed with physicians, $38,5 \pm 7,4$ % – with nurses. The results of the study suggest that healthcare professionals are lacking in knowledge and competence in the PC – $56,5 \pm 2,4$ % of non-specialized HF staff indicated that they had no special knowledge of PC for the population. The most doctors and even health care

managers find themselves under-trained. Thus, 96.2 ± 2.7 % of interns, 76.7 ± 6.4 % of physicians-specialists, 70.9 ± 7.2 % of GP-FD/PHC physicians and 65.5 ± 8.8 % of health care managers stated their incompetence in matters of organizer/manager of multidisciplinary PC in outpatient settings. The absolute majority of respondents acknowledged the urgent need for special knowledge on PC provision – 84.8 ± 6.2 % of PCHF physicians and 79.0 ± 2.0 % of non-specialized HF staff. 62.8 ± 4.5 % of GP-FD/PHC physicians and 52.9 ± 5.6 % of nurses said they were unwilling to work with PPs. The above mentioned points the importance and necessity of implementation of a continuous professional education system for PC, as well as ensuring the proper motivation for healthcare staff who provide PC to incurable patients. One of the main components of healthcare specialists training should be patient-family-oriented paradigm, multidisciplinary, interagency and intersectoral approaches.

A systematic and comparative analysis of the current PC provision regulatory framework in Ukraine has shown as some progress, such defects and inconsistencies with international standards and norms, and most importantly, there are no effective mechanisms for control and monitoring of the state and sectoral legal acts implementation.

Based on the world-wide experience of the practical PC implementation in many countries, the WHO, the EAPC and other reputable international organizations offer all countries to implement a three-level PC model, which we have adapted to Ukraine:

1. Palliative Care Approach (Primary Palliative Care) – the initial stage after the diagnosis of a life-threatening disease, including with a limited life expectancy forecast.
2. General Palliative Care is provided in the progression of life-threatening disease, development of severe symptoms and impairment of patient state, that limits the life expectancy of a PP (advanced life-limiting disease).
3. Specialized PC (Hospice Care or "end of life care" – terminal care) provide by PC specialists when treatment and care are fully focused on symptom control and provision maximum achievable of PP and members of his family quality of life. Specialized PC should normally be provided by PCHF staff or PC Multidisciplinary Outpatient Team at PP home.

The research substantiates the concept of the creation and development of an optimal affordable, high-quality and efficient PC System as methodological approaches, such as

multidisciplinary, interagency and inter-sectoral interaction. The PC System Conceptual Model based on the principles of a patient-family-oriented paradigm (according to expert judgment) is developed ($9,58\pm 0,17$ points on a 10-points scale of assessment), the main advantages of which are availability, quality and efficiency of PC providing at the all health care levels ($9,58\pm 0,17$ points); emphasis on provision of ambulatory PC at the PHC level is innovative ($9,32\pm 0,20$ points); involvement of GP-FD in the PC provision, which will ensure the PC availability and continuity ($9,35\pm 0,14$ points); involvement of GP-FD in the PC provision requires their appropriate professional post-graduate training/education ($9,65\pm 0,14$ points); GP-FDs involved in the PC provision must receive an additional payment/an increased coefficient for each PPC from the National Health Service of Ukraine (NHSU) ($9,94\pm 0,06$ points); medical staff providing PC should have higher salaries, increased vacations and retirement benefits ($9,87\pm 0,08$ points); PC should be provided free of charge at all health care levels and be paid from State and Local Budgets ($9,52\pm 0,23$ points); private facilities providing PC should receive their funding from the NHSU ($9,07\pm 0,48$ points).

Thus, the PC System Conceptual Model can be recommended for the implementation in Ukraine that requires an adequate regulatory and legal framework, special PC trainings and motivation of the personnel, and, of course, adequate funding and political support of the Government of Ukraine, Regional and Local Authorities and interest of society.

The scientific novelty of the obtained results is that for the *first time in Ukraine*:

- issues of providing PC to the population in Ukraine in the terms of administrative territories and on the basis of the proved imperfection of its structure and insufficient efficiency, the necessity of organizational service forms improvement with corresponding to the international standards of logistical support and management, efficient functioning of which needs a state support, are complex presented;

- the principle of a comprehensive patient-family-oriented approach as a basis for creating the concept of a PC System to the Ukrainian population in accordance with international regulations and standards is substantiated and proposed;

- a comprehensive PC System in Ukraine, that is able to ensure the accessibility, quality and effectiveness of its providing to a specific groups of population, based on a multidisciplinary, interagency and inter-sectoral approach, the basic elements of which

are proposed functional and organizational models of different levels of PC System (primary, general and specialized) with a coordinating management model, is substantiated and developed;

- the sequence of decision-making when choosing the level and type of PC providing, based on the comprehensive estimation of patient's condition, determined according to the proposed criteria, is objectified;

- qualification requirements for health care professionals at all levels of the PC System and particularities of awareness, with explanation of offered modernized training curricula and development of the continuous professional improvement scheme, were identified;

- peculiarities of the PC System staffing in the regional aspect, its mismatch to objectified real needs and factors, that hamper the formation of its proper potential, are identified.

Improved at the sectoral level:

- proposals for improving the accessibility, quality and efficiency of PC providing to the population of Ukraine, which need a state regulation, and objectified proposal to separate such a speciality as "Palliative and Hospice Medicine" with approval of a corresponding specialization/subspecialization for physicians and nurses, are substantiated;

- scientific and methodological approach to determining the PC needs of the population and identified its features in terms of administrative territories and in some nosological forms are substantiated;

- palliative patient's status is determined from the modern knowledge point of view, indications criteria for obtaining levels and types of PC and sequence of choice, depending on needs, are grounded and improved.

Further development got the researches of:

- mechanism of interrelation between GP-FD/PHC physicians and the second and third levels of medical care physicians, based on their defined clear functions in the process of PC providing, is substantiated;

- sequence of decision-making, when choosing the level and type of PC providing, based on comprehensive estimation of patient's condition, determined according to the proposed criteria, is objectified.

The theoretical significance of the obtained results is significant complement to the social medicine theory as part of the doctrine of public health and health management, in particular the scientific substantiation of the affordable, high quality and effective PC System for Ukrainian population.

The practical value of the research results consists in that fact that they became the basis for:

- development of normative-legal documents at the state, agency and regional levels for PC System to the population establishment;
- development and implementation of PC System functional and organizational models for all types of health care;
- optimization of criteria for determining a palliative patient status;
- improvement of qualification requirements for PCHF health care professionals;
- development of a scheme for health care specialists professional training in the PC provision issue;
- creation and improvement of health specialists postgraduate professional education curricula on the PC management and provision for all types of health care issue;
- development of methods the PC of the population needs calculating;
- development of patients clinical routes to obtain affordable, high quality and effective PC.

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

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації (вибрані праці – повний список 50 публікацій подано у додатку А-1):

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 paliative and hospise 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 і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).

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 практико-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 / В. І. Іволгін, Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – С. 266–293. *(Дисертанту належить збір, аналіз і обробка 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, аналіз і обробка 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. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз частини даних та формулювання частини висновків, підготовка 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 матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка 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 ідея написання статті, збір, обробка і аналіз і обробка 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, A. Wolf // 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 А-1):

1. Паліативна та хоспісна допомога: підручник / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, В. М. Князевич, А. В. Царенко [та ін.]; 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 / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.]; за ред. Ю. В. Вороненка, О. Г. Шекери, Ю. І. Губського. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2017. – 208 с. *(Дисертанту належить збір і аналіз матеріалу стосовно організації надання паліативної і хоспісної допомоги).*

3. Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення: Навчальний посібник / Ю. І. Губський, Л. В. Коношевич, Р. О. Моїсеєнко [та ін.]; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2019. – 154 с. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз матеріалу стосовно організації 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. *(Дисертанту належить ідея написання Інформаційного листа, збір даних і аналіз частини матеріалу).*

5. Царенко А. В. Организационные аспекты участия врачей общей практики-семейных врачей в паллиативной помощи в Украине / А. В. Царенко, О. Г. Шекера, А. Н. Юзвизица // Материалы Республиканской НПК «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан», 28.09.2016 г., г. Душанбе. – Душанбе, 2016. – С. 200–206. *(Дисертантові належить аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

6. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

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

8. 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 European Association for Palliative Care (EAPC), Copenhagen, Denmark, 10 May 2015. Abstracts. – 2015. – P. 170. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

9. 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 European Association for Palliative Care (30 May – 2 June 2013, Prague). Abstracts. – 2013. – P. 173. *(Дисертантові належить збір та аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

10. 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 European Association for Palliative Care (30 May – 2 June 2013, Prague). Abstracts. – 2013. – P. 207. *(Дисертантові збір, аналіз і обробка частини матеріалу формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

11. 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., г. Алматы. – Казахстан, Алматы. – 2013. – С. 23–27. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз матеріалу та формулювання частини висновків).*

12. Царенко А. В. Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Матеріали Першої НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні» // Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський: Наукове видання. – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 168–176.

13. Царенко А. В. Безпека, якість та доступність паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам похилого та старечого віку: проблеми та шляхи вирішення / А. В. Царенко // Зелена Книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого Національного конгресу з безпеки пацієнтів: Видання перше. – Київ. – 2012. – С. 272–277.

14. Царенко А. В. Актуальність підготовки сімейних лікарів з питань паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // У кн.: Матеріали конфер. сімейних лікарів. – Ужгород: УжНУ. – 2011. – С. 135–136.

15. 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.] // У кн.: Материалы V-го съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2010. – С. 159–161. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

16. 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–Чикаго, 2010. – С. 747–748.

17. 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, A. Tsarenko [et al.] // 11-th Congress of the European Association for Palliative Care. 7–10.05.2009. Abstracts. – Austria. Vienna, 2009. – P. 120. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір та аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

18. Tsarenko A. Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine / A. Tsarenko, Yu. Gubskiy, V. Tchaykovska [et al.] // 11-th Congress of the European Association for Palliative Care. 7–10.05.2009. Abstracts. – Austria. Vienna, 2009. – P.149. *(Дисертантові належить збір і аналіз частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

19. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка до друку).*

20. Wolf A. Improving the patient safety in palliative care in Ukraine / A. Wolf, V. Serdiuk, A. Tsarenko [et al.] // Patient Safety Research: shaping the European agenda. International Conference Abstracts. – Porto, 2007. – P. 142. *(Дисертантові належить збір, аналіз матеріалу та формулювання частини висновків).*

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи (вибрані праці – повний список 14 публікацій подано у додатку А-1):

Закон України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» (Проект) / І. В. Сисоєнко, К. В. Яринич, О. М. Кириченко [та ін.] // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 2. – С. 105–118. *(Дисертантові належить формування ст. 26 «Надання елементів паліативної допомоги та порядок взаємодії суб'єктів первинної медичної допомоги з закладами охорони здоров'я вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та паліативної допомоги»).*

| | Стор. |
|--|-------|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ | 24 |
| ВСТУП | 26 |
| РОЗДІЛ 1. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ | 43 |
| 1.1. Паліативна і хоспісна допомога – інноваційний вид медичної допомоги населенню | 43 |
| 1.2. Медико-соціальний аналіз сучасних визначень і термінів, що стосуються паліативної і хоспісної допомоги | 50 |
| 1.3. Аналіз досліджень з питань організації надання ПХД населенню в Україні | 56 |
| 1.4. Аналіз міжнародного досвіду надання ПХД населенню | 59 |
| Висновки до Розділу 1 | 72 |
| РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ | 75 |
| 2.1. Загальна характеристика програми і методів дослідження | 75 |
| 2.2. Методичні підходи до наукового обґрунтування концепції доступної, якісної та ефективної системи ПХД населенню в Україні | 84 |
| 2.3. Методологія наукового обґрунтування концептуальної моделі системи надання ПХД населенню в Україні | 86 |
| Висновки до Розділу 2 | 88 |
| РОЗДІЛ 3. ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ ДОПОМОЗІ | 89 |
| 3.1. Соціально-медична характеристика захворюваності і смертності населення України, що визначають потребу у ПХД | 89 |
| 3.2. Визначення потреби населення у ПХД в Україні | 108 |
| Висновки до розділу 3 | 118 |

| | |
|--|-----|
| РОЗДІЛ 4. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ, ЩО РЕГУЛЮЄ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ, ТА ЇЇ ВІДПОВІДНОСТІ МІЖНАРОДНИМ ПІДХОДАМ, СТАНДАРТАМ І НОРМАМ | 122 |
| 4.1. Ретроспективний контент-аналіз нормативно-правових актів з питань надання ПХД населенню в Україні, які втратили чинність | 122 |
| 4.2. Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів з питань регулювання надання ПХД і СППД | 126 |
| 4.3. Контент-аналіз деяких міжнародних документів, які регулюють надання ПХД та паліативного догляду | 147 |
| 4.4. Основні напрямки удосконалення і розвитку національної НПБ з питань надання ПХД і СППД | 151 |
| Висновки до Розділу 4 | 152 |
| РОЗДІЛ 5. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ | 157 |
| 5.1. Системний аналіз забезпеченості населення паліативною і хоспісною медичною допомогою в регіональному аспекті | 157 |
| 5.2. Аналіз доступності пацієнтів до ПХД в регіональному аспекті | 173 |
| 5.3. Аналіз надання паліативної і хоспісної медичної допомоги в Україні | 180 |
| 5.4. Аналіз діяльності органів регіональної влади з організації надання ПХД населенню | 186 |
| 5.5. Діяльність недержавних організацій і роль громадянського сектора у розвитку паліативної та хоспісної допомоги та паліативного догляду | 195 |
| Висновки до Розділу 5 | 198 |
| РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ | 203 |
| 6.1. Кваліфікаційні вимоги до лікарів та молодших медичних спеціалістів з питань надання ПХД населенню | 203 |
| 6.2. Оцінка кадрового потенціалу ЗОЗ, де надають ПХД населенню в Україні | 205 |

| | |
|--|-----|
| | 23 |
| 6.3. Організація системи післядипломної підготовки медичних фахівців з питань надання ПХД | 208 |
| 6.3.1. Актуальність проблеми та стан підготовки медичних фахівців з питань надання ПХД в Україні і в світі | 208 |
| 6.3.2. Аналіз рівня знань, ставлення і потреби професійної підготовки медичних працівників в Україні з питань надання ПХД | 220 |
| Висновки до Розділу 6 | 236 |
| РОЗДІЛ 7. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ОПТИМАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ | 241 |
| 7.1. Організаційні засади створення та розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні | 241 |
| 7.2. Обґрунтування концепції оптимальної системи і моделей надання ПХД населенню в Україні | 253 |
| 7.3. Обґрунтування функціонально-організаційних моделей надання ПХД населенню в Україні та визначення її економічної ефективності | 256 |
| 7.3.1. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання первинної ПХД населенню в Україні на рівні ПМСД | 256 |
| 7.3.2. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання загальної ПХД населенню в Україні | 263 |
| 7.3.3. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання спеціалізованої ПХД населенню в Україні | 265 |
| 7.3.4. Особливості надання паліативної допомоги дітям | 278 |
| 7.4. SWOT-аналіз концептуальної моделі системи ПХД в Україні | 281 |
| 7.5. Експертна оцінка ефективності розробленої концептуальної моделі системи надання ПХД та стану надання ПХД населенню в Україні | 285 |
| Висновки до Розділу 7 | 290 |
| ВИСНОВКИ | 296 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ | 301 |
| ДОДАТКИ | 361 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

- БО – благодійні організації
- ВООЗ – (WHO) Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВПХМ – відділення паліативної та хоспісної медицини
- ВРУ – Верховна Рада України
- ДБН – державні будівельні норми і правила
- ДОЗ – департамент охорони здоров'я
- ЗВМО – заклад вищої медичної освіти
- ЗВО – заклад вищої освіти
- ЗН – злочинні новоутворення
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- ЛЗ – лікарські засоби
- ЛЗП-СЛ – лікар загальної практики-сімейний лікар
- ЛСД – лікарня сестринського догляду
- МД – мультидисциплінарний
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- МРТБ – мультирезистентний туберкульоз
- МСМО – молодший спеціаліст з медичною освітою
- М/П – медичні працівники
- НАМН – Національна академія медичних наук України
- НДР – науково-дослідна робота
- НДО – недержавні організації (громадські об'єднання)
- НМАПО – Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика
- НПА – наркотичні і психотропні анальгетики
- НПБ – нормативно-правова база
- НПК – науково-практична конференція
- НСЗУ – національна служба здоров'я України
- НСРД – низький та середній рівень доходів
- ОДА – обласна державна адміністрація

ОТГ – об'єднана територіальна громада

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

РРТБ – туберкульоз з розширеної стійкістю до антимікобактеріальних ЛЗ

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

СОП – стандарти операційних процедур

СППД – соціальна послуга з паліативного догляду

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ССС – серцево-судинна система

ТЦСО – територіальний центр соціального обслуговування населення (надання соціальних послуг)

ТУ – тематичне удосконалення

ТЧХУ – Товариство Червоного Хреста України

УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

УОЗ – управління охорони здоров'я

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

ЦРЛ – центральна районна лікарня

ХрБС – хронічний больовий синдром

ХНН – хронічна ниркова недостатність

ХПН – хронічна печінкова недостатність

ХСН – хронічна серцева недостатність

ЕАРС – Європейська асоціація паліативної допомоги

ІАНРС – Міжнародна асоціація хоспісної та паліативної допомоги

IASP – Міжнародна асоціація по дослідженню болю

SWOT-аналіз: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

WPCA – Всесвітній Альянс Паліативної Допомоги

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Починаючи з другої половини 20-го століття, у більшості розвинених країн світу створення та розвиток системи або служби паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) населенню стає однією з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних проблем урядів і суспільства. 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 [39; 60; 70-74; 84-86; 109-113; 126; 175; 248; 274; 329; 374; 400; 412-414; 425; 521-523 та інші].

У світі щороку понад 25,5 млн. людей помирають від тяжких невиліковних захворювань, і ще 35 млн. осіб живуть, страждаючи від цих захворювань, що разом становить майже 61 млн. осіб [374; 393; 416; 432; 447; 526]. На жаль, значна частина таких пацієнтів закінчують своє життя у стражданнях і муках через негамовний біль, важкі порушення функцій організму, неспроможність до самообслуговування, загальну слабкість, депресії тощо, що спричиняє значне зниження якості життя. За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. до 40 млн. таких пацієнтів потребують ПХД. [498, 524, 525, 526].

За даними експертів ВООЗ, дорослі пацієнти, які потребують паліативної і хоспісної допомоги (ПП), хворіють на хронічні хвороби системи кровообігу (38,5 %), злоякісні новоутворення (ЗН) (34,0 %), хронічні респіраторні захворювання (10,3 %), ВІЛ-інфекцію/СНІД (5,7 %), цукровий діабет (4,6 %) тощо. ПХД повинна надаватися також при багатьох інших захворюваннях, у т. ч. при хронічній нирковій і печінковій недостатності (ХНН, ХПН), розсіяному склерозі, хворобі Паркінсона, ревматоїдному артриті, важких формах неврологічних захворювань, деменції, вроджених і набутих вадах розвитку, хіміорезистентних формах туберкульозу [524, 525]. Крім того, у світі відбувається швидке постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності асоційованих з віком тяжких хронічних захворювань і, відповідно, збільшення потреби у ПХД у глобальному масштабі [526]. Згідно прогнозів деяких дослідників [416], до 2040 р. у світі потреба у ПХД може збільшитися на 25–47 %.

Окрему категорію ПП складають діти з вродженими вадами розвитку, ЗН, генетичними, онкогематологічними, орфанними та іншими невиліковними та такими, що загрожують і обмежують життя захворюваннями тощо [58; 74; 129–131; 248; 249; 288; 289; 384; 407; 433; 445 та інші].

Результати багатьох досліджень українських та закордонних авторів [34; 126; 131; 190; 256; 274; 314; 363 та інші] свідчать, що не лише ПП, але й члени їх сімей та особи, які доглядають за ними, стикаються з численними психо-емоційними, медичними, соціальними і економічними проблемами, адже, важко або невиліковно хворий, особливо в термінальній стадії захворювання, спричиняє суттєве зниження якості життя усієї родини та може стати причиною погіршення здоров'я, тяжких психічних, соціальних та економічних розладів.

Про глобальну актуальність проблеми надання ПХД населенню свідчать, зокрема, Рекомендації Комітету Міністрів держав-членів Ради Європи (Rec 24) «Про організацію паліативної допомоги» (2003), спеціальна Резолюція Парламентської Асамблеї Ради Європи № 1649 «Паліативна допомога: модель для інноваційної медичної та соціальної політики» (2008), документи ООН (2011, 2017), ВООЗ (2004, 2018, 2019) та інших авторитетних міжнародних організацій [60; 276; 300, 399, 400, 477, 503, 504, 516, 525, 528]. Як свідчить контент-аналіз наведених вище документів, усі вони акцентують, що показання до надання ПХД не обмежуються онкологічними захворюваннями, а включають пацієнтів усіх вікових груп на підставі оцінки важкості перебігу та прогресування захворювань, що загрожують або обмежують життя пацієнта, конкретних потреб хворого і членів його сім'ї та прогнозу тривалості життя ПП.

На відміну від традиційної медичної допомоги, зокрема етіо-патогенетичного лікування, що орієнтоване на виліковування пацієнта або досягнення стійкої ремісії, інноваційний вид медичної допомоги – ПХД має на меті, у першу чергу, покращити якість життя шляхом полегшення фізичних страждань ПП – подолання або суттєвого зменшення болю та інших тяжких симптомів хвороби, сприяння підтримки його психо-емоційного стану, духовного/релігійного супроводу, а також забезпечення соціальних потреб та покращання умов життя ПП та його родини. Право на ПХД належить до основних прав людини в сучасному світі. Рівний

доступ до служб ПХД повинен бути гарантований населенню в усіх країнах, відповідно до потреб і незалежно від рівня доходів, культурних і етнічних ознак пацієнтів. Крім того, це не має створювати значні фінансові труднощі, особливо для ПП з малозабезпечених і незахищених верств населення [60; 300, 303; 389; 398; 399, 400; 414, 494, 495; 516; 521; 522; 528 та інші].

Про гостру і швидко зростаючу потребу населення у ПХД в Україні практичні лікарі та науковці почали говорити в кінці 20-го та на початку 21-го століття у зв'язку з несприятливою медико-демографічною та соціально-економічною ситуацією в країні [94; 95; 137; 185; 193; 194; 251-254; 319 та інші]. Впродовж останніх п'яти років в Україні щороку близько 2 млн. осіб (біля 500 тис. пацієнтів у фінальному періоді життя та близько 1,5 млн. членів їх сімей) потребують кваліфікованої якісної ПХД. Зазначене зумовлює велике медико-соціальне, політичне, економічне та гуманітарне значення проблеми створення та розвитку оптимальної системи ПХД [73; 74; 86; 111; 113; 115; 126; 130; 148; 174; 175; 196; 202; 242; 249; 328; 329 та інші].

Законодавчою базою для розвитку системи ПХД населенню в нашій державі, є, насамперед, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, де у 2011 р. Статтю 33 «Забезпечення надання медичної допомоги» вперше в історії України було доповнено окремим видом медичної допомоги – «паліативна допомога», а у Статті 35-4 «Паліативна допомога» дано визначення та організаційні засади цього виду медичної допомоги в Україні [44]. Чинними також є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII (Ст. 4), низка Указів Президента та нормативно-правових актів КМУ, МОЗ і Мінсоцполітики України, що регулюють надання ПХД та СППД.

Проте, сьогодні в Україні ще не створена система надання ПХД населенню, і ні МОЗ, ні Мінсоцполітики України, ні регіональні та місцеві органи влади в багатьох регіонах не забезпечують доступну, якісну та ефективну ПХД інкурабельним хворим як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома, відповідно до міжнародних підходів та стандартів [69, 70, 73, 74, 111, 113, 128, 130, 174, 175, 202, 242, 328, 329]. Зазначене вимагає державної підтримки і розвитку

відповідної НПБ та адекватного фінансування програм розвитку ПХД на національному, регіональних і місцевих рівнях, що дозволить у процесі трансформації системи охорони здоров'я та соціального захисту населення раціонально перерозподілити наявні інституціональні, технічні та кадрові ресурси, забезпечити їх ефективне використання, досягти рівної доступності населення до якісної ПХД в усіх регіонах України, для усіх видів медичної допомоги та координації і співпраці ЗОЗ та закладів соціальної опіки, а також закладів недержавної форми власності.

В Україні впродовж останніх десятиліть були виконані дисертації, що присвячені різним аспектам організації та надання 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 створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД в умовах обмежених фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, до останнього часу в Україні не проводилися, що визначило напрям наукового пошуку, зумовили вибір теми, мети і завдань цього дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану 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.); ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України», Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини і кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика, зокрема: «Наукове обґрунтування та створення концепції і системи професійної післядипломної підготовки лікарів,

медичних сестер та соціальних працівників з паліативної та хоспісної допомоги в Україні» (№ держреєстрації 0111U002804, термін виконання – 2011-2013 рр.); «Вивчення існуючого стану та розробка організаційної моделі амбулаторного обслуговування паліативних пацієнтів у міській та сільській місцевості» (№ держреєстрації 0112U007112, термін виконання – 2012-2014 рр.); «Медико-юридичний аналіз та розробка пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правової бази застосування лікарських засобів у паліативній та хоспісній медицині» (№ держреєстрації 0115U002154, термін виконання – 2015-2017 рр.); ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України»: «Розробка та впровадження інноваційної моделі допомоги вдома особам літнього віку, немічним, невиліковно хворим та інвалідам» (№ держреєстрації: 0115U000612, термін виконання: 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 N 3611-VI, зокрема Ст. 8, Ст. 33 і Ст. 35-⁴ «Паліативна допомога»; Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, зокрема Ст. 4 «Програма медичних гарантій»; Проекту Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», № реєстрації 6634 від 22.06.2017, зокрема Ст. 26 «Надання елементів паліативної допомоги»;

постанов КМУ від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», зокрема п. 2 «Проведення структурної реорганізації галузі», та 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» та 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.».

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 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зокрема розділу «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги»; від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі», зокрема п. V «Розрахунок потреби населення в паліативній допомозі»; 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 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я», зокрема п. 1.6 «Примірне положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс»; 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»; від 07.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» та інших;

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

- рішення Колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини» (повний список і акт впровадження – в додатках А-3, А-4).

- 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 та НАМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я:

1) 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.] // Реєстр галузевих нововведень. – № 365/1/14. – 2014.

2) Губський Ю. І. Нормативно-правові вимоги України до рецептів на лікарські засоби групи наркотичних анальгетиків / Ю. І. Губський, О. О. Нагорна, А. В. Царенко // Реєстр галузевих нововведень. – № 364/1/14. – 2014.

3) Губський Ю. І. Особливості фармакотерапії і харчування паліативних пацієнтів похилого віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – № 63/3/16. – 2016.

4) Губський Ю. І. Наукове обґрунтування інноваційної організаційно-функціональної моделі надання паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – № 62/3/16. – 2016.

Розроблено методичні рекомендації, які затверджено: 1. Міністерством соціальної політики України: Впровадження паліативної та хоспісної допомоги на базі територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Печерського району м. Києва / В. Д. Некрутова, О. О. Вольф, А. В. Царенко // Методичні рекомендації. Міністерство соціальної політики України. – К., 2011. –

20 с.; 2. МОЗ України: Модель покращання доступності та якості медичної допомоги сільському населенню з застосуванням телемедичних технологій. (Методичні рекомендації) / О. П. Мінцер, Л. Ф. Матюха, А. В. Царенко [та ін.]. – Івано-Франківськ: Вид-во Прикарпатського НУ імені В. Стефаника, 2012. – 25 с.

Результати дослідження включені 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 тривалістю 1 і 2 тижня та 1 місяць для лікарів та молодших медичних спеціалістів (затверджені вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика, 2010–2020 рр.); Програми навчального курсу «Основи догляду за громадянами похилого віку та особами з інвалідністю» для соціальних робітників, молодшого та середнього медичного персоналу психоневрологічних інтернатів і будинків-інтернатів для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг) на базі Центру додаткової професійної освіти ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України». (2 акти впровадження).

в) На *регіональному рівні* матеріали дослідження використано:

- при розробці «Міської програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах м. Дніпро на 2018-2021 роки», затвердженою рішенням 26-ої сесії Дніпровської міської ради від 15.11.2018 р.; «Обласної програми розвитку паліативної допомоги на 2018-2020 роки», затвердженою рішенням 18-ої сесії Сумської обласної ради від 02.03.2018 р. (2 акти впровадження).

- при організації надання ПХД населенню в ЗОЗ міст Вінниця, Дніпро, Дубно (Рівненської обл.), Івано-Франківськ, Ізмаїл (Одеської обл.), Київ, Рокитне (Київської обл.), Чернігів, Хмельницький та Ужгород (11 актів впровадження).

Результати дослідження впроваджені в навчальний процес наступних вищих медичних закладів освіти: НМАПО імені П. Л. Шупика; Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця; Івано-Франківський національний медичний університет; Дубенський медичний коледж; Сумський медичний коледж (усього 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 з соціологічних анкет 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 (повний

список конференцій подано у додатку А-2):

1. НПК з міжнар. участю «Організаційні та клінічні питання сімейної медицини в Україні», 24–25.10.2019, м. Київ, тема: «Інтегрування паліативної і хоспісної допомоги в практику лікарів загальної практики-сімейних лікарів як умова створення системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні» (доповідь);

2. НПК з міжнар. участю «Проблеми та перспективи первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини», 16-17.05. 2019, м. Київ, тема: «Умови впровадження та функціонування концептуальної моделі надання паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні ПМСД» (доповідь);

3. НПК з міжнар. участю «Сімейна медицина – майбутнє охорони здоров'я України», 17.05.2018, м. Київ, тема: «Медико-соціальний аналіз нормативно-правової бази України і міжнародних документів щодо організації надання паліативної та хоспісної допомоги на первинному рівні медичної допомоги» (доповідь);

4. The Annual Scientific Conference «Ukrainian psychiatry in the fast changing world», 25-27.04.2018, Kyiv, тема: «Organizational models of palliative care for elderly patients with cognitive impairment» (доповідь);

5. НПК з міжнар. участю «Проблеми та перспективи сімейної медицини в Україні», 26-27.10.2017, м. Київ, тема: «Післядипломна підготовка сімейних лікарів з надання паліативної допомоги населенню – важлива складова впровадження системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні» (доповідь);

6. Республиканская НПК «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан», 28.09.2016, г. Душанбе, тема: «Организационные аспекты участия врачей общей практики-семейных врачей в паллиативной помощи в Украине» (доповідь);

7. НПК з міжнар. участю «Правові та організаційні засади паліативної допомоги в Україні», 11.11.2016, м. Київ, тема: «Організаційно-функціональна модель розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: умови впровадження мультидисциплінарного і міжсекторального підходів» (доповідь);

8. VI Національний конгрес геронтологів і геріатрів України, 19-21.10.2016, м. Київ, тема: «Інноваційні підходи до організації паліативної допомоги людям

літнього віку» (доповідь);

9. НПК з міжнар. участю «Паліативна допомога в Україні: морально-етичні, психологічні та духовні аспекти», 14-15.06.2016 р., м. Харків, тема: «Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: впровадження мультидисциплінарного і міжсекторального підходів» (доповідь);

10. XIII з'їзд онкологів та радіологів України, 26–28.05.2016, м. Київ, тема: «Умови створення та розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні» (доповідь);

11. The 14th World Congress of the European Association for Palliative Care, 8–10.05. 2015, Copenhagen, тема: «Collaboration of NGO's and Government of Ukraine for Development of Palliative and Hospice Care Regulatory Basis» (доповідь);

12. Другий Національний Конгрес з паліативної допомоги, 01-02.10.2015, м. Київ, тема: «Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини, як передумова створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні» (доповідь);

13. The 13-th World Congress of the European Association for Palliative Care, 30.05–02.06.2013, Prague, тема: «Advocacy Activities for the Palliative Care System Creating and the Palliative Care State Policy Shaping in Ukraine» і «Experience of Ukraine to Educate Medical Professionals Involved in Palliative Care» (стендові доповіді);

14. Перший Національний Конгрес з паліативної допомоги, 26–27.09.2012, м. Ірпінь, тема: «Розробка розділу «Паліативна допомога» Державної програми «Здоров'я 2020: український вимір» (доповідь);

15. Україно-Польська конференція: «Вчора, сьогодні, завтра паліативної медицини», 20.04.2012, м. Луцьк, тема: «Паліативна та хоспісна медицина в Україні: медико-правові та організаційні аспекти» (доповідь).

16. 5-я Междунар. конференція «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе», 27–29.10.2011, г. Минск, Республика Беларусь, тема: «Развитие службы паллиативной и хосписной помощи в Украине в соответствии с международными подходами как важное условие улучшения качества жизни населения» (доповідь);

17. V съезд педиатров и детских хирургов Таджикистана, 1–3.10.2010,

г. Душанбе, тема: «Актуальность развития службы паллиативной и хосписной помощи детям в Украине в соответствии с международными подходами» (доповідь);

18. The 11-th Congress of the European Association for Palliative Care, 7–10.05.2009, Vienna, Austria, тема: «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» і «Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine» (стендові доповіді);

19. The 2-nd International Conference in Palliative Care «Palliative Care in Different Cultures», 19-20.03.2008, Eilat, Israel, тема: «Improving of palliative care specialists' training in Ukraine» (доповідь);

20. The International Conference «Patient Safety Research: shaping the European agenda», 24-26.09.2007, Porto, тема: «Improving the patient safety in palliative care in Ukraine» (стендова доповідь).

2) на національному рівні – на 27 науково-практичних конференціях (повний список конференцій подано у додатку А-2):

1. Всеукр. НПК з сімейної медицини «Від науки до практики», 16-17.04.2019, м. Дніпро, тема: «Аналіз стану надання паліативної та хосписної допомоги населенню у м. Дніпро» (доповідь);

2. НПК «Інноваційні моделі надання медичної допомоги та профілактики лікарем загальної практики-сімейним лікарем в сучасних умовах», 17.11.2017, м. Запоріжжя, тема: «Оцінка якості діяльності сімейних лікарів з надання паліативної допомоги» (доповідь);

3. Третя Всеукр. НПК «Актуальні питання надання паліативної та хосписної допомоги в Україні», 23–24.04.2015, м. Київ, тема: «Організаційні аспекти створення системи паліативної та хосписної допомоги в Україні» (доповідь);

4. НПК «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи», 03–04.04.2014, м. Черкаси, тема: «Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хосписної допомоги у складі мультидисциплінарної команди» (доповідь);

5. НПК «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку», 18.09.2014, м. Харків, тема: «Стан, проблеми і перспективи впровадження національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» (доповідь);

6. Друга Всеукр. НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти», 20–21.11.2013, м. Київ, тема: «Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання ПХД населенню» (доповідь);

7. Перша НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні», 8-9.11.2012, м. Київ, тема: «Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (доповідь);

3) на регіональному рівні:

1. Обласна конференція медичних сестер Рівненської області, 23.03.2017, м. Рівне, тема: «Стан і перспективи надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам в Україні» (доповідь);

2. НПК «Забезпечення паліативною та хоспісною допомогою населення м. Вінниці та перспективи подальшого розвитку», 19.05.2013, м. Вінниця, тема: «Організаційно-методичні засади та досвід розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні» (доповідь).

Публікації. Матеріали дисертаційної роботи знайшли відображення у 149 наукових працях, з яких – 29 публікацій у фахових наукових виданнях, регламентованих ДАК України, та 16 публікацій в іноземних наукових журналах, у 50 публікаціях відображені основні наукові результати дисертації, 84 публікацій апробаційного характеру, у т. ч. 3 – методичних рекомендацій і 4 – інформаційні листи про нововведення. В одноосібному авторстві опубліковано 16 робіт.

Структура та обсяг роботи. Дисертація викладена 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 кирилицею – 369, іноземними мовами – 161) і додатків. Робота ілюстрована 59 таблицями та 45 рисунками.

РОЗДІЛ 1

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

1.1. Паліативна і хоспісна допомога – інноваційний вид медичної допомоги населенню

Україна в умовах реформування системи охорони здоров'я має приділяти особливу увагу питанням створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги (ПХД), яку багато авторів визначають як інноваційний вид медико-соціальної допомоги хворим на захворювання, що загрожують або обмежують життя пацієнта, у т. ч. інкурабельним пацієнтам та у термінальних стадіях захворювань, і членам їх сімей. Починаючи з другої половини 20-го століття, у більшості розвинених країн світу створення та розвиток системи або служби ПХД населенню стає одним з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань урядів та суспільства. Рік від року це 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 і співавт., 2014, 2016; Н. Г. Гойда і співавт., 2015-2019; Ю. І. Губський і співавт., 2015-2019; О. З. Децик і співавт., 2015; N. Arias-Casais et al., 2019; Е. С. Введенская, 2014; Г. А. Новиков и соавт., 2016, 2018; WHO, 2015, 2016, 2018 та інші).

Ініціатором створення паліативної допомоги (ПД) як допомоги інкурабельним онкологічним хворим була ВООЗ. У зв'язку з швидким зростанням захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) у всьому світі ВООЗ у 1982 році прийняла рішення про організацію паліативної медицини як самостійної спеціальності та її впровадження у практичну охорону здоров'я. Більш ніж у 40 країнах, провідними серед яких були Австралія, Бельгія, Великобританія, Канада, Нідерланди, США, Франція та Швейцарія особливу увагу було приділено необхідності адекватного знеболення хворих на ЗН [218; 265; 267; 389; 403; 405; 419; 437; 506; 511 та інші].

У сучасному розумінні, ПХД розглядається як комплексна система заходів медичного, соціального, психологічного та духовного/релігійного змісту для всебічної підтримки пацієнтів із загрозливими для життя або інкурабельними захворюваннями, коли лікування, що спрямоване на одужання, є неефективним чи безперспективним. ПХД надається дорослим пацієнтам при багатьох хронічних прогресуючих захворюваннях, зокрема: онкологічних (34,0 %), серцево- і церебросудинних (38,5 %), хронічних захворюваннях дихальної системи (10,3 %), ВІЛ-інфекції/СНІД (5,7 %), тяжких ускладненнях цукрового діабету (4,6 %) тощо. ПХД може надаватися при багатьох інших захворюваннях, у т. ч. при дегенеративних і посттравматичних ураженнях нервової системи та опорно-рухового апарату, ХНН і ХПН, розсіяному склерозі, хворобі Паркінсона, ревматоїдному артриті, деменціях, у т. ч. хворобі Альцгеймера, вроджених вадах розвитку, хіміорезистентних формах туберкульозу (МРТБ і РРТБ), вірусних гепатитах «В» і «С» тощо [370, 391, 412, 416, 417, 447, 523, 525 та інші].

Окрему категорію ПП складають діти з вродженими вадами розвитку, ЗН, генетичними, онкогематологічними, орфанними та іншими невиліковними та такими, що загрожують життю, захворюваннями тощо [372; 374; 377; 380; 384; 393; 398; 407; 408; 424; 433; 445 та інші].

За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. [526] до 40 млн. осіб [60; 523; 524] потребують ПД, з яких майже 80 % проживають у країнах з НСРД [60; 498; 523; 526]; понад 67 % ПП становлять люди старші за 60 років і близько 6 % – діти. ВООЗ зазначає, що «... держави несуть обов'язок поважати право на здоров'я, утримуючись від вживання заходів, що закривають або обмежують рівний доступ усім... до... лікувальних і паліативних послуг охорони здоров'я» [60, 521, 522].

Крім того, у світі відбувається швидке глобальне постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності тяжких асоційованих з віком хронічних захворювань і, відповідно, збільшення потреби в забезпеченні ПХД у всесвітньому масштабі [60, 520, 522]. Згідно прогнозів дослідників [408], до 2040 р. у світі потреба у ПХД може збільшитися ще на 25–47 %.

Результати багатьох досліджень українських та закордонних авторів [31; 39; 126; 130; 148; 190; 196; 256; 258; 274; 314; 364 та інші] свідчать, що не лише ПП, але й члени їх сімей та особи, які доглядають за ними/законні представники, стикаються з численними психо-емоційними, медичними, соціальними і економічними проблемами. Адже, коли у сім'ї з'являється важко або невиліковно хворий, особливо в термінальній стадії захворювання, це спричиняє суттєве зниження якості життя усієї родини та стає причиною погіршення здоров'я, тяжких психологічних, соціальних та економічних розладів її функціонування. В Україні, як і в усьому світі, необхідно впроваджувати міжнародні стандарти надання ПД членам сімей ПП. З метою навчання родичів ПП методам догляду за важкохворими слід організувати при ЗОЗ ПХД консультації та тренінги [126; 129; 145; 148; 155; 190; 199; 257 та інші].

Аналіз літературних джерел свідчить, що, на відміну від традиційної медичної допомоги, зокрема етіо-патогенетичного лікування, яке орієнтоване на одужання пацієнта або досягнення стійкої ремісії, інноваційна ПХД має на меті, у першу чергу, покращити якість життя ПП та їх оточення. Згідно сучасних міжнародних стандартів і норм: право на ПХД належить до основних прав людини в сучасному світі; рівний доступ до служб ПХД повинен бути гарантований населенню в усіх країнах, відповідно до потреб і незалежно від рівня доходів, культурних і етнічних ознак ПП; ПХД повинна бути доступною всім пацієнтам при першій необхідності незалежно від того, коли і де ця потреба виникне; крім того, це не має створювати надмірні фінансові труднощі, особливо для ПП з малозабезпечених і незахищених верств населення [60; 300; 389; 398; 399, 400; 414; 494; 516; 522; 528 та інші].

Про глобальну актуальність проблеми надання ПХД населенню свідчать, зокрема, прийняття численних відповідних резолюцій та рекомендацій ООН, ВООЗ, Ради Європи, ЕАРС, ІАНРС та інших авторитетних міжнародних організацій [60; 276; 300, 399, 400, 477, 503, 504, 516, 525, 528]. Як свідчить контент-аналіз зазначених документів, головними завданнями ПХД є усунення або максимальне зменшення болю, фізичних та психо-емоційних страждань, розладів життєдіяльності та інших важких симптомів захворювань; забезпечення професійного догляду, психологічної, соціальної та духовної/релігійної підтримки

ПП та членів їх сімей. ПХД не обмежується онкологічними захворюваннями, а надається пацієнтам з загрозливими або такими, що обмежують життя захворюваннями на підставі оцінки важкості перебігу і прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя, оцінки конкретних потреб ПП.

У Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи № 1649 від 28.01.2009 року «Паліативна допомога: модель для інноваційної медичної та соціальної політики» [477] ПД розглядається як зразок інноваційного підходу до охорони здоров'я та соціальної політики і виділяються 4 її напрямки:

- 1) управління/контроль симптомів;
- 2) психологічна, духовна і емоційна підтримка;
- 3) підтримка сім'ї хворого;
- 4) допомога членам сім'ї у зв'язку зі смертю близької людини.

ПД складається з двох великих компонентів: полегшення страждань хворого протягом усього періоду важкої небезпечної для життя хвороби (разом з етіопатогенетичним лікуванням) і паліативна медична допомога в останні місяці, дні і години життя хворого (end of life care) [477].

Таким чином, аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій дає змогу визначити сучасну пацієнт-сім'я-орієнтовану парадигму системи надання ПХД, яка полягає в тому, що ПП та члени їх сімей мають право і повинні одержати адекватну ПХД, що забезпечить максимально досяжний рівень якості їх життя, а обов'язок урядів усіх держав – забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення.

Виходячи з потреб ПП та членів їх сімей, відповідно до сучасних підходів і стандартів, доступність, якість і ефективність ПХД забезпечується шляхом обов'язкового впровадження на засадах МД, міжвідомчого і міжсекторального підходів 4 складових, що визначає її інноваційність та відрізняє її від традиційного симптоматичного/паліативного лікування в термінальних стадіях захворювань:

1. Професійна паліативна медична допомога – паліативне/симптоматичне лікування, яку надають М/П різних спеціальностей (зокрема, фармакотерапевтичне, хірургічне, хіміо- і радіотерапевтичне, дієтичне, реабілітаційне/абілітаційне лікування тощо), що забезпечує адекватний контроль

ХрБС та важких симптомів захворювань, застосування ефективних ЛЗ та медичного обладнання, професійного догляду за ПП.

2. Професійна психологічна допомога, яка надається фахівцями-психологами або психотерапевтами і стосується також членів сім'ї ПП або його опікунів, що дозволяє зменшити відчуття страху і тривоги, здійснювати профілактику та контроль депресивних станів і стресу у ПП та членів їх сімей/законних представників, а також впроваджувати заходи щодо запобігання синдрому емоційного вигорання у персоналу та волонтерів, залучених до надання ПХД.

3. Соціальна складова, що реалізується соціальними працівниками/робітниками та іншими фахівцями, а також волонтерами НДО, і забезпечує матеріальну підтримку сім'ї ПП/законним представникам, побутові та ритуальні послуги, юридичне консультування в оформленні документів тощо.

4. Духовна/релігійна складова (медичне капеланство) – релігійний та морально-етичний супровід, що здійснюється священнослужителями відповідної релігійної конфесії або церкви, згідно з побажаннями і потребами ПП та членів його сім'ї. [39; 58; 60; 70; 73; 86; 108–111; 219; 329; 397; 409; 411; 426; 522; 523 та інші].

В останні роки деякі автори пропонують додати п'яту складову – інформаційну, наголошуючи на значенні адекватної інформації як для забезпечення оптимальної якості життя ПП та членів їх сімей, так і для суспільства, в цілому, особливо для формування позитивної громадської думки стосовно ПХД серед представників влади, поширення волонтерства та благодійництва [423; 523].

Ретроспективний аналіз зарубіжної наукової літератури засвідчив, що у другій половині 20-го та на початку 21-го століття з'явилися численні публікації з різних аспектів надання ПХД як актуального та інноваційного медико-соціального напрямку, що віддзеркалювали ситуацію в суспільстві стосовно нагальної проблеми опіки та догляду за інкурабельними хворими [54–56; 80; 217; 265; 417; 437; 451; 485; 487; 511–513 та інші].

В останні десятиліття також опубліковані численні роботи закордонних авторів, що свідчить про значний інтерес науковців і практиків до питань дослідження різних аспектів ПХД у зв'язку з несприятливими епідеміологічними і медико-

демографічними процесами, які відбуваються в наш час у багатьох країнах світу [33–39; 92; 191; 260; 274; 373; 374; 396; 398; 447; 454; 459; 461; 467; 529 та інші].

Аналіз вітчизняної наукової літератури засвідчив, що ще наприкінці 20-го – на початку 21-го століття в Україні почали обговорюватися питання про необхідність спеціалізованої медико-соціальної допомоги інкурабельним хворим на ЗН і особам похилого віку, які втратили здатність до самообслуговування. Це пропонувалося реалізовувати шляхом організації хоспісів, медико-соціальних ліжок у ЗОЗ, а також шляхом перепрофілювання ЗОЗ [7; 8; 94–98; 136–138; 185; 186; 193; 194; 251–256; 319; 348, 349; 365 та інші].

Нагальна потреба та умови створення і розвитку в Україні системи ПХД населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я, напрямки удосконалення НПБ та пропозиції щодо оптимізації організації надання ПХД різним категоріям пацієнтів обговорювалися впродовж останнього десятиліття у працях українських дослідників (Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, К. В. Данилюк, Н. О. Дацюк, О. З. Децик, Д. Д. Дячук, Ж. М. Золотарьова, В. М. Князевич, І. Р. Кужель, В. М. Лехан, Л. Ф. Матюха, В. М. Михальчук, Р. О. Моїсеєнко, Є. Й. Москвяк, О. О. Ріга, І. Я. Сенюта, Г. О. Слабкий, А. В. Царенко, О. Г. Шекера, В. В. Чайковська та інші).

Також наприкінці 20-го та на початку 21-го століття в Україні актуалізувалися питання медико-соціальної та паліативної допомоги людям похилого віку з ХНІЗ. У зв'язку із збільшенням числа літніх людей з важкими коморбідними захворюваннями, причиною смерті яких крім ЗН усе частіше стають тяжкі ускладнення в результаті прогресування ХНІЗ, що потребує ПХД та СППД протягом тривалого періоду часу. У працях українських авторів були визначені пріоритети розвитку, структурні складові медичного та соціального компонентів геріатричної служби, особливості управління і організації її кадрового, фінансового та інформаційного забезпечення, рівні та обсяги геріатричної допомоги ПП. Також обґрунтовано необхідність створення відділень/лікарень сестринського/тривалого догляду/геріатричних палат та хоспісів для інкурабельних і термінальних хворих похилого віку з ХНІЗ, де пропонувалося застосовувати МД комплексні підходи для

вирішення медичних, соціальних та психологічних потреб пацієнтів геріатричного профілю [111, 142, 279, 280, 303, 322, 332, 333, 336 та інші].

Крім лікування фізичних симптомів велике значення при наданні комплексної ПХД має вирішення психо-емоційних проблем ПП похилого віку, серед яких переважають дефіцит спілкування та участі сім'ї в житті ПП, недоступність ЛЗ, конфлікти в родині через захворювання, відчуття страху і тривоги, депресії тощо [1, 14; 62; 65; 139; 148; 190; 271; 279; 280; 281; 285; 301; 516, 520 та інші]. Особливо актуальними ці проблеми є в паліативній геріатрії, де переважають тривалі медико-психологічні та соціальні проблеми, що суттєво погіршують розвиток поліморбідності та знижують якість життя ПП та їх родин.

Надзвичайно актуальною в Україні є проблема розвитку педіатричної ПД. За рекомендаціями ВООЗ, більше як 570 захворювань і станів у дітей, відповідно до МКХ-10, визначаються як паліативні. Специфікою надання ПД дітям, на відміну від дорослих, є те, що, приблизно, 80 % ПП-дітей хворіють на неонкологічні захворювання. При цьому, значна кількість ПП-дітей потребують ПД з моменту встановлення діагнозу, що зумовлює необхідність інтегрування ПД дітям у загальну структуру педіатричної служби і створення в Україні мережі центрів ПХД дітям. На думку багатьох авторів, сьогодні в Україні служба надання ПД дітям майже не розвинута [6; 11; 22; 58; 72; 74; 89; 249; 131; 288; 289; 309; 453 та інші].

Базовими міжнародними документами, що визначають основоположні принципи і підходи з питань ПД дітям, на нашу думку, можна вважати Настанови ЕАРС «Паліативна допомога немовлятам, дітям та молоді: факти. Документ для фахівців у галузі охорони здоров'я та політиків» (2009) та «Звіт ЕАРС про дитячу паліативну допомогу. Основні компетенції в галузі освіти з питань педіатричної паліативної допомоги. Листопад 2013 року». Впровадження зазначених принципів має забезпечити доступність педіатричної ПД по всій Європі та у світі. Усі спеціалісти охорони здоров'я повинні надавати належну ПД дітям, тому необхідно навчити їх дотримуватися стандартів надання педіатричної ПД [407; 408].

Однією з складових ПХД, що визначають її інноваційність, є соціальна складова. Комплексний характер ПХД реалізується МД бригадою фахівців, що має

обов'язково включати професійних соціальних працівників/робітників [38; 41; 64; 66; 68; 91; 307; 318 та інші].

Аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури свідчить, що основними потребами ПП, з точки зору організації ПХД як інноваційного медико-соціального підходу, є:

- доступне і адекватне/ефективне знеболення, із застосуванням, при необхідності, наркотичних і психотропних анальгетиків (НПА);

- адекватне симптоматичне/паліативне лікування/контроль симптомів порушень функцій органів і систем організму, особливо при декомпенсації та у термінальних стадіях захворювання;

- професійний догляд (стаціонарний цілодобовий або амбулаторний, у т. ч. вдома), особливо, коли стан ПП зумовлює постійне перебування в ліжку;

- психологічна та психотерапевтична допомога: діагностика, профілактика та контроль депресивних станів, зменшення відчуття страху і тривоги, формування адекватної психо-емоційної реакції ПП та їх рідних на обмежений прогноз тривалості життя;

- моральна підтримка, співчуття;

- соціальна допомога, у т. ч. матеріальна, соціальна/побутова опіка, правова/юридична підтримка, консультування, ритуальні послуги тощо;

- медико-соціальна реабілітація/абілітація для максимально можливого продовження соціальної і професійної активності ПП та членів їх сімей;

- духовний/релігійний супровід та підтримка. [81; 126; 142; 147; 148; 155; 190; 269; 273; 281; 318; 413; 518; 523 та інші].

1.2. Медико-соціальний аналіз сучасних визначень і термінів, що стосуються паліативної і хоспісної допомоги

Контент-аналіз сучасних визначень і термінів, що стосуються ПХД, свідчить, що поняття «паліативна допомога» вперше визначила ВООЗ ще у 1982 році, як систему медичних, соціальних, психологічних заходів, покликаних забезпечити максимально досягну якість життя інкурабельним онкологічним хворим (коли протипухлинне лікування виявляється неефективним) та членам їх родин, [54–57]. Несприятливі медико-демографічні процеси у більшості країн Європи і світу

зумовили потребу внести зміни у визначення ПД. У 2002 році експерти ВООЗ сформулювали наступне визначення ПД, у якому розширили контингент ПП з інкурабельних хворих до пацієнтів з загрозливими для життя захворюваннями: «Паліативна допомога – це *підхід*, який *покрощує якість життя пацієнтів та членів їх сімей*, перед якими постали проблеми, що пов'язані *із загрозливим для життя захворюванням*, шляхом попередження та полегшення страждань, завдяки ранній діагностиці та бездоганній оцінці і лікуванню болю та вирішення інших проблем – фізичних, психологічних і духовних» [269, 373, 379, 512, 520, 524].

У 2003 р. Комітет Міністрів держав-членів Ради Європи ухвалив Рекомендації (Rec 24) «Про організацію паліативної допомоги», де зазначено, що ПД охоплює період з моменту встановлення діагнозу загрозливого для життя захворювання аж до останньої миті життя ПП та кінця періоду горювання/важкої втрати для його родини. ПД може тривати від декількох років до кількох тижнів (рідше – діб). ПД не є синонімом термінальної допомоги, але включає її в себе [300].

24 травня 2014 року в Резолюції 67-ї Сесії ВАОЗ (WHA 67.19) «Зміцнення паліативної медичної допомоги в якості одного з компонентів комплексного лікування протягом усього життєвого циклу» ВООЗ дала сучасне визначення ПД:

«...паліативна допомога є підходом, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів (дітей та дорослих) і їх сімей, перед якими постали проблеми, що пов'язані з небезпечним/загрозливим для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, правильній оцінці і лікуванню болю та інших проблем – фізичних, психосоціальних або духовних;

визнаючи, що паліативна допомога... має виключно важливе значення для покращання якості життя, відчуття благополуччя, комфорту і людської гідності ..., будучи ефективною соціально орієнтованою послугою охорони здоров'я, яка надає високу значимість задоволенню потреби пацієнтів в отриманні адекватної інформації про стан свого здоров'я з урахуванням особистісних і культурних чинників, а також їх центральній ролі в прийнятті рішень про одержуване лікування;

підтверджуючи, що доступ до паліативної допомоги та основних лікарських засобів..., виготовлених з контрольованих речовин, включаючи опіоїдні анальгетики, такі як морфін, відповідно до трьох конвенцій ООН з міжнародного контролю за наркотиками, сприяє реалізації права на одержання найвищого досяжного рівня здоров'я і благополуччя;

визнаючи, що надання паліативної допомоги є одним з етичних обов'язків систем охорони здоров'я і що моральним обов'язком працівників охорони здоров'я є полегшення болю та страждань – фізичних, психосоціальних або душевних – незалежно від того, чи піддається захворювання...виліковуванню, і що допомога окремим особам в кінці життя є одним з найважливіших компонентів паліативної допомоги;...» [60].

Отже, згідно визначення ВООЗ, ПД надається комплементарно, разом з основним лікуванням, спрямованим на одужання. Медична складова ПД повинна залишатися провідною і не підмінятися соціальною складовою, але обов'язково доповнюватися нею. Важливим є дотримання критеріїв правильного відбору ПП... [60, 373, 374, 522, 523].

Слід також проаналізувати визначення «паліативна допомога», що приведено ЕАРС у рекомендаціях «Біла книга стандартів та норм паліативної допомоги в Європі», частина 1 (2009) [139, 409, 411].

«Паліативна допомога – активна, всеосяжна допомога пацієнтові, який страждає на захворювання, що не піддається лікуванню, спрямованому на одужання. Головним завданням паліативної допомоги є контроль болю та інших симптомів, а також вирішення соціальних, психологічних і духовних проблем.

В основі паліативної допомоги лежить міждисциплінарний підхід, до процесу надання допомоги залучаються і сам пацієнт, його рідні та громада. Базова концепція паліативної допомоги – це задоволення потреб пацієнта, де б він не отримував таку допомогу, вдома або в лікарні.

Паліативна допомога стверджує життя і ставиться до смерті як до природного процесу; не має намірів ні відтермінувати, ні пришвидшити настання смерті. Вона має на меті забезпечити, наскільки це можливо, найкращу якість життя пацієнта до самого кінця» [139, 409, 411].

Також у зазначених Рекомендаціях дається визначення «хоспісна допомога»: *«Хоспісна допомога надається пацієнту як цілісній особистості, з метою вирішення всіх його потреб – фізичних, емоційних, соціальних і духовних. Вдома, у відділенні денного перебування або в хоспісі, допомога надається пацієнту, який наближається до кінця життя, і тим людям, які його люблять.*

Персонал та волонтери працюють у складі мультидисциплінарної команди і надають допомогу, основною метою якої є задоволення індивідуальних потреб і вибору кожного пацієнта, прагнучи позбавити його від болю, забезпечити повагу до його гідності, мир і спокій» [139, 409, 411].

Автори зазначених Рекомендацій відзначають, що стосовно визначення хоспісної допомоги існує більше розбіжностей, ніж стосовно ПД. У деяких країнах існує чітке розмежування хоспісної та паліативної допомоги, у той час, як в інших країнах ці терміни використовуються як синоніми. Відмінності, зазвичай, стосуються типу установи: ПД надається в лікарні загального профілю, а хоспісна – у стаціонарному закладі «Хоспіс». У Німеччині, наприклад, відділення ПД як структурний підрозділ лікарні, перш за все, використовується для проведення маніпуляцій в екстрених ситуаціях і проведення терапії з метою стабілізації стану хворого. У стаціонарному хоспісі надається допомога пацієнтам наприкінці життя (коли допомога не може бути надана вдома). В інших країнах такого розмежування не існує [139, 386, 409, 411, 483, 484, 508].

Важливі міркування з цього приводу наводить відомий американський вчений у сфері ПХД S. R. Connor [397]. Зокрема він зазначає, що вся хоспісна допомога є паліативною, але не вся паліативна допомога є хоспісною. На початку 1990-х років, коли в США почали розвиватися хоспіси, було очевидно, що багатьом інкурабельним пацієнтам не може бути призначена хоспісна допомога через продовження етіо-патогенетичного лікування, невизначений прогноз захворювання та ймовірності настання смерті. Багато таких пацієнтів помирали в лікарнях та інших закладах без можливості бути переведеними додому під опіку хоспісу. У зв'язку з цим багато М/П у лікарнях і фахівців хоспісів почали впроваджувати програми хоспісного догляду за такими пацієнтами в лікарнях без врахування прогнозу тривалості життя. У дослідженнях обґрунтовувалися необхідність ПД у

лікарнях, потреби збереження людської гідності помираючих пацієнтів навіть у лікарнях невідкладної допомоги, адекватного контролю болю та врахування побажань помираючого пацієнта стосовно реанімації.

На думку авторів (Н. Г. Гойда і співавт., 2015²; Ю. І. Губський і співавт., 2014², 2015, 2019; А. В. Царенко і співавт., 2016, 2017, 2019), хоспісна допомога є складовою ПД, яка надається пацієнтам у термінальній стадії захворювання у спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД (наприклад, хоспісах або центрах та відділеннях ПХД) або вдома, спеціалістами, що одержали професійну підготовку з питань ПХД. У більшості випадків хоспісна допомога є близькою до поняття «допомога наприкінці життя» («end of life care»). Тому впродовж останніх 20 років у публікаціях автор вживає як більш широкий термін «паліативна допомога», так і «паліативна та хоспісна допомога», як більше наближений до системи охорони здоров'я України. Наші погляди збігаються з баченням визначення термінів «паліативна допомога» і «хоспісна допомога» В. О. Екзархова [143], К. В. Данилюк [115], Д. Р. Чайківської [332], а також інших закордонних дослідників [33; 35; 363; 364; 392; 393; 397; 421; 483; 484; 530 та інші]. Ми вважаємо, що термін «паліативна та хоспісна допомога» може відповідати поняттю «паліативна медична допомога», який вживається у НПБ деяких країн, наприклад, Російської Федерації [206, 209].

Порівняльний аналіз документів авторитетних міжнародних фахових організацій та НПБ України свідчить, що визначення «паліативна допомога» в українському законодавстві дещо не відповідає сучасним міжнародним підходам, оскільки наразі згідно Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII [44] (ст. 8, 33, 35⁴) в Україні паліативна допомога є видом медичної допомоги і застосовується тільки стосовно до невиліковно хворих пацієнтів з прогнозованою (обмеженою) тривалістю життя і членів їх сімей. Відповідно ж до визначення ВООЗ, яке дисертант вже наводив вище, паліативна допомога є підходом, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей та дорослих)... з загрозливим (небезпечним) для життя захворюванням, що значно розширює контингент ПП.

У 1998 р. ВООЗ визначила, що ПД дітям є особливим аспектом, хоча й тісно пов'язаною з ПД дорослим, а також сформулювала принципи педіатричної ПД:

- ПД дітям є активним загальним доглядом за тілом, розумом і духом дитини, а також включає надання підтримки її сім'ї;
- ПД починається, коли хвороба діагностована і триває, незалежно від того, отримує чи не отримує дитина етіо-патогенетичне лікування;
- медичні працівники повинні оцінити і полегшити фізичні, психологічні та соціальні страждання дитини;
- ефективна ПД вимагає широкого міждисциплінарного підходу, який включає в себе сім'ю і залучає наявні ресурси суспільства, відтак допомога може бути успішно надана, навіть якщо ресурси обмежені;
- надання ПД дітям може бути забезпечено в закладах третинної медичної допомоги, у місцевих центрах здоров'я і навіть у дитячих будинках. [514].

Таким чином, можна обґрунтувати важливе значення розуміння та впровадження сучасних міжнародних понять «Паліативна допомога» і «Хоспісна допомога» в медичному співтоваристві та суспільстві в цілому:

1. Обов'язкове введення основ та філософії ПХД в усі клінічні протоколи лікування загрозливих для життя захворювань дозволяє використовувати весь потенціал охорони здоров'я для більшого охоплення хворих, які потребують ПД, у т. ч. на ранніх етапах захворювань.

2. Система надання ПХД повинна бути інтегрована у загальну систему охорони здоров'я, за умови співпраці з системою соціального захисту та іншими зацікавленими інституціями, політичної і економічної підтримки з боку органів влади, НДО, громади та суспільства, в цілому.

3. Поняття «Хоспісна допомога» має конкретний сенс: «Допомога наприкінці життя (end of life care), що надається у хоспісі або іншому спеціалізованому ЗОЗ ПХД чи вдома фахівцями, які одержали відповідну фахову підготовку», пропонується пацієнт-сім'я-орієнтований підхід до ПХД, що враховує думку, бажання і потреби ПП і його родини/опікуна.

4. Створюються сприятливі умови для ефективної дестигматизації поняття ПХД, як у медичному середовищі, так і в суспільстві, в цілому.

5. Розрахунок потреби ПХД повинен стати більш об'єктивним і конкретним, так як буде заснований на задокументованих даних, які збираються регулярно у формі статистичних звітів, з моменту встановлення діагнозу і статусу ПП.

Результати наших досліджень дозволили сформулювати авторське визначення ПХД дорослим. *ПХД дорослому населенню – це комплекс заходів медико-соціального спрямування на основі пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми, мультидисциплінарних, міжвідомчих та міжсекторальних підходів. Її мета – забезпечити максимально досяжну якість життя пацієнтів з загрозливими та такими, що обмежують життя захворюваннями, у т. ч. інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя, а також членів їх сімей/законних представників, шляхом запобігання та полегшення страждань, завдяки ранньому і точному діагностуванню перебігу захворювання і прогнозу тривалості життя та визначення інших проблем ПП, проведенню адекватного паліативного/симптоматичного лікування, а також надання психологічної/психотерапевтичної допомоги, сприяння забезпеченню соціальної підтримки та духовного/релігійного супроводу, а при потребі – сприяння ситуативній адаптації, медико-соціальній та психологічній реабілітації/абілітації ПП і членів їх сімей.*

1.3. Аналіз досліджень з питань організації надання паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні

Аналіз вітчизняної наукової літератури дозволяє виокремити низку публікацій, що стосуються адміністративно-правового регулювання та створення сучасного медико-юридичного забезпечення надання ПХД та СППД в Україні, зокрема дотримання прав ПП: О. М. Бабійчук (2013), В. М. Бронова (2017); О. О. Вольф (2015); Yu. Gubskiy (2009); Ю. І. Губський і співавт., 2015; К. В. Данилюк (2017, 2018); Є. Й. Москвяк (2012²); В. О. Радіонова і співавт., (2014); І. Я. Сенюта (2018); Г. П. Таранюк (2012) та інші. Заслуговує на увагу робота «Права паліативних пацієнтів» відомих фахівців з медичного права І. Я. Сенюти та Д. Й. Клапатога, яка містить розширений перелік прав тяжкохворих та інкурабельних пацієнтів [291].

Важливими напрямками медичного права є вивчення і розробка питань нормативно-правового забезпечення фармакотерапії ПП в Україні, зокрема

адекватного знеболення, у т. ч. із застосуванням НПА [15; 27; 95; 101; 105; 107; 116; 117; 286; 350; 351 та інші], та адміністративно-правового регулювання організації ПХД різним категоріям ПП [70; 74; 108; 111; 115; 117; 130; 135; 138; 175; 180; 185; 187; 196; 256; 280; 288; 290; 299; 324; 366 та інші]. Більшість авторів у своїх публікаціях зазначають про необхідність удосконалення і розвитку НПБ, що регулює надання ПХД населенню [70, 74, 84–86, 99, 102, 112, 113, 115 та інші].

Аналіз літературних джерел [70, 73, 84–86, 99, 104, 109, 111, 115, 174, 175, 181, 182, 264, 326, 329 та інші] свідчить, що матеріально-технічне забезпечення і умови утримання ПП у багатьох стаціонарних ЗОЗ ПХД в Україні не відповідають міжнародним стандартам, а якість та ефективність надання ПХД у цих закладах є не завжди задовільними. Це зумовлено, зокрема:

- неналежним бюджетним фінансуванням й відсутністю традицій благодійництва в нашому суспільстві, через що ЗОЗ ПХД не отримують достатнього фінансування й «тримаються» («виживають») лише завдяки жертівній праці, самовіддачі, відданості та відповідальності персоналу;

- нераціональним розподілом коштів у більшості ЗОЗ ПХД, де 70–80 % фінансування витрачається на утримання закладу та заробітну плату персоналу і тільки 20–30 % – на лікування і потреби ПП;

- обмеженим асортиментом ЛЗ і товарів медичного призначення для догляду і недоступністю цих засобів для більшості ПП через високу ціну;

- дефіцитом медичних кадрів, які одержали спеціальну підготовку з ПХД, та вкрай недостатнім рівнем матеріальної і моральної мотивації персоналу.

Недостатня мережа стаціонарних ЗОЗ ПХД зумовлює значну потребу залучення до надання ПХД і СППД вдома лікарів ЗП-СЛ та М/П ЗОЗ ПМСД, а також працівників територіальних центрів соціального обслуговування населення (ТЦСО), що визначено чинною НПБ України. Також розвиток служби МД виїзних бригад надання ПХД вдома має вирішити проблему доступності населення до спеціалізованої ПХД, як у містах, так і в сільській місцевості, передусім, забезпечення адекватного знеболення ПП та ефективного контролю тяжких симптомів ускладнень захворювань у термінальній або декомпенсованій стадії, з

якими лікарі ЗП-СЛ неспроможні упоратись самотужки, а госпіталізація з тих чи інших причин неможлива [70, 86, 109, 111, 174, 175, 182, 264, 326, 329 та інші].

Зазначене зумовлює необхідність проведення наукових досліджень з найбільш актуальних етико-деонтологічних проблем, що виникають при взаємодії М/П, які надають ПХД, з ПП та їхніми родичами/законними представниками, вивчення проблем формування синдрому «емоційного/професійного вигорання», його профілактики і лікування [37; 127; 131; 148; 189; 190 та інші].

Слід зазначити увагу ВРУ до проблеми ПХД. Зокрема, 23.06.2016 р. у Комітеті ВРУ з питань охорони здоров'я відбувся «круглий стіл» на тему «Сучасний стан надання паліативної допомоги дорослому населенню, міжнародний досвід та перспективи розвитку в Україні». Учасники «круглого столу» констатували, що в Україні впродовж останніх десятиліть постійно зростає потреба у ПХД. На жаль, сьогодні в Україні 85% хворих помирають вдома, наодинці, страждаючи від болю, депресії, відсутності належного догляду. Система охорони здоров'я сьогодні не може забезпечити доступність і безперервність надання ПХД ПП та членам їх сімей відповідно до міжнародних підходів і стандартів. Така ситуація потребує особливої уваги з боку держави та суспільства в цілому, оскільки ефективна ПХД та СППД потребують мультидисциплінарного, міжвідомчого та міжсекторального підходу і підтримки на рівні громад [49].

У ході обговорення учасники «круглого столу» звертали увагу на низький рівень поінформованості населення, органів державної влади та місцевого самоврядування щодо організації ПХД, відсутність системного підходу до організації її надання, міжвідомчої співпраці та інтегрованого підходу в цій сфері. За результатами обговорення було ухвалено резолюцію, що містить відповідні рекомендації органам влади з зазначених питань [49].

В Україні впродовж останніх двох десятиліть були виконані дисертаційні дослідження, присвячені різним аспектам 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), у яких обґрунтовано зростання потреби у ПХД, актуальність створення служби ПХД у рамках системи охорони здоров'я, забезпечення психологічної підтримки ПП і членів їх сімей, створення

системи підготовки кадрів та запобігання синдрому емоційного вигорання у М/П, які залучені до надання ПХД, адекватного знеболення ПП тощо. Зокрема визначено, що головною ланкою системи надання ПХД, є хоспіс – спеціалізований заклад для термінальних хворих, в якому під час лікування ПП має застосовуватися комплексний підхід (медичний, психологічний, соціальний, духовний), що вимагає змін у структурі надання медичних і соціальних послуг, технологіях, кваліфікації персоналу, а також потребує удосконалення діючих, розроблення та впровадження адекватних механізмів державного управління ПХД. Але комплексні дослідження щодо наукового обґрунтування створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД в умовах реформування охорони здоров'я і обмежених фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, і зокрема, медико-соціального обґрунтування системи ПХД населенню, до останнього часу в Україні не проводилися, що стало підставою для вибору теми цього дослідження, визначило його мету і завдання.

1.4. Аналіз міжнародного досвіду надання ПХД населенню

Аналіз зарубіжної наукової літератури та документів авторитетних міжнародних організацій свідчить, що, починаючи з другої половини 20-го століття, у більшості розвинених країн світу розвиток ПХД населенню стає одним з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань урядів та суспільства. Ця проблема рік від року набуває все більшої актуальності, оскільки майже 80 % хворих, які помирають від хронічних захворювань, потребують ПХД і паліативного догляду, і лише близько 10 % таких пацієнтів мають змогу її отримати, а з них 80 % проживають у розвинутих країнах. Хоча ВООЗ та міжнародні фахові організації визначають ПХД як невід'ємну частину систем охорони здоров'я країн світу, тим не менш, сьогодні відзначається недостатня доступність населення до ПХД у багатьох країнах, у т. ч. і в Україні [58, 60, 61, 139, 140, 300, 374, 392, 397, 398, 409, 411, 412, 430, 431, 441, 522–525, 503, 504 та інші].

ВООЗ спільно з Всесвітнім Альянсом Паліативної Допомоги (WPCA) підготували і опублікували у 2014 р. «Всесвітній атлас паліативної допомоги наприкінці життя», а у 2019 р. ЕАРС – «Атлас паліативної допомоги в Європі» де,

зокрема, є дані про те, що близько 1/3 людей, які потребують ПХД, це – хворі на ЗН, а решта 2/3 – на прогресуючі хронічні хвороби, що становлять загрозу для життя пацієнтів [374; 423; 526].

Сьогодні члени сімей, особливо ті, які проживають географічно віддалено один від одного, часто, не можуть знайти можливості для догляду за рідними старечого віку або з невиліковними захворюваннями. Оскільки це збільшує попит на ПХД, міжнародні експерти та науковці бачать вихід із несприятливої ситуації у необхідності активніше впроваджувати цей інноваційний вид медико-соціальної допомоги у практику служб охорони здоров'я та соціальної опіки [34, 39, 60, 139, 218, 221, 271, 275, 300, 374, 392, 398, 409, 411, 430, 504, 522–525 та інші].

Результати досліджень К. Woitha і співавт. (2016) були представлені у Рейтингу розвитку паліативної допомоги у країнах ЄС, згідно якого найвищі рівні розвитку ПХД є у Великій Британії, Північній Ірландії, Бельгії, Нідерландах та Швеції [529]. У «Звіті ЕАРС про дитячу паліативну допомогу. Основні компетенції в галузі освіти з питань педіатричної паліативної допомоги. Листопад 2013 року» зазначено, що забезпечення надання ПД дітям в Європі перебуває на різних стадіях розвитку. Зокрема, з 43 європейських країн у 33% відсутня служба педіатричної ПД, і лише у 12% країн ПД дітям інтегрована в існуючу систему охорони здоров'я, тому підготовка кадрів є важливим і ключовим компонентом стратегії ВООЗ з розвитку ПХД, у т. ч. і дітям [372, 423, 406, 407, 409, 411, 424 та інші].

Аналіз міжнародних публікацій свідчить, що у кожна країна світу обирає різні моделі надання ПХД, що зумовлено політичними, соціально-економічними, демографічними, історико-культурними та іншими чинниками. Разом з тим, філософія, концептуальні підходи, мета та завдання ПХД є універсальними. ПХД належним чином інтегрована в системи охорони здоров'я лише у 20 країнах світу: Австралії, Австрії, Бельгії, Німеччині, Гонконзі, Ірландії, Ісландії, Італії, Канаді, Норвегії, Польщі, Румунії, Сінгапурі, Великій Британії, США, Уганді, Франції, Швейцарії, Швеції та Японії [79, 132, 374, 404, 405, 423, 526 та інші].

Форми надання ПД пацієнтам також різноманітні в різних країнах, але вони поділяються на дві основні групи: це – амбулаторна ПД, зокрема вдома, і ПХД у стаціонарних закладах. Стаціонарні заклади – це хоспіси, відділення/палати ПД,

що функціонують на базі лікарень онкологічного і загального профілю, закладів соціального захисту та геріатричних інтернатів, лікарень/будинків/відділень сестринського/тривалого догляду [1, 2, 13, 14, 28, 31, 32, 38, 39, 79, 132, 374, 382, 394, 395, 404, 405, 526 та інші].

Найбільш економічно доцільною формою ПХД, на думку багатьох авторів, є надання ПХД вдома, що дозволяє разом із забезпеченням комфортних умов для ПП знизити витрати на їх утримання, і це – важливо, враховуючи збільшення кількості ПП, а також з огляду можливості залучення до догляду за ПП членів їх сімей, сусідів, волонтерів. Результати досліджень іспанських науковців засвідчили, що вартість надання стаціонарної ПД хворим на рак була на 71,0% вищою, ніж вдома. А ізраїльські дослідники встановили, що вартість надання ПД вдома у 2,6 разів нижча, ніж у стаціонарних медичних закладах [491, 492].

У Німеччині, Нідерландах, Данії, Італії та Іспанії пріоритетною формою надання ПД є амбулаторна. Також надання ПД вдома дає можливість залишити хворих в умовах, до яких вони звикли. Тому у багатьох європейських країнах значно більше служб, що надають ПХД вдома, які організовані як у вигляді самостійних структур – виїзних команд, або які є структурними підрозділами стаціонарних ЗОЗ чи закладів ПХД. Більшій частині ПП необхідну ПХД надають вдома виїзні команди і лікарі ЗП-СЛ. У стаціонарних хоспісах, переважно на 10–12 ліжок, ПХД надається лише хворим з важкими прогресуючими захворюваннями або в термінальних стадіях. [28, 30–33, 78, 79, 167, 210, 285, 394, 400–403, 423, 428, 438–440, 491–494, 523, 526, 527 та інші].

Найбільша кількість лікарів, які працюють у службах ПХД на повну ставку, є в Італії, Іспанії, Великій Британії та Франції. Рівень ресурсного забезпечення спеціалізованої педіатричної ПД є найвищим у Німеччині, Білорусі, Нідерландах, Польщі [374, 392, 393, 423, 425, 434, 443, 463, 481, 527 та інші].

Аналіз літературних джерел свідчить, що саме **Велику Британію** можна вважати найкращою країною за рівнем надання ПХД та паліативного догляду. Саме Велика Британія була країною, з якої почалася сучасна ера розвитку ПД і хоспісного руху у світі. Адже Хоспіс Святого Христофора в Лондоні, який в 1967 р. заснувала Сесілія Сондерс, вважається колискою сучасного світового хоспісного

руху і є основним центром, де підтримуються і втілюються в життя ідеї і філософія хоспісів, здійснюється навчання кадрів, відбувається обмін найкращим досвідом. Сесілія Сондерс вперше створила нову комплексну систему надання всебічної допомоги помираючим хворим та їх близьким [210, 389, 438, 439, 472, 493 та інші].

Більше як за 50 років у Великій Британії було створено ефективну систему ПХД населенню: Національна Асоціація Хоспісів ще у 1981 р. затвердила стандарти і основні принципи ПД; у 1987 р. паліативна медицина була визначена як самостійна медична спеціальність. У країні успішно функціонують 220 хоспісів, що створені БО та фінансуються за рахунок місцевих громад та благодійних пожертвувань. Саме у благодійних хоспісах щороку одержують ПХД понад 242 тис. осіб (або 44 % від потреби у ПД) та понад 41 тис. родичів ПП навчаються з питань паліативного догляду [115, 389, 438, 439 та інші].

Крім цього у Великій Британії функціонують 24 хоспіси, які фінансуються за рахунок бюджету Національної Служби Охорони Здоров'я (National Health Service – NHS), де одержують ПХД близько 19 % хворих. Майже 80 % ПП одержують ПХД за рахунок амбулаторних та нестационарних форм. До складу хоспісу, який обслуговує територію з населенням, приблизно, 300 тис. мешканців, входять: стаціонар, денний стаціонар і виїзна служба ПХД вдома. Середня кількість ліжок у стаціонарному хоспісі – 14, тривалість перебування, зазвичай, 10–11 діб, впродовж яких визначаються схеми адекватного знеболення та паліативного лікування ПП, яке потім надається виїзною службою ПХД вдома [115, 318, 374, 389, 404, 406, 438, 439, 493, 526 та інші].

Фінансування надання ПХД у Великій Британії забезпечується за рахунок бюджету NHS (30 %) та БО і приватних благодійних внесків (60 %). Наприклад, майже 80 % коштів для стаціонарних хоспісів надходить від Національного Товариства Боротьби з Раком. Так, у 2016 р. видатки на ПД з бюджету NHS склали 868 млн. фунтів стерлінгів, і майже 1,4 млрд. фунтів стерлінгів – це кошти територіальних громад від різних благодійних акцій, зокрема продажу хоспісних лотерей, від хоспісних благодійних магазинів, різних благодійних заходів тощо [114, 115, 210, 317, 389, 401, 403, 423, 426, 427, 438, 439, 463 та ін.].

Значного поширення у Великій Британії набули відділення денного перебування, де один або більше разів на тиждень ПП одержують ПХД з метою контролю симптомів, здійснення різних форм лікування, надання можливості відпочити як ПП, так і їх родичам. Усе це дозволяє полегшити перебування ПП вдома і уникнути госпіталізації, надати психологічну підтримку та інші заходи, спрямовані на поліпшення якості життя ПП та їх родичів. Національна Рада Хоспісної та Паліативної Допомоги Великої Британії рекомендує включати до складу служб ПХД, крім фахівців з паліативної та хоспісної медицини, інших спеціалістів, які можуть працювати на регулярній основі, наприклад: фізіотерапевта, соціального працівника, консультанта з духовних питань і т. д. [115, 210, 389, 427, 423, 439, 463 та ін.].

У Великій Британії педіатрична ПД відокремлена від ПХД дорослим. Діти одержують ПД у 44 хоспісах педіатричного профілю. 80 % фінансового забезпечення педіатричних хоспісів формується за рахунок фінансування з громад. Координує таку діяльність НДО «Разом за коротке життя» («Together for Short Lives») [115, 191, 210, 389, 427, 438, 439, 463 та інші].

Значна увага у Великій Британії приділяється навчанню персоналу, родичів ПП та волонтерів, просвітницькій роботі з населенням, науково-дослідній роботі, яка є основою для інноваційного розвитку системи ПХД. Тут були розроблені одні з найкращих у світі навчальні програми, методичні рекомендації та посібники з ПД [115, 210, 389, 426, 427, 438, 439, 463 та інші]. Заслуговує на увагу, що варто врахувати і в Україні, це залучення волонтерів НДО до надання ПХД: більше як 125 тис. волонтерів здійснюють надання ПХД і паліативного догляду за пацієнтами вдома, у стаціонарних хоспісах та амбулаторних хоспісних відділеннях, збір коштів, соціальну підтримку ПП та їх родин тощо. Їх робота оцінюється у понад 110 млн. фунтів на рік. Це дає змогу заощаджувати значні кошти, підтримувати дружню сприятливу атмосферу в сім'ях ПП [132, 210, 426, 438, 439 та інші].

Корисним також для України може бути досвід ПХД населенню у **Польщі**. За даними WPCA та EAPC, Польща є лідером серед країн Центральної і Східної Європи з найкраще розвиненою системою паліативної опіки [374, 392, 526]. У 1999 році МОЗ Польщі визнало ПХД окремою лікарською і медсестринською

спеціалізацією, а з 2009 р. гарантує фінансування надання ПХД у стаціонарних та амбулаторних умовах і вдома. Перший стаціонарний хоспіс для дорослих було створено в 1989 р. у Кракові, а перший дитячий хоспіс – у 1994 р. у Варшаві. У 2009 р. у Польщі було ухвалено Закон «Про надання медичної допомоги», яким було визначено наступні форми надання ПХД, зокрема: консультації з паліативного догляду; комплексна домашня паліативна опіка (хоспіс вдома для дорослих та для дітей); денний центр паліативного догляду; стаціонарний хоспіс; відділення ПХМ у лікарнях при медичних університетах. ПХД населенню надають спеціально підготовлені МД команди, які доступні для ПП цілодобово, у складі: лікарі, медсестри, психологи, фізіотерапевти, соціальні працівники, священники/ медичні капелани і, обов'язково, волонтери, які також проводять навчання ПП та їх родичів, інформаційні кампанії, фандрейзингові заходи тощо [28, 132, 167, 310, 331, 381, 394, 443, 448–450 та інші].

В унікальному виданні «У солідарності. Хоспісно-паліативна допомога в Польщі» (А. Janowicz, 2015) проаналізовано діяльність 491 закладу ПХД, які функціонують в Польщі, висвітлено історичні віхи розвитку хоспісно-паліативного руху, проблеми, недоліки і перспективи [443]. Сьогодні ПХД населенню надають як державні, так і некомерційні НДО, БО та релігійні організації, приватні фірми, які забезпечують високий рівень якості ПХД, її системність і професійність. ПХД фінансується з місцевих бюджетів окремою статтею, як вид послуг. 442 заклади ПХД уклали на конкурсній основі контракти з державним Національним Фондом Охорони Здоров'я (NFZ) і мають право надавати ПХД населенню, 95 % з них отримують фінансування з бюджету NFZ. Понад 90 % дорослих із ЗН отримують кваліфіковану ПХД. Майже 70 % ПП – старші за 65 років. У Польщі функціонують 5 спеціалізованих педіатричних хоспісів та у 32 хоспісах надають ПХД як дорослим, так і дітям [28, 114, 115, 132, 167, 282, 310, 331, 381, 394, 423, 443, 448–450, 457, 495 та інші].

Найбільш поширеною і розвиненою формою ПХД у Польщі є комплексна паліативна опіка вдома, яку надають спеціалізовані МД команди. Суть програми «хоспіс вдома» полягає в тому, що ПП можуть отримати ПХД вдома цілодобово; раз або двічі на тиждень хворого відвідує лікар і двічі на тиждень – медсестра.

Лікар оцінює стан ПП, призначає симптоматичне лікування визначає, чи потрібен сім'ї психолог, реабілітолог, священник/медичний капелан. На одну штатну посаду лікаря виїзної спеціалізованої МД команди припадає 30 хворих, медичної сестри – 15 ПП. ПП вдома забезпечуються, при потребі, відповідним обладнанням для догляду – функціональним ліжком, протипролежневим матрацом, засобами гігієни, комплектами для купання. ЛЗ та перев'язочний матеріал треба купляти в аптеці, але кошти на придбання знеболювальних ЛЗ, а також, приблизно, 30 % вартості перев'язочних матеріалів компенсує NFZ [28, 115, 132, 167, 282, 310, 495 та інші].

Досвід розвитку ПХД у Данії свідчить, що, за порівняно короткий термін, можна побудувати комплексну та ефективну систему надання ПХД. Перший хоспіс і команди ПХД вдома з'явилися у Данії на початку 90-х років минулого століття. Сьогодні в країні функціонують 19 хоспісів (потужністю від 9 до 24 ліжок), 9 відділень паліативної медицини при великих клініках (загальна кількість ліжок становить 254), 4 денних хоспіси та 26 виїзних служб для надання ПХД вдома. ПД дітям надається в 1 стаціонарному педіатричному хоспісі, 10 паліативних відділеннях в лікарнях, і також функціонують 5 виїзних служб для надання ПД дітям вдома. Система надання ПХД у Данії на 100% фінансується державою, зокрема згідно з Національним планом боротьби з раком. Щоб отримати сертифікат спеціаліста з ПХД у Данії необхідно: 1) закінчити повний курс навчання у певній галузі медицини (наприклад, в онкології, анестезіології, загальній практиці тощо); 2) успішно закінчити навчальний курс з паліативної медицини; 3) мати, як мінімум, дворічний досвід клінічної роботи зі спеціалізацією у паліативній медицині; 4) мати, як мінімум, однорічний досвід надання ПХД з консультантом і 5) 1 рік роботи в стаціонарі ПХД [118, 370, 374, 423, 428, 434, 450, 475, 526 та інші].

За умовами перебування хоспіси Данії є одними з кращих в Європі. Кожен ПП має окремі апартаменти зі спальнею, вітальнею, кухнею і санітарно-гігієнічними зручностями. Загальні приміщення включають музичні та ігрові кімнати, бібліотеку, «живі» куточки, тренувальні зали, класи для занять, каплиці і молитовні кімнати. Хоспіси розташовані у зелених скверах та парках, і з кожної кімнати є виїзд на терасу і у зелену зону. Відвідувачі можуть необмежений час перебувати у хоспісі з ПП, а найближчі родичі, при бажанні, можуть жити разом з ПП. Персонал

хоспісу включає менеджерів, лікарів, медсестер, психологів, фізіотерапевтів, арт-терапевтів, священнослужителів, санітарів, кухарів, технічних працівників, волонтерів. У Данії є служба, що виконує останні бажання невиліковно хворих [118, 374, 423, 428, 434, 450, 475, 526 та інші].

У **Фінляндії** також набули поширення амбулаторні/виїзні служби ПХД – «стаціонар вдома». Існують різні моделі такої ПХД – від спеціалізованих мобільних команд надання ПХД вдома до створення вдома усіх умов, що відповідають стаціонарному закладу ПХД. Цікавим також є досвід підготовки «діаконіс» – медсестер, які також паралельно одержують другу богословську освіту та можуть крім медичних маніпуляцій і медичного догляду здійснювати духовний/релігійний супровід ПП. [374, 406, 423, 452, 526 та інші]. Велике значення мають БО, зокрема «Карітас», які фінансують будинки для людей похилого віку, де, як правило, функціонують і хоспісні відділення для термінальних пацієнтів, як, наприклад, в геріатричному пансіонаті у місті Оулу.

У **Франції** також головним пріоритетом є розвиток ПХД вдома. Тут функціонують 350 спеціалізованих мобільних команд ПХД, які обслуговують ПП як вдома, так і під час стаціонарного лікування в лікарні. У Франції набули поширення служби «стаціонар вдома», які замінюють госпіталізацію ПП до стаціонару та забезпечують вдома проведення більшості лікувально-діагностичних маніпуляцій, які виконуються у стаціонарі. Існують різні моделі такої програми: від створення вдома усіх умов, які, зазвичай, є у стаціонарі, до постійного патронажу ПП фахівцями спеціалізованої виїзної команди. ПП у термінальній стадії захворювання госпіталізують, при потребі, у 70 стаціонарних закладів ПХД, оскільки згідно з законодавством Франції (ст. 38 Деонтологічного кодексу), пацієнт має право померти у присутності М/П, тому майже 80 % ПП помирають у стаціонарних закладах [374, 406, 412, 423, 526 та інші].

В **Ізраїлі** дуже добре розвинена служба ПХД і паліативного догляду, як державної (лікарняні каси), так і приватної форм власності. Майже у кожному місті, навіть невеликому, функціонують будинки для людей похилого віку, в яких є хоспісні відділення для хронічних хворих і пацієнтів у термінальній стадії захворювання. Також широко застосовується стаціонари вдома. Лікар приходить

до ПП 6 раз на місяць, і має постійний контакт телефоном або по скайпу, та визначає частоту візитів медсестри. Стандартний пакет послуг вдома складає: фізіотерапія; консультація дієтолога; консультація реабілітолога, який радить, що потрібно змінити у квартирі, виписує вимогу на інвалідне крісло та рекомендації щодо переобладнання ванної кімнати, розширення дверей, облаштування на стінах поручнів тощо. Рекомендації направляються в мерію, що значно здешевлює ремонт (за рахунок міської ради). Соціальний працівник/психолог з вищою освітою визначає методи зниження стресу у ПП і членів сім'ї, організує або надає консультації щодо соціальної допомоги. При потребі, залучаються інші лікарі-консультанти. Обладнання і предмети догляду можна одержати напрокат за невеликі гроші з доставкою додому. У кожному місті діє волонтерська благодійна релігійна система під назвою «Яд сара», де у супроводі консультанта можна підібрати обладнання для хворих і отримати з доставкою додому все, що потрібно: від електричного функціонального ліжка, протипролежневих матраців, концентраторів кисню всіх типів і пульсоксиметрів, до апаратів штучного дихання [344, 374, 402, 403, 406, 412, 423, 526 та інші].

Якщо розглядати систему надання ПХД у США, необхідно зазначити, що тут впроваджується модель якісного догляду за ПП. ПХД може надаватися ПП цілодобово вдома, у стаціонарному хоспісі, у лікарні чи будинку сестринського/тривалого догляду, в яких вартість утримання 1 ліжка майже у 2,5 разів менша, ніж у багатопрофільній або спеціалізованій клініці. ПХД зосереджується на догляді і піклуванні, а не на лікуванні, і основне навантаження покладається на спеціально підготовлених медсестер. До складу МД хоспісної команди входять адміністратор-директор хоспісу, лікар паліативної медицини, медсестри, соціальний працівник, волонтери, інші спеціалісти: сімейний лікар, дієтолог, консультант для членів сім'ї на період горювання/важкої втрати. Членів сім'ї, яких також залучають до команди, навчають догляду за важкохворим, встановлюється зв'язок між членами сім'ї і членами хоспісної команди. У разі необхідності, за першим викликом фахівці приїжджають додому і надають допомогу, яку родичі самостійно надати не можуть [32, 132, 156, 386, 387, 397, 398, 423 та інші].

Усі інкурабельні пацієнти старші за 65 років одержують безкоштовну ПХД за рахунок фінансування з системи державного медичного страхування «Medicare». Витрати на медичну допомогу ПП наприкінці життя складають більше 30 % коштів бюджету на охорону здоров'я США. Крім цього більше 50 % витрат на ПХД фінансується за рахунок благодійних пожертвувань. Загалом, у 2017 р. «Medicare» заплатила постачальникам ПХД 18,99 млрд. доларів, що на 6,3% більше, ніж у 2016 р. Середня вартість перебування одного пацієнта на програмі ПХД за рахунок «Medicare» склала 12 722 долари. [32, 469, 476, 526 та інші].

У США, за даними ННСРО, у 2017 р. ПХД населенню надавали 4515 сертифікованих «Medicare» закладів ПХД, що на 9,6 % більше, порівняно з 2014 р.; 68 % хоспісів у США належать приватним компаніям, 28 % – неприбутковим (громадським, благодійним, релігійним тощо) організаціям, і лише 4 % – державні. 30,6 % ПП мали вік 65–79 років і 64,2 % – 80 років і старше. Якість надання ПХД регулюється затвердженими державними стандартами і контролюється відповідними структурами. Із загальної кількості днів, впродовж яких ПП одержували ПХД, 55,7 % – одержували вдома, 42,2 % – у закладах сестринського догляду, у т. ч. за рахунок амбулаторних та стаціонарних форм ПХД [32, 469, 476, 526 та інші]. Середня тривалість надання ПХД у 2014 р. складала 17,4 днів. У США, як і у більшості розвинених країн світу, спостерігається тенденція збільшення ПП з ХНІЗ. Якщо на початку розвитку служби ПХД частка хворих на ЗН складала 90 %, то у 2017 р. – 30,1 % [32, 221, 469, 476, 526 та інші].

У США хоспіси – це особлива форма ПХД, яка надається, згідно з законодавством, пацієнтам впродовж останніх 6 місяців життя. ПХД також може надаватися в лікарнях. У 2016 р. у 1831 лікарні потужністю понад 50 ліжок, що складає майже 75 % від їх загальної кількості (не враховуючи психіатричних і реабілітаційних лікарень), були впроваджені програми ПХД, що у 2,8 разів більше, ніж у 2000 р. Після смерті ПП їх сім'ями опікуються волонтери, представники НДО і релігійних організацій впродовж 12 місяців і навіть більше [32, 221, 469, 476, 526 та інші].

Цікавим також для України може бути досвід організації та надання ПХД в **Австралії**. Важливо, що вже з 1980 р., в Австралії ПХД визнана як окрема галузь

науки та навчальна дисципліна. У 2000 р. Уряд Австралії затвердив Стратегію ПД, у 2005 р. були затверджені Стандарти надання якісної ПД. З 2000 до 2016 року бюджетне фінансування ПД збільшилося на 80 % [375, 376, 423, 505, 510, 526 та інші]. В Австралії застосовуються три основні моделі надання ПД: догляд вдома, стаціонарні хоспіси і хоспісні відділення в лікарнях. Летальність у хоспісах складає понад 80 %, а середня тривалість госпіталізації – 16 днів. У структурі ПП 53 % складають хворі на ЗН, 51 % ПП – особи старші за 75 років. У 2014 р. надавали ПХД 728 державних і 286 приватних лікарень, але у всіх штатах пріоритетом є спеціалізовані команди ПХД вдома [375, 376, 390, 423, 505, 510, 526 та інші].

Цікавим і корисним для України може бути досвід становлення і розвитку ПХД у країнах колишнього СРСР, серед яких, за даними міжнародних експертів, рейтинг служб ПХД виглядає наступним чином: Вірменія, Молдова, Російська Федерація, Казахстан, Грузія, Білорусь та Україна [92, 114, 115, 392, 423, 463, 481, 526 та інші].

У **Російській Федерації (РФ)** впродовж останнього десятиліття розвиток служби надання ПХД населенню у багатьох регіонах відзначається системністю та динамічністю. З 2011 по 2018 рр. кількість паліативних ліжок, за даними Росстату та МЗ РФ, збільшилася з 1,2 тис. до 13,1 тис. для дорослого населення і 718 ліжок для дітей, в основному, за рахунок відкриття відділень і ліжок в онкологічних, психіатричних та багатопрофільних ЗОЗ. У 2018 р. у РФ працювало 897 кабінетів паліативної медичної допомоги для дорослого населення, 520 профільних відділень, 74 хоспіси, а також 640 відділень і 15 будинків сестринського догляду, 382 виїзних патронажних служб, що мали ліцензії на надання ПХД, з них 1910 – державної та 110 – недержавної форми власності. [3, 13, 14, 31, 133, 141, 149, 150, 179, 184, 188, 207, 209, 274 та інші].

Впродовж останнього десятиліття у РФ було затверджено низку важливих нормативно-правових документів, що регулюють надання ПХД. Паліативна медична допомога у РФ надається відповідно до Порядків надання медичної допомоги [206] та Федерального Закону від 21.11.2011 № 323-ФЗ «Про основи охорони здоров'я громадян у Російській Федерації», в який у березні 2019 р. були внесені доповнення і поправки: поняття «паліативна допомога» отримало більш

широке визначення; за пацієнтами було закріплено право отримувати адекватне знеболення, медвироби, включаючи апарати ШВЛ, і іншу допомогу вдома, а за лікарями – приймати консиліумом рішення про початок курсу паліативного лікування. Також цим Законом, зокрема, було визначено, що паліативна медична допомога може надаватися медичними організаціями при наявності М/П, які пройшли навчання з ПХД. Крім загального Порядку надання ПХД дорослому населенню такий вид медичної допомоги включений у Порядки надання спеціалізованої медичної допомоги населенню за профілями: гематологія, терапія, онкологія, дитяча онкологія, а також у Порядки надання медичної допомоги дорослому населенню з гострими порушеннями мозкового кровообігу, при захворюваннях нервової системи, при ВІЛ-інфекції/СНІДі [146, 209, 274, 281, 285 та інші].

31.05.2019 р. МЗ РФ і Міністерство праці та соціального захисту РФ (Мінпраці РФ) прийняли новий спільний наказ № 345н/372н «Про затвердження Положення про організацію надання паліативної медичної допомоги, включаючи порядок взаємодії медичних організацій, організацій соціального обслуговування та громадських об'єднань, інших некомерційних організацій, що здійснюють свою діяльність у сфері охорони здоров'я», яким було затверджене «Положення про організацію надання паліативної медичної допомоги...», розширене поняття «паліативна медична допомога», «Медичні показання до надання паліативної медичної допомоги дорослим», «Правила організації діяльності кабінету паліативної медичної допомоги дорослим», «Правила організації діяльності відділення виїзної патронажної паліативної медичної допомоги дорослим», «Правила організації діяльності відділення паліативної медичної допомоги дорослим» тощо та перелік медичного обладнання для надання паліативної медичної допомоги у стаціонарних ЗОЗ і вдома тощо [209]. Надзвичайно важливим моментом є те, що у РФ надання паліативної медичної допомоги регулюється затвердженими Стандартами, і впроваджено систему контролю якості паліативної медичної допомоги [204]. Також 31.05.2019 р. видано наказ МЗ РФ № 348-н «Про затвердження переліку медичних виробів, призначених для підтримки функції органів і систем організму людини, що надаються для використання вдома» [208].

Суб'єктом надання паліативної медичної допомоги у РФ є М/П, який одержав відповідну підготовку. Наказом МЗ РФ від 20.12.2012 № 1183-н лікар з паліативної медичної допомоги включений до «Номенклатури посад медичних працівників та фармацевтичних працівників». 22.06.2018 р. затверджено наказ Мінпраці РФ № 409-н «Про затвердження професійного стандарту «Лікар з паліативної медичної допомоги». [191, 273, 274].

Динамічно розвивається служба ПХД у **Республіці Казахстан (РК)**. 18.09.2009 р. був прийнятий Закон РК «Кодекс "Про здоров'я народу і систему охорони здоров'я"», де вперше згадується термін паліативна допомога. У Законі дано визначення ПД та сестринського догляду, визначені організації, які надають ПХД та сестринський догляд. Також 15.11.2011 р. було прийнято Постанову Уряду РК № 1343 «Про затвердження Правил надання паліативної допомоги та сестринського догляду». Сьогодні ПХД в РК надається, згідно з Постановою Уряду РК від 26.11.2009 № 1938 «Про затвердження переліку категорій населення, які підлягають паліативній допомозі та сестринському догляду», Наказу Міністра охорони здоров'я і соціального розвитку РК від 25.02.2015 № 96 «Про затвердження переліку категорій населення, яким надається паліативна допомога і сестринський догляд» та Наказу МОЗ РК від 14.11.2013 № 657 «Про затвердження стандарту організації надання паліативної допомоги населенню Республіки Казахстан» [205].

Таким чином, результати аналітичного дослідження зарубіжної та вітчизняної наукової літератури дозволили показати успішний досвід організації ефективних систем і служб ПХД населенню у багатьох країнах світу.

Водночас, встановлено, що у вітчизняних наукових джерелах не представлені результати комплексних досліджень, у яких би науково обґрунтовувалась концепція і функціонально-організаційна модель системи доступної, якісної та ефективної ПХД населенню в Україні. Отримані результати підтвердили необхідність проведення комплексного наукового дослідження, спрямованого на медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної моделі системи ПХД населенню в Україні.

Висновки до Розділу 1:

Медико-соціальний аналіз літературних джерел та узагальнення результатів дослідження дозволяє сформулювати наступні висновки:

1. ПХД є інноваційним видом медичної допомоги ПП і членам їх сімей/законним представникам. Інноваційність системи ПХД, що відрізняє її від традиційного симптоматичного/паліативного лікування пацієнтів у термінальних стадіях захворювань, забезпечується шляхом впровадження наступних складових: професійної медичної допомоги, психологічної і соціальної підтримки, духовного/релігійного та інформаційного супроводу.

2. Про глобальну актуальність проблеми ПХД населенню свідчать відповідні документи ООН, Ради Європи, ВООЗ, ЕАРС та інших авторитетних міжнародних фахових організацій. Контент-аналіз цих документів дозволяє стверджувати, що ПХД є невід'ємною частиною систем охорони здоров'я та важливим гуманітарним обов'язком урядів країн світу. Впродовж останніх двох десятиліть спостерігається зміна міжнародних стандартів і норм – ПХД надається не тільки хворим у термінальній стадії онкологічних захворювань, а усім пацієнтам з важкими захворюваннями, що загрожують або обмежують життя, паралельно з етіопатогенетичним лікуванням.

3. Головною метою сучасної системи ПХД є забезпечення максимально досяжної якості життя ПП та членів їх сімей/опікунів. Доступність якісної ПХД розглядається як глобальна проблема, що стосується усіх урядів, національних систем охорони здоров'я та соціального захисту населення. ПХД має бути невід'ємною інтегрованою складовою системи охорони здоров'я та соціальної опіки, адже саме ПХД найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя ПП та їх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці життя, що визначає її велике медико-соціальне, економічне та гуманітарне значення.

4. Хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги і є близькою до поняття «допомога наприкінці життя», яка надається ПП у термінальній стадії захворювання у стаціонарних ЗОЗ ПХД (наприклад, хоспісах, центрах та відділеннях ПХД) або вдома фахівцями, які одержали відповідну професійну

підготовку. Термін «паліативна та хоспісна допомога» відповідає поняттю «паліативна медична допомога», який вживається у деяких країнах.

5. Аналіз міжнародного досвіду свідчить, що в кожній країні системи та служби ПХД мають свої особливості організації надання ПХД, рівня ресурсного забезпечення, джерел та механізмів фінансування, що визначаються політичними, демографічними, економічними, медичними, географічними, культурно-історичними та іншими чинниками. Серед моделей організації надання ПХД у більшості країн переважають позастаціонарні форми (денні хоспіси, амбулаторна ПХД, у т. ч. ПХД вдома), які реалізують МД мобільні команди. Значна увага приділяється навчанню, підвищенню кваліфікації та мотивації персоналу.

6. Динаміка і тенденції історичного розвитку медичної допомоги ПП у багатьох країнах світу зумовила необхідність впровадження ПХД у повсякденну медичну практику як самостійної спеціальності або спеціалізації «Паліативна медицина», оскільки потреба у цьому виді медико-соціальної допомоги збільшується щороку. Головними умовами успішного розвитку системи ПХД у будь якій країні є: державна політика, що спрямована на розвиток і впровадження ПХД для всіх видів медичної допомоги; кваліфіковані мотивовані кадри; ефективні та доступні для ПП ЛЗ; підтримка суспільства, НДО, благодійників, меценатів, волонтерів.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

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. *(Дисертантові належить збір і обробка частини матеріалу, формулювання окремих висновків).*

2. 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. *(Дисертантові належить аналіз і обробка частини матеріалу, написання деяких розділів статті та формулювання окремих висновків).*

3. Царенко А.В. Значення міжнародних визначень, підходів і стандартів для оптимізації надання паліативної допомоги в Україні / А. В. Царенко, А. Славуцький, А. В. Тальнов, А. А. Злотник // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 3. – С. 69–76. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір і обробка частини матеріалу, формулювання окремих висновків).*

4. Князевич В. М. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // У зб.: «Матеріали наук.-практ. конфер. «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи». 3–4.04.2014 р. – Черкаси. – 2014. – С. 9–18. *(Дисертантові належить збір і обробка частини матеріалу, формулювання окремих висновків).*

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика програми і методів дослідження

Досягнення мети дослідження – обґрунтування і розробка концептуальної моделі системи надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні, враховуючи складність, а також багатоаспектний мультидисциплінарний (МД), міжвідомчий і міжсекторальний характер проблеми, для вирішення якої необхідно застосування різноманітних методичних підходів, потребувало розробки спеціальної програми на основі методології системного підходу. Дослідження виконувалися впродовж 2008–2019 років. Програмою дослідження передбачалось його проведення у 7 етапів з використанням адекватних методів. На кожному етапі реалізовувались взаємопов'язані завдання, що дозволило забезпечити системність підходу та отримати репрезентативні дані для оцінки об'єкту дослідження. За результатами кожного з етапів у логічній послідовності визначалися завдання для наступних етапів (рис. 2.1).

Перший етап дослідження присвячений вивченню та соціально-медичному аналізу світового і вітчизняного досвіду організації та надання ПХД населенню в історичному і географічному аспектах. Були проаналізовані особливості організації, змісту і моделей надання ПХД, визначення показань до ПХД і категорій ПП, підбору, мотивації та підготовки фахівців, які залучені до надання ПХД. Особлива увага зверталась на стан розвитку, організації та надання ПХД у вітчизняній системі охорони здоров'я, зокрема досягнення, актуальні проблеми і недоліки та шляхи їх вирішення, що й в результаті зумовило формування мети, об'єкту та предмету дослідження, визначення завдань, структури та обсягу інформаційної бази даних, обрання методології, розробку методичного інструментарію для досягнення мети дослідження. Інформаційною базою бібліосемантичного методу дослідження слугували 530 джерела наукових праць, у т. ч. 161 – іноземними мовами. Для збору наукової інформації також використовувалися ресурси Інтернет-мережі, Medline, Pubmed, Medscape тощо.

| | | |
|---|--|--|
| 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:

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 «Забезпечення надання медичної допомоги» і Ст. 35-⁴ «Паліативна допомога»; «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, зокрема Ст. 4. «Програма медичних гарантій»;

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 № 688-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 р.»;

На **галузевому рівні** при підготовці: 13 наказів МОЗ України і 1 спільного наказу Мінсоцполітики та МОЗ України; Рішення Колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини»; 2 методичних рекомендації; 5 інформаційних листів; 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 знеболання» (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.

Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяги та методичний апарат дослідження.

Проведені бібліосемантичні дослідження дозволили комплексно і критично оцінити стан наукової проблеми, що вивчалась, визначити основні питання і проблеми, що підлягали подальшому науковому дослідженню.

Другий етап присвячено визначенню мети, об'єкту і предмету дослідження, завдань кожного етапу, структури та обсягу соціологічного дослідження, обрано методологію та методи дослідження. Розроблені анкети і опитувальники для соціологічного дослідження.

Для розрахунку показників загальної потреби населення України та регіонів в ПХД використовувались наступні методики. Перша методика затверджена наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» [229], у розробці якої дисертант брав участь (Додаток А), базується на тому, що згідно з рекомендаціями ВООЗ 80% хронічно хворих у термінальній стадії захворювання потребують ПХД. Ця методика основана на визначенні кількості пацієнтів певної нозології, які потребують ПХД (наприклад, хворі на інкурабельні форми ЗН, ССЗ та пульмонологічних захворювань, туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу тощо), залежно від числа померлих впродовж року. Спрощений варіант визначення загальної кількості пацієнтів, які потребують ПХД, полягає у розрахунку 80% від числа померлих впродовж попереднього року.

Розрахунок потреби у ПХД за зазначеними методиками виконується наступним чином: $K_{no} = K_{n\phi} \cdot 0,8$, де:

K_{no} – кількість пацієнтів, які потребують ПХД;

$K_{n\phi}$ – кількість померлих впродовж року пацієнтів з інкурабельними формами хронічних захворювань;

0,8 – коефіцієнт потреби у ПХД згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Результати виконання цього етапу дослідження дозволили визначити динаміку та основні тенденції розвитку стану здоров'я та смертності населення України, і відповідно, визначити потребу в ПХД в нозологічному, статеві-віковому та регіональному аспектах, що було враховано при обґрунтуванні системи ПХД населенню в Україні.

Третій етап присвячено комплексному аналізу і оцінці потреби населення України у ПХД у сучасних умовах розвитку та реформування галузі охорони здоров'я. Для вивчення потреби у ПХД було використано: аналіз статистично-довідникових матеріалів Державного комітету статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, бюлетенів Національного канцер-реєстру України та інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики органів управління охороною здоров'я обласних/ міських державних адміністрацій за 2009-2018 роки.

Використовуючи статистичний метод у динаміці впродовж останніх 10 років (2009-2018 рр.) комплексно проаналізовано структуру і рівні основних показників захворюваності (первинної і загальної) та смертності населення України від найбільш поширених хронічних захворювань у регіональному аспекті, які складають найбільшу частку тягаря захворюваності через передчасну смертність та інвалідність. Проведено поглиблений аналіз розподілів зазначених показників із використанням показників абсолютного приросту (АПр) і темпу приросту (ТПр) за класами хвороб, окремими нозологічними формами, статево-віковими групами та місцем проживання (міське і сільське населення), що визначають потребу у ПХД для інкурабельних пацієнтів різного нозологічного профілю. Для обчислення стандартизованих коефіцієнтів захворюваності та смертності були використані європейські вікові стандарти.

Статистичний аналіз матеріалів дослідження на даному та наступних етапах дисертаційного дослідження виконано з використанням пакетів програм Excel Microsoft 10.0, статистичних програм STATISTICA 7.0. Для порівняння частоти якісних показників застосовували критерій χ^2 Пірсона для таблиць сполученості з поправкою Йейтса.

Четвертий етап дослідження було присвячено системному аналізу державного регулювання організації та надання ПХД населенню в Україні і її реалізації на державному, галузевому і регіональному рівнях управління, а також ретроспективному вивченню НПБ з цих питань впродовж останніх 25 років (1995-2020 рр.). Здійснено системний контент-аналіз нормативно-правової бази (НПБ) 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.).

Також було проведено порівняльний аналіз НПБ України з міжнародними документами і стандартами надання ПХД населенню, зокрема які визначають ПХД, контингенти та критерії статусу ПП, що дозволило визначити шляхи та підходи оптимізації НПБ України і приведення її у відповідність до міжнародних документів. Матеріалами вивчення слугували: НПБ України, резолюції, декларації, рекомендації та інші документи ООН, ВООЗ, Ради Європи, ЕАРС, ІАНРС та інших міжнародних фахових організацій.

П'ятий етап було присвячено системному аналізу стану та динаміки розвитку надання ПХД населенню в Україні на державному, регіональному та місцевому рівнях. За допомогою розроблених нами анкет (Додатки Б і В) у 2016-2019 рр. проведені 2 соціологічні дослідження за участі 618 респондентів: 33 лікарів спеціалізованих ЗОЗ ПХД і 585 М/П різних спеціальностей (керівників ЗОЗ, лікарів, молодших медичних спеціалістів). Проаналізовано рівень їх інформованості, основні проблеми та ставлення щодо організації та надання ПХД населенню.

Респондентами 1-го соціологічного дослідження були 33 лікарі спеціалізованих ЗОЗ ПХД і 415 М/П різних спеціальностей: лікарі ЗП-СЛ, лікарі-спеціалісти ЗОЗ, лікарі-інтерни та молодші медичні спеціалісти – порівнювалися між собою, в залежності від спеціальності та стажу роботи. Розподіл за статтю респондентів-лікарів, які працюють у ЗОЗ ПХД: чоловіки – 4 (або 12,1 %) і жінки – 29 (87,9 %). Стаж їх роботи в медицині становив: до 5 років – 8 (24,2 %), 6–15 років – 11 (33,3 %), 16–25 років – 6 (18,2 %), 26–35 років – 4 (12,1 %), 36–45 років – 2 (6,1 %) і 46 – і більше років – 2 (6,1 %). З 415 опитаних М/П, які працюють у неспеціалізованих ЗОЗ, 88 респондентів (21,2 %) становили чоловіки і 327 (78,8 %) – жінки; розподіл за медичними спеціальностями склав: керівники охорони здоров'я – 45 (10,8 %), лікарі-спеціалісти – 142 (34,2 %), лікарі ЗП-СЛ/лікарі ЗОЗ ПМСД – 113 (27,2 %), лікарі-інтерни – 34 (8,2 %) та молодші медичні спеціалісти – 81 (19,5 %). Стаж їх роботи в медицині становив: до 5 років – 62 (14,9 %), 6–15

років – 102 (24,6 %), 16–25 років – 90 (21,7 %), 26–35 років – 91 (21,9 %), 36–45 років – 55 (13,3 %) і 46 – і більше років – 15 (3,6 %).

Респондентами 2-го соціологічного дослідження, проведеного у 2019 р., були 170 лікарів різних спеціальностей, зокрема лікарі-інтерни – 52 (30,6 %), лікарі ЗП-СЛ – 46 (27,1 %), лікарі-спеціалісти – 43 (25,3 %) і керівники ЗОЗ – 29 (17,1 %).

Необхідний розмір вибірки ми розрахували за Формулою для оцінки розміру вибірки однієї єдиної частоти:

$N = 15,4 \times p \times (1 - p) / W^2$, де N – необхідний розмір вибірки, p – очікувана частота результату (0,4) і W – ширина довірчого інтервалу (для 95% довірчого інтервалу = 10% тобто 0,1). Підставляючи в формулу значення, отримуємо: $N = 15,4 \times 0,4 \times (1 - 0,4) / 0,12 = 370$.

Опис результатів розрахунку розміру вибірки може виглядати наступним чином: «Для отримання довірчого інтервалу в +/- 5% навколо оцінки поширеності в 30% буде потрібно вибірка з 370 осіб. З огляду на 70% частоту відгуку на пропозицію брати участь в дослідженні, необхідно поширити 450 анкет». Отже, вибірка у 618 респондентів може вважатися репрезентативною.

Обробка отриманих результатів медико-соціологічних досліджень на У-VI етапах дисертаційної роботи потребувала формування комп'ютерної бази даних на основі Microsoft Excel, де матеріали групувались за контингентом вивчення (лікарі, молодші медичні спеціалісти), статтю (чоловіки, жінки), віком (до 30 років, 30-39, 40-49, 50-59, 60 років і старші), спеціальність та стаж роботи. Статистична обробка результатів соціологічних досліджень проводилась шляхом розрахунку частоти досліджуваної ознаки на 100 опитаних (%) та стандартної похибки ($\pm m$) для відносних величин за загальноприйнятою формулою. Враховуючи, що отримані дані належать до категорійних (якісних) оцінка достовірності різниці отриманих даних у різних групах спостереження та перевірка нульової гіпотези здійснювалась шляхом розрахунку критерію відповідності χ^2 .

Також впродовж 2014-2019 рр. проводилися соціологічні дослідження на підставі аналізу опитувальників органів управління охороною здоров'я з регіонів (48 од.), літературних джерел, у т. ч. ЗМІ та Internet-ресурсів.

При аналізі показників якості утримання ПП, зокрема забезпеченості ліжками,

матеріально-технічного забезпечення стаціонарних ЗОЗ ПХД, враховувалися вимоги галузевих нормативно-правових актів, а також, що, відповідно до рекомендацій ВООЗ та ЕАРС [409, 411, 517, 522, 523], потреба у ПХД більше як 80% інкурабельних хворих може бути задоволена на амбулаторному ланці, у т. ч. вдома, і лише 20% ПП потребують стаціонарної спеціалізованої ПХД у хоспісах, ВПХМ ЗОЗ вторинної та третинної медичної допомоги, денних хоспісах, лікарнях і відділеннях сестринського догляду тощо. До надання амбулаторної ПХД важливо залучати разом з м/п ЗОЗ ПМД фахівців МД виїзних бригад ПХД. Згідно з зазначеними рекомендаціями, нормативи для розрахунку потреби населення у спеціалізованій ПХД становлять:

- 10 стаціонарних ліжок для ПП у ЗОЗ ПХД на 100 тис. населення;
- 1 мультидисциплінарна виїзна бригада для надання спеціалізованої ПХД вдома 50 ПП на 100 тис. населення.

Аналіз результатів соціологічного дослідження дозволив здійснити комплексну оцінку стану і проблем організації ПХД, визначити основні перспективні підходи і напрями її оптимізації та подальшого розвитку.

Завданням **шостого етапу** було аналіз кадрового забезпечення ЗОЗ ПХД в Україні, а також медико-соціальне обґрунтування та розробка оптимальних підходів до післядипломної підготовки та безперервного професійного розвитку м/п з питань ПХД як умови впровадження системи ПХД в Україні. За допомогою розроблених нами анкет (додатки Б і В) у 2016-2019 рр. проведені соціологічні дослідження за участі 618 респондентів. Проаналізовано рівень їх знань, ставлення і потреби професійної підготовки з питань надання ПХД населенню.

Для вирішення зазначеного завдання також було проведено оцінку існуючих навчальних планів і програм післядипломної підготовки М/П з питань надання ПХД, у т. ч. навчальних планів і програм для слухачів циклів ТУ кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика затверджених вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика у 2010–2020 рр. на відповідність міжнародним стандартам і нормам. Також було проведено аналіз опитувальників з регіонів (48 од.); аналіз даних анкетних опитувань медичних працівників і керівників ЗОЗ (585 од.); дані експертного оцінювання (31 од.).

Це дозволило здійснити системний аналіз сучасного рівня підготовки М/П для надання ПХД, його відповідності потребі та особливостям ПП і їх родичів, виявити низку соціально значущих проблем і обґрунтувати сучасні підходи оптимізації та удосконалення існуючої системи післядипломної підготовки фахівців для сфери ПХД, необхідність викладання основ організації та надання ПХД інкурабельним хворим на післядипломному етапі підготовки лікарів, а також сформулювати кваліфікаційні вимоги до лікарів і молодших медичних спеціалістів з питань надання ПХД населенню.

Завданням **сьомого етапу** дослідження було наукове обґрунтування і розробка концептуальних основ організації системи доступної, якісної та ефективної ПХД населенню в Україні на засадах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми і МД, міжвідомчого та міжсекторального підходів згідно з рекомендаціями ВООЗ та стандартів авторитетних фахових міжнародних організацій. Узагальнені результати дослідження, що були виконані на попередніх етапах, дали змогу науково обґрунтувати та розробити оптимальні функціонально-організаційні моделі системи ПХД населенню, з акцентом на рівні ПМСД та створенні МД виїзних бригад ПХД, сформувати механізми їх управління в рамках адміністративних регіонів та госпітальних округів, з врахуванням сучасних умов розвитку та реформування галузі охорони здоров'я. При розробці зазначених моделей було використано метод порівняльного аналізу корисності двох можливих альтернативних варіантів вирішень проблеми.

Також на сьомому, заключному етапі, було проведено визначення ефективності запропонованих моделей методом експертних оцінок з допомогою розроблених для цього спеціальних карт (Додаток Г). Експертна оцінка моделей здійснена 31 експертом, з яких: 13 д. мед. н. і один д. наук з держ. упр. (45,2 %); 9 професорів (29,0 %), 2 ст. наук. співроб. (6,5 %) і 5 доцентів (16,1 %); 4 к. мед. н. і 2 к. фарм. н. (19,4 %); 23 спеціаліста з вищою кваліфікаційною категорією (74,2 %) і один – першої кваліфікаційної категорії (3,2 %) за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»; 11 лікарів спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД (35,5 %). Стаж роботи за зазначеною спеціальністю/посадою до 10 років зазначили 5 респондентів (16,1 %), 10–19 років – 5 респондентів (16,1 %), 20–29 років – 14

респондентів (45,2 %) і більше 30 років – 7 респондентів (22,6 %). Таким чином, аналіз даних свідчить про релевантний та високий фаховий рівень експертів.

На цьому етапі дослідження були також узагальнені результати усіх попередніх етапів та сформульовані висновки.

Таким чином, комплексне використання сучасних методів наукового дослідження дозволило отримати репрезентативні результати, які покладені в основу обґрунтування концептуальної та функціонально-організаційних моделей організації системи ПХД населенню в Україні.

2.2. Методичні підходи до наукового обґрунтування концепції системи доступної, якісної та ефективної ПХД населенню в Україні

Наукове обґрунтування концепції системи ПХД населенню в Україні базується на засадах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми і сучасному розумінні системи ПХД, яка розглядається як комплексна програма заходів медичного, соціального, психологічного та духовного/релігійного змісту, спрямованих на всебічну підтримку пацієнтів невиліковними та такими, що загрожують або обмежують життя захворюваннями тощо.

Обґрунтування концепції здійснювалося на підставі системного аналізу стану та розвитку надання ПХД в Україні, знання актуальної ситуації щодо організаційної, структурної, матеріально-технічної, кадрової складових спеціалізованих ЗОЗ ПХД, їх відповідності сучасним міжнародним рекомендаціям та стандартам і вимогам НПБ України, особливостям розвитку ПХД у регіонах.

В основу наукового обґрунтування оптимальної концепції системи надання ПХД населенню були покладені **принципи доступності, належної якості та максимально досяжної ефективності:**

1. **Забезпечення доступності** населення до ПХД у запропонованій концептуальній моделі системи ПХД досягається шляхом:

1.1. Впровадження елементів ПХД для усіх видів медичної допомоги, з акцентом на рівні ПМСД, і залучення до надання ПХД в амбулаторних умовах і вдома лікарів ЗП-СЛ та фахівців МД виїзних бригад ПХД.

1.2. **Забезпечення міжвідомчої співпраці** з установами соціального захисту

населення при наданні СППД вдома та соціальної складової у спеціалізованих ЗОЗ ПХД.

1.3. Сприяння розвитку аптечних закладів, ліцензованих на відпуск НПА, особливо в сільській місцевості.

1.4. Сприяння розвитку закладів ПХД приватної форми власності.

1.5. Забезпечення фінансової доступності населення до ПХД шляхом оплати надання ПХД НСЗУ та з бюджетів різних рівнів відповідно до чинного законодавства, або внесення ПХД в обов'язкове медичне страхування населення.

2. Якість надання ПХД населенню забезпечується впровадженням відповідних механізмів управління якістю медичної допомоги (В.В. Горачук, 2015) та зовнішнього і внутрішнього аудиту якості медичної допомоги (О. Ю. Качур, 2018). Впровадження механізмів зовнішнього і внутрішнього аудиту якості ПХД забезпечується шляхом аудиту структури системи ПХД для різних видів медичної допомоги та спеціалізованих ЗОЗ ПХД; аудиту процесу, що вимагає затвердження стандартів операційних процедур (СОП) та відповідної підготовки і забезпечення ЗОЗ ПХД кваліфікованими і вмотивованими кадрами; аудиту результату, що забезпечується затвердженням відповідних звітних форм і впровадження електронних форм реєстрації і обліку ПП. Серед першорядних заходів управління якістю ПХД слід визначити:

2.1. Оптимізацію галузевої НПБ, у т.ч. затвердження стандартів надання ПХД для різних видів медичної допомоги і стандартів утримання ПП у ЗОЗ ПХД.

2.2. Оптимізацію кадрового забезпечення шляхом затвердження МОЗ України спеціальності або спеціалізації «Паліативна і хоспісна медицина», впровадження системи безперервної до- і післядипломної освіти М/П з питань надання ПХД різним категоріям ПП і для різних видів медичної допомоги, а також механізмів матеріальної і моральної мотивації М/П, які надають ПХД.

2.3. Співпрацю та залучення науковців і експертів НДО до соціологічних досліджень щодо якості надання ПХД серед ПП та членів їх сімей.

3. Ефективність системи ПХД досягається:

3.1. Впровадженням сучасних Клінічних протоколів і настанов, заснованих на засадах доказової медицини, з надання ПХД ПП різної нозології.

3.2. Адекватним асортиментом і доступністю ЛЗ та обладнанням і засобами догляду за ПП.

3.3. Впровадженням МД, міжвідомчих і міжсекторальних підходів; створенням МД виїзних бригад ПХД та стаціонарних ЗОЗ ПХД відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій і стандартів.

3.4. Забезпеченням служб ПХД вмотивованими фахівцями з відповідною професійною підготовкою для усіх видів медичної допомоги.

3.5. Розвиток амбулаторних та позастаціонарних форм надання ПХД, що дозволить оптимізувати вартість ПХД в умовах обмежених фінансових і технічних ресурсів.

2.3. Методологія наукового обґрунтування концептуальної моделі системи надання ПХД населенню в Україні

У дисертаційному дослідженні для наукового обґрунтування концептуальної моделі системи надання ПХД населенню в Україні ми застосували **методологію концептуального моделювання**, у якій провідне місце посіли методи інтерпретації і евристичної аналогії. Нами були використанні два види інтерпретації – нормативна і розпізнавальна. **Нормативна інтерпретація** дозволяла застосовувати чинну НПБ України для регулювання запропонованої моделі системи надання ПХД населенню. Метою використання **розпізнавальної інтерпретації** було визначення значення репрезентативної інформації, зокрема результатів соціологічних досліджень та експертних оцінок.

Метод структурного моделювання застосовувався для компонування первинних модульних елементів/відділів моделі в систему/функціонально-організаційний структурний комплекс. Зазначений метод гармонійно пов'язує створений уніфікований структурний комплекс запропонованої моделі з можливістю її відтворення в галузі охорони здоров'я усіх регіонів України.

Метод сценарного моделювання застосовувався для розкриття суті запропонованої моделі в логічній покроковій послідовності її формування, для побудови «дерева цілей», точного і правильного формулювання окремих цілей і підцілей запропонованої моделі.

Метод евристичної аналогії дозволив співставляти об'єктивні зв'язки і відносини запропонованої моделі та існуючої реальності, а **метод агрегування** – визначати найбільші впливи на запропоновану модель зовнішніх чинників, зокрема політичних, економічних, соціальних, науково-технічних тощо, що дозволило сконструювати внутрішню структуру моделі. Далі компоненти моделі об'єднувались у функціонально-організаційну структуру за допомогою функціональних і композиційних аспектів проектування.

Метод «мозкового штурму» застосовувався для накопичення «кошику»/масиву ідей та пропозицій стосовно створення і подальшого розвитку моделі.

Метод «Дельфі» застосовується для аналізу думок і пропозицій експертів і дозволяє сформулювати домінуючі експертні судження фахівців, а експертам – оцінювати свої судження з урахуванням думок і аргументів колег. Метод «Дельфі» через зворотні зв'язки думок експертів дозволяє реалізувати системний підхід і виключити випадкові впливи психологічних чинників.

Метод асоціації застосовувався для організації цільових взаємозв'язків різних складових моделі, що сприяло процесу структуризації нових зв'язків всередині моделі.

Метод SWOT-аналізу ми застосовували для оцінювання можливості створення системи мультидисциплінарних, міжвідомчих і міжсекторальних зв'язків учасників моделі, а також підходів до професійної підготовки та мотивації фахівців, які залучені до надання ПХД населенню на усіх рівнях. SWOT-аналіз – це метод стратегічного планування, суть якого є у розподілі факторів і явищ на 4 категорії: **Strengths** (сильні сторони), **Weaknesses** (слабкі сторони), **Opportunities** (можливості) и **Threats** (загрози). SWOT-аналіз дозволяє виявити/передбачити та структурувати сильні і слабкі сторони моделі, а також потенційні можливості і загрози.

Методичною основою теорії системи є **системна методологія**, складовими якої є **системний підхід** і **системний аналіз**. Під час виконання дослідження системний підхід застосовувався як метод і процес дослідження.

Системний аналіз використовувався для вирішення практичних прикладних завдань. Відповідно до визначеної мети дослідження формування основних його

компонентів включало використання 6 аспектів системного підходу, як методологічної основи, зокрема:

1. Системно-історичного – вивчення міжнародного і національного досвіду, теперішнього стану і ситуації, визначення оптимальних напрямків, підходів та перспектив розвитку.

2. Системно-функціонального – визначення взаємодії між компонентами.

3. Системно-компонентного – визначення і формування елементного складу.

4. Системно-структурного – встановлення взаємозв'язків між компонентами.

5. Системно-інтеграційного – використання нових методик, методів, технологій тощо.

6. Системно-комунікаційного – розробка правових основ зовнішньої взаємодії.

Саме базуючись на системному підході та системному аналізі була обґрунтована концептуальна модель системи надання ПХД населенню в Україні.

Висновки до розділу 2

Запропонована програма дослідження, його обсяги та обрані методи дослідження дозволяють отримати репрезентативні дані, вирішити поставлені завдання на кожному з етапів, результати яких були взяті за основу обґрунтування розробки оптимальних моделей системи доступної, якісної та ефективної ПХД населенню в сучасних умовах розвитку та реформування галузі охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3

ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ ДОПОМОЗІ

3.1. Соціально-медична характеристика захворюваності і смертності населення України, що визначають потребу у паліативній та хоспісній допомозі

Аналіз та оцінка статистичних даних щодо стану здоров'я, тенденцій і динаміки його розвитку є важливою та необхідною умовою для науково обґрунтованого створення і розвитку системи ПХД.

У Рекомендаціях парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні», схвалених постановою ВРУ від 21.04.2016 № 1338-VIII, зазначається, що сучасний стан здоров'я українців характеризується вкрай високими показниками захворюваності, передусім, на ХНІЗ, та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу. Середня тривалість життя в Україні на 9 років нижча, ніж у країнах ЄС [47].

Результати аналізу даних медичної статистики [119–123; 242; 243] свідчать, що хоча за період з 2000 по 2018 рік спостерігається поступове зниження кількості померлих, очевидно, внаслідок скорочення загальної чисельності населення, а також відзначається зменшення загального коефіцієнта смертності населення (з 15,4 ‰ до 14,8 ‰) (Табл. 3.1, 3.2, 3.3. Рис. 3.1, 3.2), що може свідчити про деякі позитивні зрушення в наданні медичної допомоги та соціальної опіки населення, але цей показник є досить високим і у 1,53 рази перевищує середній коефіцієнт смертності населення в країнах ЄС (9,7 ‰).

У 2017 і 2018 р. коефіцієнт смертності сільського населення був в 1,19 та 1,18 рази, відповідно, вищим ніж міського. (Табл. 3.1, 3.2, 3.3. Рис. 3.2, 3.3). У деяких регіонах загальний коефіцієнт смертності, особливо серед сільського населення, є надзвичайно високим, зокрема: у Чернігівській обл. – 26,7 ‰, Сумській обл. – 21,4 ‰, Хмельницькій обл. – 21,2 ‰, що в 1,53, 1,22 та 1,21 рази, відповідно, перевищує середній показник по Україні (Табл. 3.3. Рис. 3.3). Це, на нашу думку,

можна пояснити тим, що в зазначених областях спостерігається значна частка населення у віці 65 років і старші, високий рівень захворюваності і смертності від ЗН, а також виявлення хворих на ЗН у занедбаних стадіях захворювання (III-IV стадії) (Табл. 3.4, 3.6, 3.7).

Аналіз динаміки показників загального коефіцієнту смертності впродовж 2014–2018 рр. у регіональному аспекті свідчить, що в більшості областей спостерігається стабільність і навіть незначне зменшення зазначеного показника. Найбільше зростання (на 0,6 ‰) відмічається в Запорізькій і Харківській обл. та м. Києві. В Україні спостерігається суттєва різниця між показниками загального коефіцієнту смертності населення між регіонами, наприклад, від 12,2 ‰ в Закарпатській до 19,1 ‰ в Чернігівській, 16,8 ‰ у Полтавській та 16,6 ‰ в Черкаській обл. (Табл. 3.3. Рис. 3.3). Враховуючи суттєву різницю чисельності населення в областях, значно відрізняються загальні показники кількості осіб, які померли, у регіональному аспекті. Так, у 2017 р. – від 50,91 тис. осіб, які померли у Дніпропетровській, і 40,88 тис. осіб – у Харківській обл., до 11,22 тис. осіб – у Чернівецькій обл. і 13,59 тис. осіб – у Волинській обл. (Табл. 3.13).

Результати аналізу кількості померлих та коефіцієнту смертності за статтю, віковими групами та типом поселень по Україні у 2017 році свідчать про стрімке зростання цього показника після 60 років як у чоловіків, так і у жінок, які проживають як у міській, так і у сільській місцевості. Максимального значення цей показник досягає у віковій групі 80 років і старші, і у 2,79 разів перевищує коефіцієнт смертності у віковій групі 70-79 років, та у 6,46 разів у групі 60-69 років (Табл. 3.2, 3.12. Рис. 3.4).

Аналіз причин смерті населення від найбільш поширених хронічних захворювань в Україні [123, 243, 263] засвідчив, що у 2017 р., як і впродовж попередніх 5 років, перші місця посіли: 1) хвороби системи кровообігу (384,8 тис. осіб, або 68,3 % від загальної кількості померлих); 2) новоутворення (78,3 тис. осіб – 13,6 %); 3) зовнішні причини смерті (31,2 тис. осіб – 5,4 %); 4) хвороби органів травлення (22,0 тис. осіб – 3,8 %); 5) хвороби органів дихання (6,0 тис. осіб – 2,1 %). (Табл. 3.9. Рис. 3.5 та 3.6).

Чисельність населення, кількість померлих та загальний коефіцієнт смертності населення в динаміці в Україні (2000, 2014-2018 роки)*

| Показник | 2000 | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | Динаміка 2000 до 2018 | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|----------|
| | | | | | | | АП** | ТПр*** |
| Чисельність населення (тис. осіб) | | | | | | | | |
| Усього, у т.ч.: | 49.430 | 45.426 | 42.929 | 42.761 | 42.585 | 42.153 | -7.277 | -14,72 % |
| міське нас. | 33.339 | 31.337 | 29.763 | 29.585 | 29.482 | 29.257 | -4.082 | -12,24 % |
| сільське нас. | 16.091 | 13.102 | 13.256 | 13.256 | 13.102 | 12.897 | -3.194 | -19,85 % |
| Кількість померлих (тис. осіб) | | | | | | | | |
| Усього, у т.ч.: | 758,1 | 632,7 | 594,8 | 583,6 | 574,1 | 587,7 | -170,4 | -22,48 % |
| міське нас. | 457,1 | 391,5 | 358,7 | 358,9 | 350,5 | 363,7 | -93,4 | -20,43 % |
| сільське нас. | 301,0 | 241,2 | 236,1 | 224,7 | 223,6 | 223,9 | -77,1 | -25,61 % |
| Загальний коефіцієнт смертності (‰) | | | | | | | | |
| Усього, у т.ч.: | 15,4 | 14,7 | 14,9 | 14,7 | 14,5 | 14,8 | -0,6 | -3,90 % |
| міське нас. | 13,8 | 13,2 | 12,1 | 12,2 | 13,1 | 13,4 | -0,4 | -2,90 % |
| сільське нас. | 18,8 | 18,1 | 17,9 | 17,1 | 17,2 | 17,5 | -1,3 | -6,91 % |

АП - абсолютний приріст; *ТПр - темпи приросту

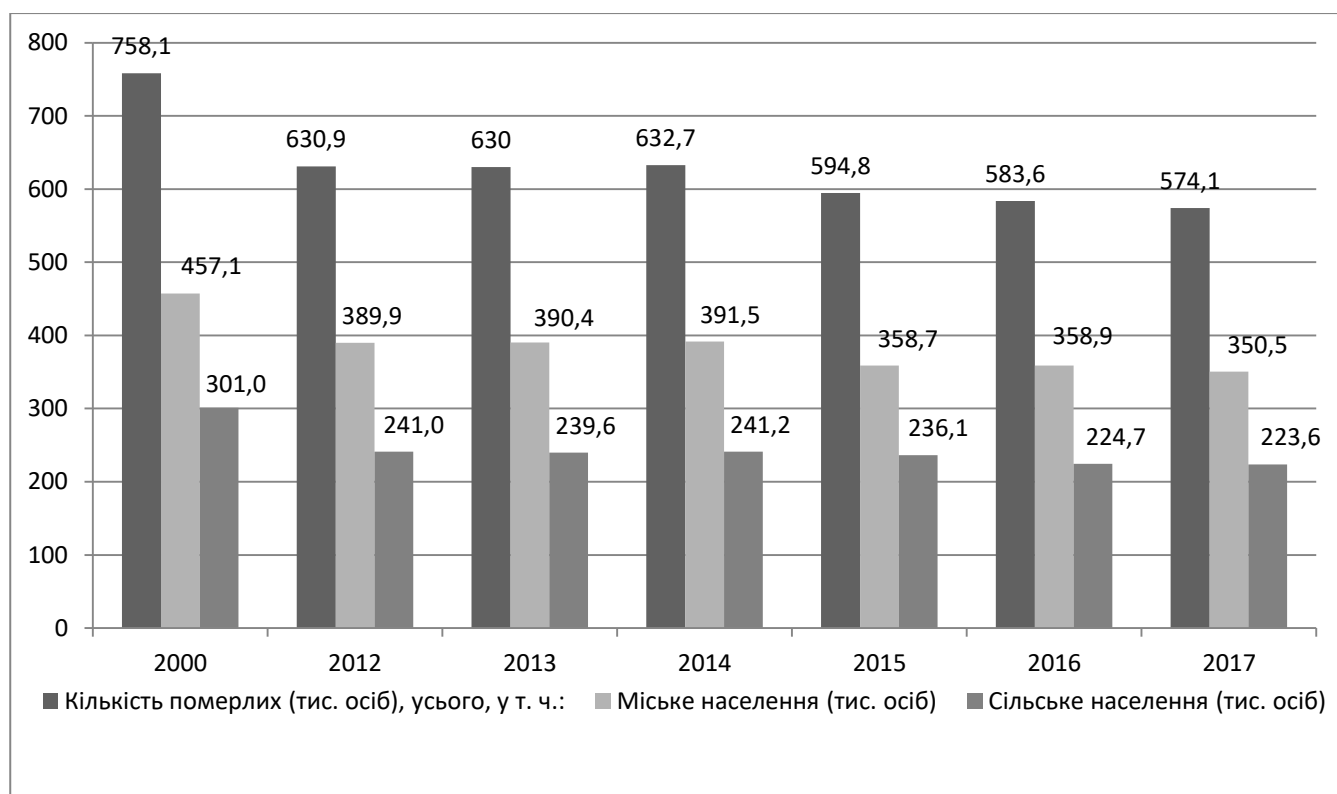


Рис. 3.1. Динаміка кількості померлих (тис. осіб) в Україні, (2000, 2012–2017 роки)*

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

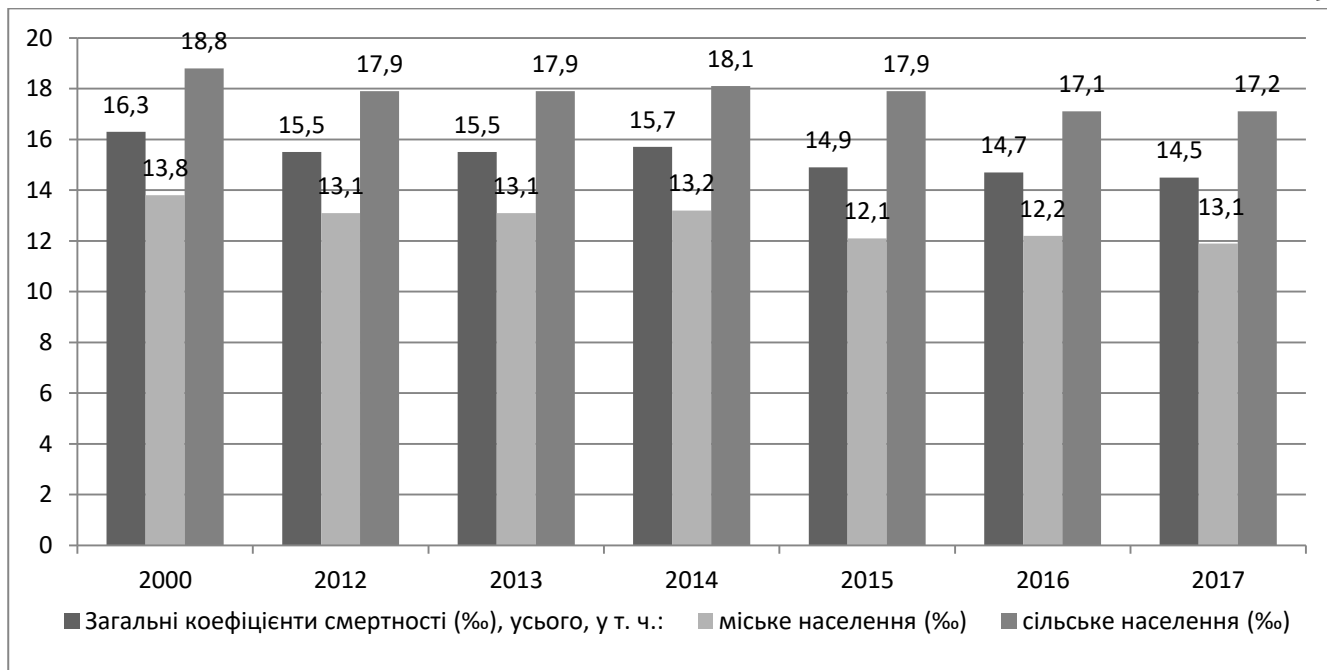


Рис. 3.2. Динаміка загального коефіцієнту смертності населення (%) в Україні (2000, 2012–2017 роки)*

Таблиця 3.2.

Показники загальної смертності за статтю, віковими групами та типом поселень в Україні у 2017 році (на 100 000 осіб відповідного віку)*

| Вікові групи (років) | Міські поселення та сільська місцевість | | | Міські поселення | | | Сільська місцевість | | |
|----------------------|---|----------|---------|------------------|----------|---------|---------------------|----------|---------|
| | Обидві статі | Чоловіки | Жінки | Обидві статі | Чоловіки | Жінки | Обидві статі | Чоловіки | Жінки |
| 0 | 730,4 | 813,1 | 642,4 | 668,3 | 728,8 | 603,9 | 839,7 | 961,2 | 710,2 |
| 1-19 | 104,6 | 159,0 | 92,4 | 111,8 | 139,8 | 82,6 | 151,0 | 190,4 | 109,1 |
| 20-29 | 224,0 | 337,1 | 105,5 | 204,5 | 304,8 | 101,2 | 258,3 | 392,5 | 113,3 |
| 30-39 | 568,6 | 850,1 | 285,1 | 524,5 | 793,9 | 260,2 | 673,7 | 978,6 | 347,2 |
| 40-49 | 1125,0 | 1706,3 | 582,8 | 1038,4 | 1568,8 | 562,0 | 1294,6 | 1960,7 | 626,3 |
| 50-59 | 2177,9 | 3443,4 | 1139,4 | 2004,8 | 3218,9 | 1071,3 | 2515,0 | 3838,1 | 1284,6 |
| 60-69 | 4626,2 | 7325,2 | 2824,0 | 4283,1 | 6832,2 | 2652,0 | 5359,7 | 8299,9 | 3212,4 |
| 70-79 | 10711,8 | 15430,4 | 8411,3 | 10369,5 | 14878,4 | 8117,8 | 11283,5 | 16318,1 | 8890,8 |
| 80 і старші | 29882,3 | 32989,7 | 28666,3 | 31404,8 | 34235,7 | 30228,9 | 28368,4 | 31632,6 | 27156,3 |
| Усе насел. | 1453,9 | 1534,9 | 1383,6 | 1310,3 | 1420,8 | 1216,1 | 1724,9 | 1744,3 | 1707,4 |

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

Таблиця 3.3.

**Динаміка загального коефіцієнту смертності населення (‰) у регіонах
України (2014-2018 роки)***

| Назва регіону/ області | Загальний коефіцієнт смертності (‰) | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Усе населення | | | | | Міське населення | | | | | Сільське населення | | | | |
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Вінницька | 15,8 | 15,9 | 15,4 | 15,3 | 15,5 | 11,6 | 11,6 | 12,0 | 11,5 | 11,8 | 20,2 | 20,3 | 19,0 | 19,1 | 19,5 |
| Волинська | 13,2 | 13,2 | 13,0 | 13,1 | 13,2 | 10,8 | 10,8 | 11,1 | 10,6 | 11,1 | 15,8 | 15,8 | 14,9 | 15,8 | 15,5 |
| Дніпропетровська | 16,1 | 16,5 | 16,4 | 15,8 | 16,3 | 15,4 | 15,8 | 16,2 | 15,6 | 15,8 | 19,2 | 19,8 | 17,5 | 15,9 | 18,5 |
| Донецька | 16,5 | - | - | - | - | 16,3 | - | - | - | - | 14,3 | - | - | - | - |
| Житомирська | 16,8 | 16,7 | 16,2 | 16,2 | 16,5 | 13,3 | 13,2 | 13,8 | 13,1 | 14,0 | 21,8 | 21,7 | 19,5 | 20,6 | 20,2 |
| Закарпатська | 11,8 | 12,3 | 12,2 | 12,0 | 12,2 | 11,4 | 11,9 | 12,2 | 12,1 | 12,2 | 12,0 | 12,6 | 12,3 | 11,9 | 12,2 |
| Запорізька | 15,7 | 15,9 | 16,1 | 16,0 | 16,3 | 14,7 | 14,9 | 15,3 | 15,2 | 15,6 | 19,1 | 19,5 | 18,6 | 18,9 | 18,5 |
| Івано-Франківська | 12,8 | 12,8 | 12,5 | 12,6 | 12,7 | 10,1 | 10,1 | 10,5 | 10,1 | 10,5 | 14,8 | 14,8 | 14,0 | 14,5 | 14,4 |
| Київська | 16,4 | 16,4 | 16,3 | 16,0 | 16,3 | 12,8 | 12,8 | 13,2 | 12,8 | 13,6 | 22,2 | 22,4 | 21,3 | 21,1 | 20,7 |
| Кіровоградська | 17,0 | 16,6 | 16,8 | 16,4 | 16,3 | 15,4 | 15,0 | 15,4 | 15,6 | 15,4 | 19,7 | 19,2 | 19,2 | 17,6 | 17,8 |
| Луганська | 10,2 | - | - | - | - | 9,6 | - | - | - | - | 14,4 | - | - | - | - |
| Львівська | 12,8 | 13,0 | 12,7 | 12,8 | 13,0 | 11,1 | 11,2 | 11,4 | 10,9 | 11,5 | 15,4 | 15,6 | 14,8 | 15,4 | 15,3 |
| Миколаївська | 15,2 | 15,4 | 15,1 | 14,8 | 15,1 | 14,2 | 14,3 | 14,8 | 14,2 | 14,5 | 17,4 | 17,6 | 15,8 | 16,1 | 16,4 |
| Одеська | 14,3 | 14,4 | 14,1 | 14,1 | 14,1 | 13,1 | 13,3 | 13,6 | 13,0 | 13,4 | 16,5 | 16,7 | 15,0 | 15,9 | 15,5 |
| Полтавська | 17,1 | 17,0 | 17,1 | 16,6 | 16,8 | 14,6 | 14,5 | 14,8 | 14,4 | 14,8 | 21,0 | 20,9 | 20,8 | 19,8 | 20,2 |
| Рівненська | 12,7 | 12,7 | 12,5 | 12,6 | 12,5 | 9,9 | 9,9 | 10,2 | 10,0 | 10,3 | 15,2 | 15,2 | 14,5 | 15,0 | 14,6 |
| Сумська | 17,2 | 17,0 | 16,9 | 16,0 | 16,4 | 14,7 | 14,4 | 14,7 | 14,4 | 14,2 | 22,8 | 22,6 | 21,5 | 19,6 | 21,4 |
| Тернопільська | 14,2 | 14,3 | 14,1 | 14,1 | 14,3 | 10,4 | 10,4 | 10,3 | 10,3 | 10,6 | 17,2 | 17,4 | 17,1 | 17,0 | 17,4 |
| Харківська | 15,3 | 15,6 | 15,6 | 15,2 | 15,9 | 14,4 | 14,7 | 15,1 | 14,6 | 15,2 | 19,1 | 19,5 | 17,7 | 17,5 | 18,7 |
| Херсонська | 15,1 | 15,6 | 15,5 | 15,1 | 15,5 | 15,1 | 15,6 | 16,0 | 15,4 | 15,8 | 15,1 | 15,6 | 14,8 | 14,6 | 15,1 |
| Хмельницька | 15,6 | 15,8 | 15,5 | 15,3 | 15,5 | 11,1 | 11,1 | 11,4 | 11,1 | 11,2 | 21,5 | 21,7 | 20,8 | 20,8 | 21,2 |
| Черкаська | 16,6 | 16,2 | 16,4 | 16,4 | 16,6 | 13,3 | 13,0 | 13,3 | 13,2 | 13,9 | 20,8 | 20,3 | 20,5 | 20,6 | 20,2 |
| Чернівецька | 12,8 | 12,9 | 12,7 | 12,4 | 12,4 | 10,7 | 10,7 | 11,1 | 10,5 | 10,4 | 14,4 | 14,5 | 13,8 | 13,8 | 14,0 |
| Чернігівська | 19,2 | 19,0 | 18,5 | 18,5 | 19,1 | 14,3 | 14,2 | 14,4 | 14,0 | 15,0 | 27,8 | 27,7 | 26,0 | 26,5 | 26,7 |
| м. Київ | 10,4 | 10,5 | 10,5 | 10,7 | 11,0 | 10,4 | 10,5 | 10,5 | 10,5 | 11,0 | - | - | - | - | - |
| Україна | 14,7 | 14,9 | 14,7 | 14,5 | 14,8 | 13,2 | 12,4 | 12,2 | 13,1 | 13,4 | 18,1 | 17,1 | 17,1 | 17,2 | 17,5 |

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

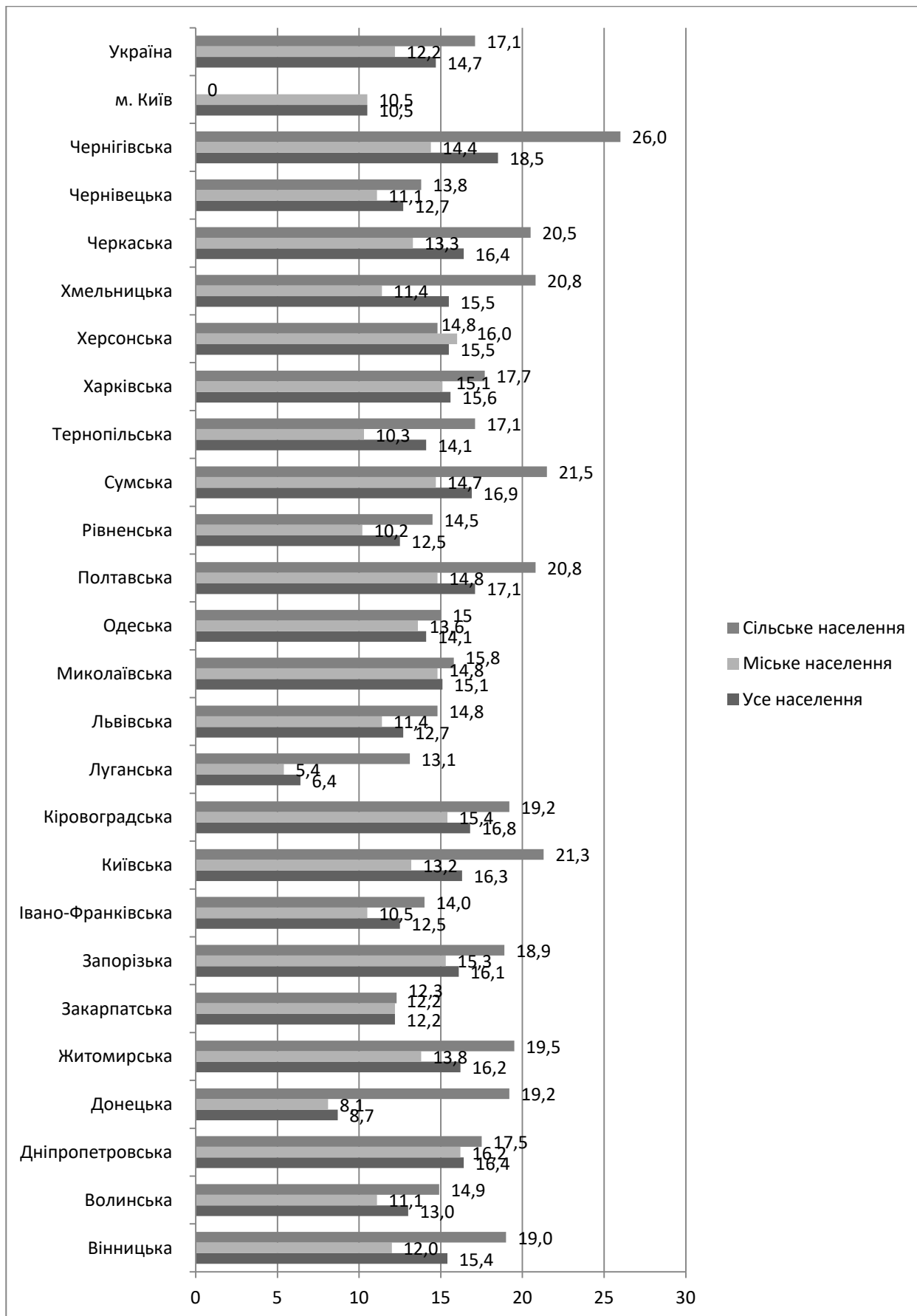


Рис. 3.3. Показники загального коефіцієнту смертності (%) у 2017 р. в регіональному аспекті*

*Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та частини зони бойових дій на території Донецької і Луганської областей

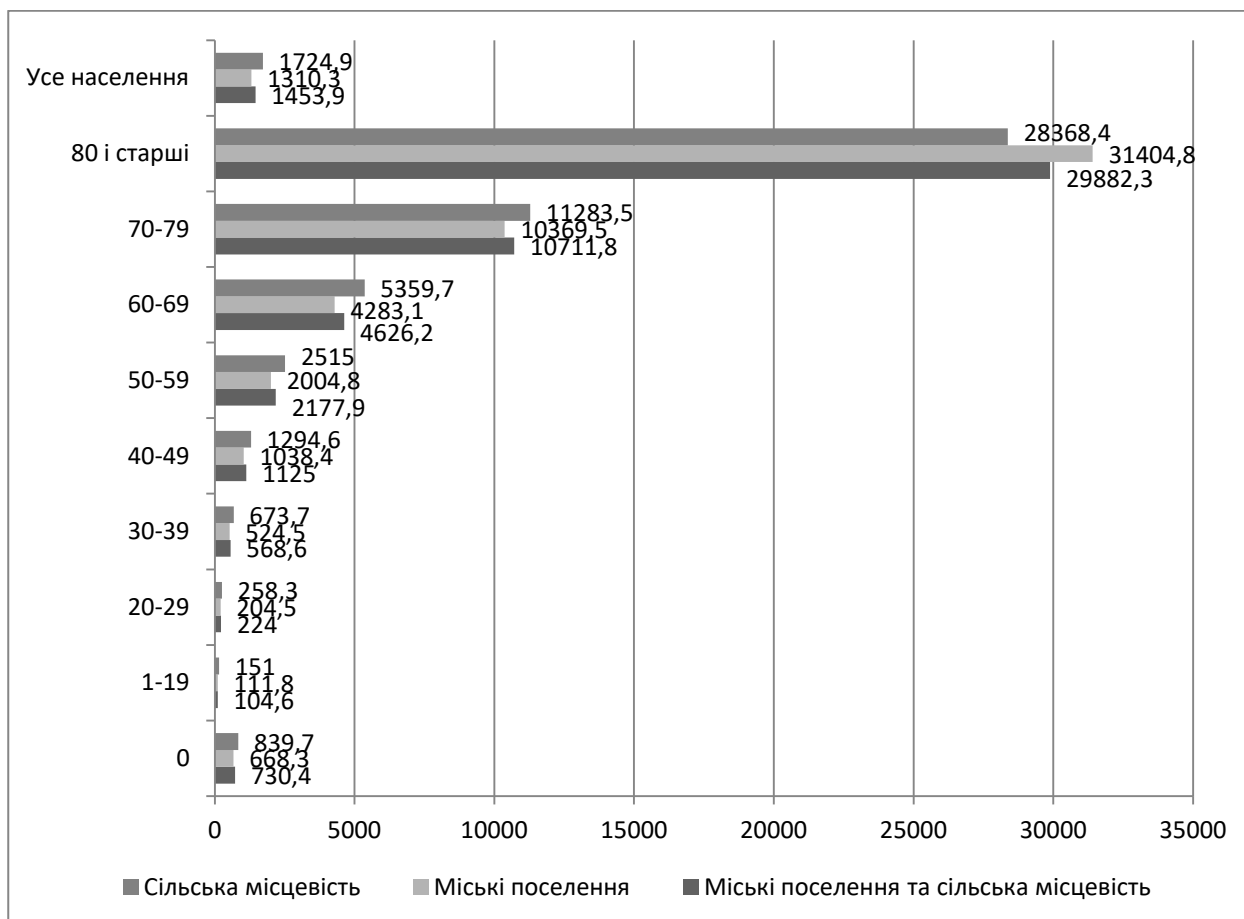


Рис. 3.4. Коефіцієнт смертності за віковими групами та типом поселень в Україні у 2017 році (на 100 тис. населення)*.

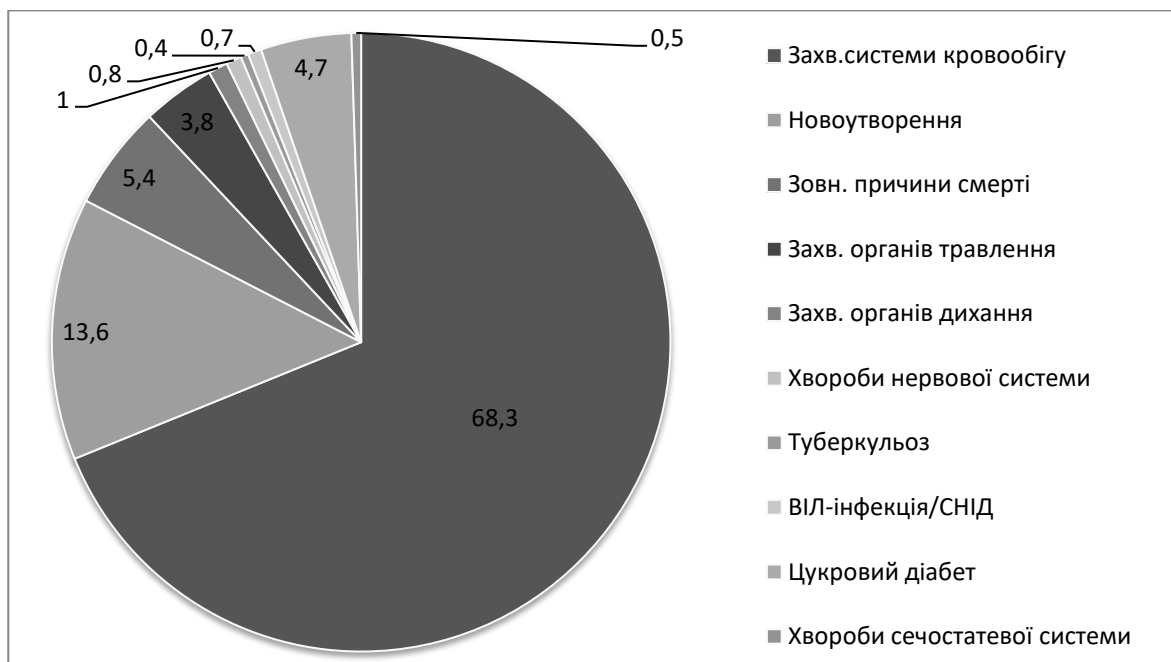


Рис. 3.5. Частка найбільш поширених захворювань у загальній структурі смертності (%) у 2017 році в Україні*.

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

Впродовж досліджуваного періоду (2013–2017 рр.) найбільший рівень зменшення смертності спостерігався за наступними нозологіями і класами хвороб: туберкульоз -41,84 % на 100 тис. населення; хвороби органів дихання -30,20 % та ВІЛ-інфекція/СНІД -13,64 % (Табл. 3.9).

Разом з цим, одним з найбільш вагомих чинників, які визначають глобальне зростання потреби у ПХД і СППД, є те, що впродовж останнього пів століття у більшості розвинених країн світу, у т. ч. і в Україні, відбуваються глибокі демографічні та соціальні зміни, які, за даними ООН, ВООЗ та МОЗ України, характеризуються постарінням населення і накопиченням у популяціях осіб похилого та старечого віку (у середньому – від 20 % і більше) [62, 503, 520]. Постаріння населення в Україні є однією з основних причин, що зумовлюють зростання потреби у ПХД. За часткою осіб у віці понад 65 років у загальній структурі населення (16,8 %) Україна посідає 11-те місце і належить до групи «найстаріших» країн світу. Кількість населення пенсійного віку (60 років і старші) у 2017 р. становило 9,680 млн. осіб, або 22,9 % населення України (Табл. 3.4, 3.5), і за прогнозами експертів, до середини 21-го століття цей показник збільшиться майже удвічі (до 38,1 %), а частка людей у віці 80 років і старше – у 3,5 рази [88, 93, 195, 250, 287, 339, 343 та інші].

Аналіз статистичних даних [123, 243] свідчить, що станом на 01.01.2018 р. в Україні більше 6,967 млн. осіб (або 16,5 %) мали вік 65 років і старші, з яких 1,337 млн. осіб (3,2 %) мали вік 70–74 роки, 1,588 млн. осіб (3,8 %) – 75–79 років і 1,678 млн. осіб (4,0 %) – 80 років і старші. Якщо у 2000 р. у загальній структурі населення частка людей старше працездатного віку становила 20,7 %, то у 2017 році цей показник збільшився до 22,9 %, а серед сільського населення – до 23,3 %. (Табл. 3.4, 3.5. Рис. 3.7). З 2014 по 2018 рр., незважаючи на загальне скорочення чисельності населення, кількість осіб у віці 65 р. і старше збільшилася на 358,8 тис. і склала 7034,6 тис. осіб, а їх частка в загальній чисельності населення збільшилася до 16,8 % (+ 7,7 %), переважно за рахунок міського населення (+12,2 %). (Табл. 3.5).

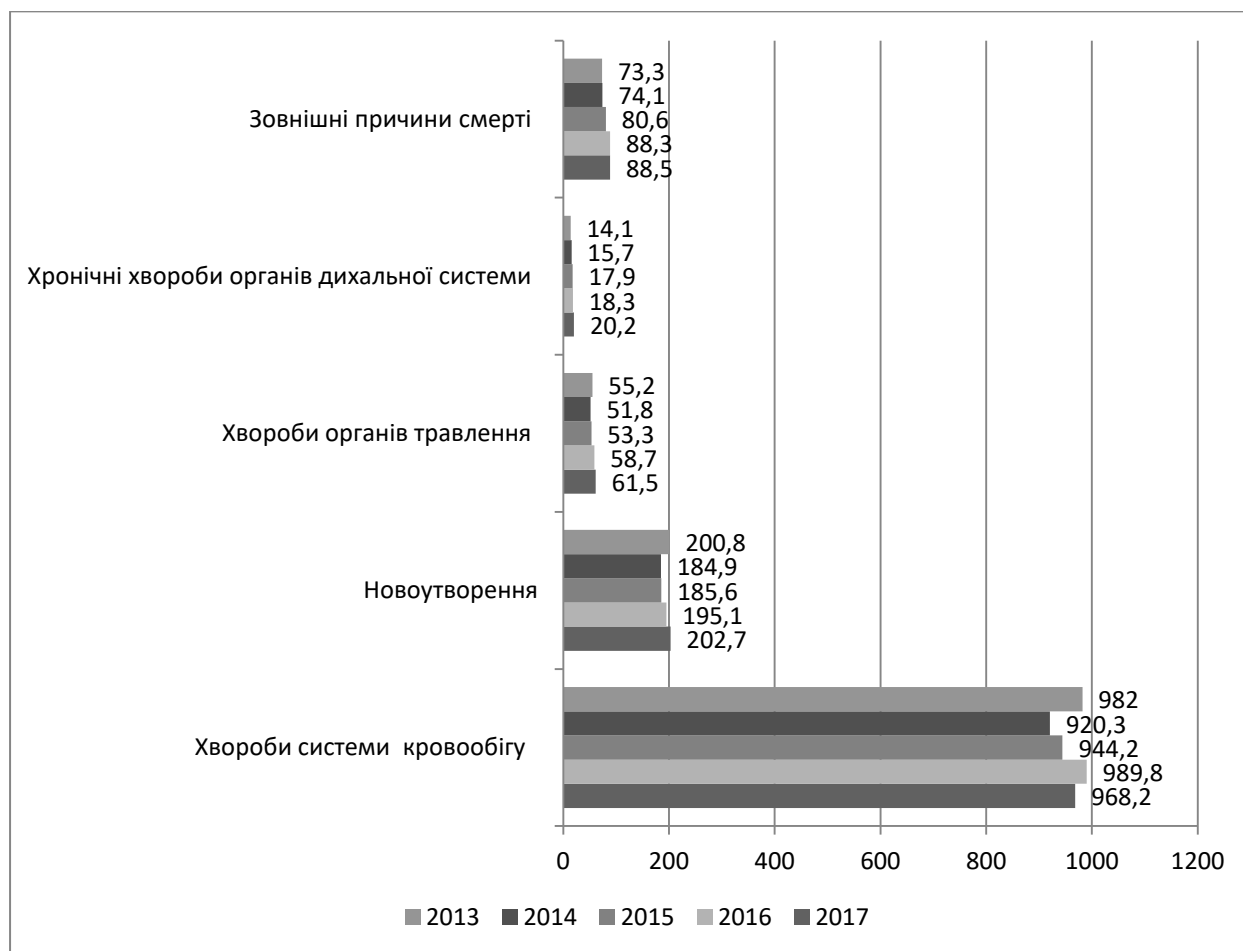


Рис. 3.6. Показники смертності населення від найбільш поширених хронічних захворювань та зовнішніх причин смерті (на 100 тис. населення) в Україні в динаміці (2013–2017 роки)*

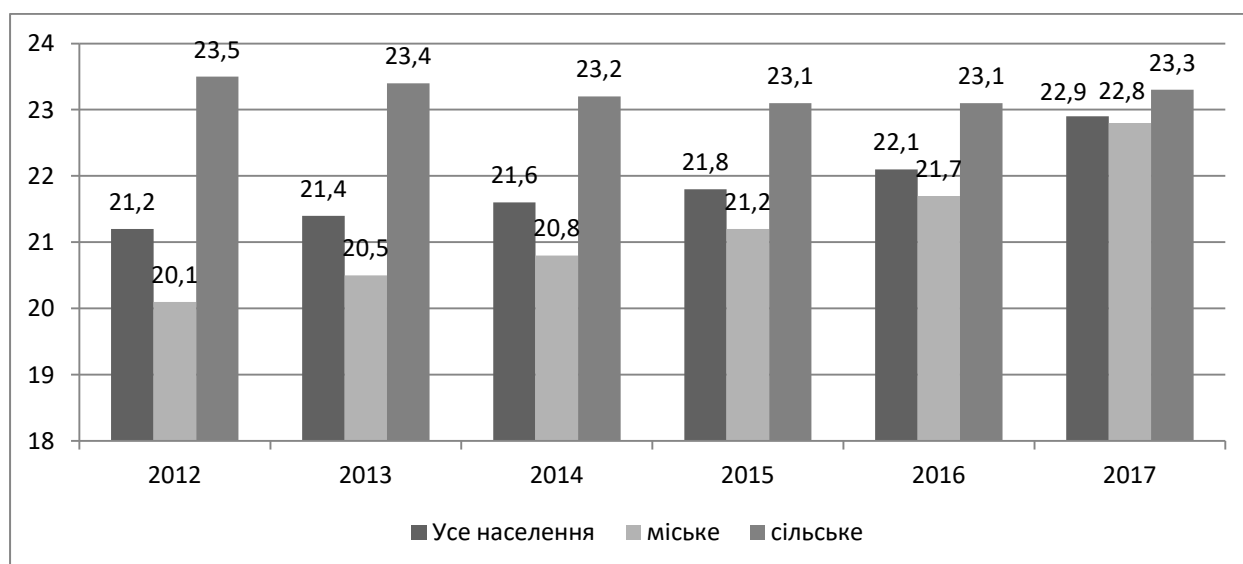


Рис. 3.7. Частка населення (%) старше працездатного віку (60 років і старші), у т. ч. серед міського і сільського населення у 2012–2017 роках*

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

За даними експертної оцінки фахівців ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», у якій дисертант брав участь, більше 20 % осіб старших за 70 років потребують щоденної соціально-побутової допомоги, і понад 20 % осіб старших за 80 років потребують спеціалізованої психіатричної та паліативної допомоги через когнітивні розлади: старечу деменцію, хворобу Альцгеймера та хворобу Паркінсона. Сьогодні в Україні проживають близько 3 млн. самотніх людей похилого віку, тобто, кожен 5-й пенсіонер. Потреби літніх людей у медичній допомозі, в цілому, задовольняються на 45 %, у реабілітації та ПХД – на 25% і 15% відповідно. Потреба населення у довготривалій паліативній допомозі та СППД, внаслідок інфарктів, інсультів, хвороби Паркінсона, деменції, хвороби Альцгеймера тощо, залежно від віку ПП: 2,7 % – у осіб до 60 років, 11,8 % – у осіб до 60–75 років і 24,3 % – у осіб старше 75 років. Частка населення в Україні, яке має когнітивні розлади і потребує довготривалої паліативної допомоги та СППД, залежно від віку, складає в осіб 60–69 років 8,5 %, а у віці старше 80 років – вже 24,6 % [19, 62, 279, 280, 339 та інші].

Результати аналізу регіональних особливостей засвідчили, що найбільша кількість населення у віці 60 років і старші у 2017 р. проживали у Донецькій (1141,3 тис. осіб), Дніпропетровській (752,4 тис. осіб) та м. Києві (601,2 тис. осіб), а найбільша частка населення зазначених вікових груп – у Луганській (27,8 %), у Донецькій (27,2 %) та у Чернігівській (26,5 %) областях (Табл. 3.4). Такі регіональні особливості слід враховувати при плануванні служби ПХД.

Також нагальну потребу населення України у ПХД і СППД зумовлює значний рівень захворюваності та смертності від ЗН – сьогодні Україна посідає 2-ге місце в Європі за темпами зростання захворюваності на ЗН. (Табл. 3.6, 3.8). З 2000 р. по 2017 р. показники поширеності онкопатології збільшилися на 38,13 % (з 3028,6 до 4183,4 на 100 тис. нас.). Якщо в 1990 р. в Україні на диспансерному обліку в ЗОЗ онкологічного профілю перебували 670 тис. осіб, то у 2018 р. їх чисельність збільшилася на 55,67 % і перевищила 1,043 млн. осіб (або 2 470,3 на 100 тис. нас.). У 2018 р. було зареєстровано 135,6 тис. нових випадків ЗН, з яких особи працездатного віку становили 49 %.

**Кількість і питома вага населення старше працездатного віку в
регіональному аспекті у 2017 році***

| Назва регіону/ області | Кількість населення, осіб | | Питома вага у загальній чисельності населення, % | |
|---------------------------|------------------------------|----------------------|---|----------------|
| | 60 років і старші | 65 років і старші | 60 р. і старші | 65 р. і старші |
| Луганська | 600 709 | 438 635 | 27,8 | 20,3 |
| Донецька | 1 141 257 | 839 033 | 27,2 | 20,1 |
| Чернігівська | 268 109 | 196 486 | 26,5 | 19,4 |
| Черкаська | 304 359 | 225 254 | 25,0 | 18,5 |
| Кіровоградська | 231 201 | 170 456 | 24,3 | 18,0 |
| Сумська | 272 040 | 194 627 | 24,9 | 17,8 |
| Полтавська | 338 279 | 248 252 | 24,0 | 17,7 |
| Вінницька | 370 357 | 274 351 | 23,6 | 17,5 |
| Запорізька | 418 324 | 297 808 | 24,3 | 17,3 |
| Хмельницька | 297 142 | 215 027 | 23,4 | 16,9 |
| Дніпропетровська | 752 373 | 540 548 | 23,3 | 16,7 |
| Харківська | 624 627 | 446 278 | 23,3 | 16,7 |
| Житомирська | 276 631 | 201 226 | 22,4 | 16,3 |
| Миколаївська | 259 331 | 183 611 | 22,8 | 16,1 |
| Київська | 375 770 | 268 093 | 21,5 | 15,3 |
| Херсонська | 234 134 | 163 832 | 22,4 | 15,7 |
| Тернопільська | 225 025 | 162 570 | 21,5 | 15,5 |
| Одеська | 509 319 | 365 241 | 21,5 | 15,4 |
| м. Київ | 601 180 | 421 941 | 20,8 | 14,6 |
| Львівська | 516 186 | 367 536 | 20,6 | 14,6 |
| Івано-Франківська | 272 190 | 193 880 | 19,8 | 14,1 |
| Чернівецька | 178 520 | 127 841 | 19,8 | 14,1 |
| Волинська | 191 270 | 134 400 | 18,5 | 13,0 |
| Рівненська | 206 074 | 143 342 | 17,8 | 12,4 |
| Закарпатська | 215 338 | 147 002 | 17,2 | 11,7 |
| Україна | 9 679 745 | 6 967 270 | 22,9 | 16,5 |

Таблиця 3.5.

Динаміка чисельності населення у віці 65 років і старше (2014-2018 роки)*

| Показники | 2014 | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | Динаміка | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|
| | | | | | | АП** | ТПр***% |
| Чисельність населення, Україна (тис. осіб) | 45.425,7 | 42.928,9 | 42.760,9 | 42.584,8 | 42.152,6 | - 776,1 | - 1,8 |
| Чисельність нас. у віці 65 р. і старше (тис. осіб) | 6.675,8 | 6.768,9 | 6.867,5 | 6.967,3 | 7.034,6 | +358,8 | + 5,5 |

| | | | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
| Частка в загальній чисельності нас., % | 15,6 | 15,9 | 16,2 | 16,5 | 16,8 | 1,2 | |
| у тому числі: | | | | | | | |
| Чоловіки (тис. осіб) | 2.218,5 | 2.257,4 | 2.298,3 | 2.337,3 | 2.363,0 | +144,5 | + 6,5 |
| Жінки (тис. осіб) | 4.457,3 | 4.511,5 | 4.569,3 | 4.630,0 | 4.671,5 | +214,2 | + 4,8 |
| Міські поселення (тис. осіб) | 4.338,2 | 4.456,9 | 4.576,3 | 4.693,7 | 4.786,9 | +448,7 | + 10,3 |
| Частка в загальній чисельності нас., % | 14,7 | 15,2 | 15,6 | 16,1 | 16,5 | +1,8 | |
| Сільська місцев. (тис.осіб) | 2.337,6 | 2.312,0 | 2.291,2 | 2.273,6 | 2.247,6 | - 90,0 | - 3,9 |
| Частка в загальній чисельності нас., % | 17,5 | 17,5 | 17,4 | 17,4 | 17,3 | - 0,2 | |

АП - абсолютний приріст; *ТПр - темпи приросту

Таблиця 3.6.

Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення з уперше в житті встановленим діагнозом в регіональному аспекті (2014–2018 рр.)

| Регіон | 2014 | | 2015* | | 2016* | | 2017* | | 2018* | |
|-------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|
| | тис. осіб | на 100 тис. нас. | тис. осіб | на 100 тис. нас. | тис. осіб | на 100 тис. нас. | тис. осіб | на 100 тис. нас. | тис. осіб | на 100 тис. нас. |
| Україна | 134,5 | 314,0 | 134,1 | 313,6 | 134,3 | 315,4 | 135,5 | 319,3 | 135,6 | 321,1 |
| Кіровоградська | 4,40 | 449,6 | 4,52 | 463,5 | 4,53 | 468,4 | 4,59 | 478,2 | 4,51 | 474,9 |
| Сумська | 4,71 | 418,3 | 4,74 | 422,4 | 4,66 | 419,1 | 4,70 | 426,6 | 4,62 | 422,7 |
| Черкаська | 4,83 | 384,3 | 4,86 | 389,1 | 4,88 | 393,7 | 4,86 | 396,0 | 4,89 | 402,0 |
| Херсонська | 4,03 | 377,0 | 3,99 | 374,1 | 4,26 | 401,5 | 4,36 | 414,0 | 4,18 | 400,2 |
| Чернігівська | 4,01 | 380,6 | 3,87 | 369,2 | 3,90 | 376,5 | 4,06 | 395,8 | 4,02 | 397,4 |
| Миколаївська | 4,46 | 382,5 | 4,42 | 379,7 | 4,47 | 385,9 | 4,60 | 400,2 | 4,48 | 392,5 |
| м.Київ | 10,71 | 377,5 | 10,76 | 378,1 | 10,69 | 373,1 | 10,87 | 376,8 | 11,26 | 389,2 |
| Запорізька | 6,67 | 376,8 | 6,61 | 374,6 | 6,70 | 382,5 | 6,59 | 379,1 | 6,66 | 386,7 |
| Хмельницька | 4,62 | 354,9 | 4,83 | 371,7 | 4,86 | 376,6 | 4,81 | 375,2 | 4,87 | 383,2 |
| Дніпропетровська | 11,95 | 364,2 | 12,23 | 373,5 | 12,23 | 376,2 | 12,47 | 386,4 | 12,25 | 379,4 |
| Полтавська | 5,27 | 364,6 | 5,35 | 371,5 | 5,23 | 365,2 | 5,35 | 376,9 | 5,28 | 375,8 |
| Вінницька | 5,96 | 370,6 | 5,84 | 364,3 | 5,78 | 362,2 | 5,89 | 371,7 | 5,78 | 368,7 |
| Харківська | 9,68 | 355,9 | 9,23 | 339,9 | 9,43 | 348,8 | 10,04 | 373,9 | 9,76 | 364,3 |
| Київська | 6,07 | 352,7 | 6,21 | 360,1 | 6,28 | 363,5 | 6,27 | 362,6 | 6,33 | 362,2 |
| Львівська | 8,44 | 334,9 | 8,55 | 339,4 | 8,62 | 342,6 | 8,66 | 344,1 | 8,80 | 350,4 |
| Житомирська | 4,14 | 328,6 | 4,08 | 324,9 | 3,91 | 312,9 | 4,00 | 322,2 | 4,03 | 327,1 |
| Тернопільська | 3,26 | 305,4 | 3,32 | 311,0 | 3,46 | 325,3 | 3,41 | 322,5 | 3,41 | 325,2 |
| Луганська | 1,50 | - | 1,82 | 253,0 | 2,23 | 313,7 | 2,21 | 314,1 | 2,18 | 315,0 |
| Одеська | 8,76 | 367,0 | 8,35 | 350,0 | 6,99 | 293,8 | 7,03 | 296,0 | 7,08 | 298,4 |
| Івано-Франківська | 3,85 | 279,3 | 3,84 | 278,5 | 3,91 | 283,0 | 3,95 | 286,5 | 4,09 | 297,3 |
| Донецька | 5,65 | - | 5,56 | 282,6 | 6,02 | 306,3 | 5,52 | 283,7 | 5,70 | 295,7 |
| Волинська | 2,84 | 273,6 | 2,86 | 274,9 | 2,84 | 273,3 | 2,93 | 281,8 | 2,96 | 285,6 |
| Рівненська | 3,13 | 269,7 | 2,92 | 251,4 | 3,08 | 265,5 | 2,97 | 255,7 | 3,01 | 259,1 |
| Закарпатська | 3,16 | 251,5 | 2,95 | 234,7 | 3,11 | 247,8 | 3,12 | 248,6 | 3,23 | 257,1 |
| Чернівецька | 2,42 | 267,4 | 2,42 | 266,7 | 2,28 | 251,0 | 2,21 | 243,9 | 2,19 | 242,2 |

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

У регіональному аспекті найбільш несприятлива ситуація у 2018 р. із захворюваністю на ЗН спостерігалася у Кіровоградській обл. (474,9 на 100 тис. населення), у Сумській обл. (422,7) і Черкаській обл. (402,0). Різниця між найбільшим показником у Кіровоградській обл. і найменшим – у Чернівецькій обл. становить 1,96 рази. (Табл. 3.6).

Онкоепідемічна ситуація в регіонах України характеризується не тільки високим рівнем захворюваності на ЗН, але й значною кількістю хворих, які виявляються у занедбаних випадках. У 2018 р. серед хворих на ЗН у 34,5 % випадків була діагностована III–IV стадія захворювання. (Табл. 3.7). Серед регіонів, де виявляються ЗН у занедбаних випадках, найгірша ситуація у 2018 р. спостерігалася в Закарпатській (43,4 %), Чернівецькій (43,0 %) та Івано-Франківській обл. (42,1 %). Різниця між найбільшим показником у Закарпатській обл. і найменшим – у м. Києві становить 1,84 рази. (Табл. 3.7). За даними Національного Канцер-реєстру, в Україні серед вперше захворілих на ЗН біля 58–60 % жінок виявляються у занедбаних стадіях раку яєчників, понад 20 % – раку молочної залози, 20–21 % – раку шийки матки та близько 12 % – раку тіла матки [263]. Якщо порівняти ці показники з країнами ЄС та США, то частка занедбаних стадій там не перевищує 5–7 %.

Впродовж 2013–2017 рр., в середньому, 82,6 тис. осіб щороку помирали від ЗН (Табл. 3.9). У 2017 р. померло 78,3 тис. осіб, або 200,8 на 100 тис. населення. Смертність від ЗН в Україні у 2 рази вища, ніж у країнах ЄС, а кожен другий онкохворий помирає впродовж одного року після діагностування ЗН, що в 10 разів перевищує аналогічний показник у розвинених країнах. Стандартизовані показники смертності від ЗН населення працездатного віку в Україні на 35,6 % перевищують такі показники в країнах ЄС і на 27,3 % – середні показники в Європейському регіоні ВООЗ, в цілому. Найвищий рівень смертності від ЗН спостерігається у Запорізькій, Кіровоградській і Сумській областях.

Також значним соціально-економічним тягарем для суспільства, що значно актуалізує проблему створення та розвитку системи ПХД, є поширення і зростання захворюваності та смертності через важкі інкурабельні ХНІЗ.

Питома вага занедбаних випадків злоякісних новоутворень (III–IV стадія) серед хворих з вперше встановленим діагнозом (%) у регіональному аспекті

| Регіон | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | III | IV | III | IV | III | IV |
| Україна | 17,3 | 16,3 | 17,4 | 16,6 | 17,4 | 17,1 |
| Закарпатська | 21,4 | 21,7 | 21,5 | 21,5 | 20,4 | 23,0 |
| Чернівецька | 21,3 | 21,3 | 22,1 | 24,6 | 18,8 | 24,2 |
| Івано-Франківська | 19,3 | 20,9 | 19,9 | 20,9 | 20,5 | 21,6 |
| Чернігівська | 16,8 | 21,9 | 17,6 | 21,2 | 19,3 | 21,3 |
| Полтавська | 18,0 | 21,1 | 18,0 | 22,3 | 17,4 | 22,6 |
| Луганська | 15,4 | 19,2 | 16,5 | 20,9 | 19,0 | 22,4 |
| Донецька | 22,8 | 17,3 | 23,7 | 16,9 | 23,9 | 17,2 |
| Житомирська | 16,2 | 20,0 | 18,1 | 21,3 | 17,2 | 21,9 |
| Тернопільська | 18,6 | 20,2 | 18,8 | 19,9 | 21,1 | 19,2 |
| Херсонська | 15,8 | 22,2 | 15,6 | 22,6 | 16,0 | 22,8 |
| Київська | 18,1 | 17,9 | 17,9 | 19,7 | 18,4 | 19,6 |
| Одеська | 17,1 | 23,0 | 15,1 | 21,9 | 14,9 | 22,3 |
| Черкаська | 17,0 | 20,3 | 17,3 | 21,1 | 15,9 | 20,0 |
| Миколаївська | 19,8 | 15,4 | 20,0 | 14,9 | 20,1 | 15,8 |
| Волинська | 14,2 | 18,0 | 13,9 | 19,6 | 14,6 | 19,1 |
| Дніпропетровська | 16,9 | 15,0 | 18,0 | 16,4 | 18,5 | 15,8 |
| Вінницька | 15,5 | 13,9 | 15,4 | 13,3 | 15,7 | 17,1 |
| Запорізька | 16,8 | 17,5 | 16,7 | 17,5 | 16,0 | 17,9 |
| Львівська | 19,1 | 15,0 | 18,9 | 15,1 | 18,3 | 15,4 |
| Кіровоградська | 16,7 | 17,3 | 17,3 | 17,4 | 15,6 | 15,6 |
| Рівненська | 15,5 | 13,4 | 16,4 | 14,0 | 16,7 | 14,1 |
| Харківська | 17,5 | 12,1 | 16,0 | 11,2 | 14,1 | 12,4 |
| Сумська | 11,6 | 10,3 | 12,4 | 10,4 | 11,7 | 10,5 |
| Хмельницька | 21,3 | 9,4 | 22,6 | 9,9 | 22,9 | 10,1 |
| м.Київ | 13,9 | 6,9 | 12,8 | 7,3 | 14,4 | 9,2 |

Таблиця 3.8.

Основні показники захворюваності та поширеності злоякісних новоутворень в Україні в 2013–2017 рр.*

| Показники | 2013 | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | ТІр** % |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Діагностовано нових випадків ЗН (тис. осіб) | 136,2 | 134,5 | 135,3 | 134,3 | 135,5 | - 0,5 |
| Захворюваність на ЗН (на 100 тис. нас.) | 313,2 | 313,5 | 314,2 | 315,4 | 320,1 | + 2,2 |
| Поширеність ЗН (на 100 тис. нас.) | 4312,3 | 4113,3 | 4118,5 | 4121,1 | 4183,4 | - 3,0 |

| | | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|-----------------|
| Перебувають на обліку в ЗОЗ онкологіч. профілю (тис. осіб/на 100 тис. нас.) | 940,1/ 2209,4 | 954,1/ 2231,4 | 961,8/ 2258,3 | 985,4/ 2323,4 | 1 010,9/ 2394,7 | + 7,5/ + 8,4 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|-----------------|

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

Зазначене вимагає тривалого дороговартісного лікування, догляду і реабілітації/абілітації хворих, а також спричиняє значні макроекономічні збитки внаслідок інвалідизації та дочасної смертності тощо [60, 61, 242, 400, 412–414, 423 та інші].

Труднощі визначення статусу ПП і призначення ПХД пацієнтам неонкологічного профілю в Україні зумовлені тим, що сьогодні не існує чітких критеріїв та показань для переходу від етіо-патогенетичного лікування, спрямованого на одужання пацієнта з ХНІЗ, до ПХД. Зокрема, в Україні відсутні клінічні протоколи або рекомендації, які затверджені наказами МОЗ України, щодо переводу хворих на ХНІЗ у категорію ПП. Наприклад, діагностичними критеріями у кардіології, які визначають показання до ПХД, є високий функціональний клас хронічної серцевої недостатності за умови оптимальної фармакотерапії, відповідно до сучасних рекомендацій і клінічних протоколів, та безперспективність хірургічного лікування і device-терапії [4, 262 та інші].

Хоча кількість померлих від хвороб системи кровообігу в Україні впродовж 2013–2017 років зменшилася на 55,6 тис. осіб (–12,62 %) і у 2017 р. становила 384,8 тис. осіб, але на 100 тис. нас. цей показник збільшився на 1,43 % (до 982,0) і у структурі смертності населення склав 68,3 % та посів 1-ше місце (Табл. 3.9). В Україні у 2017 р. від хронічних захворювань органів травлення померло 22,0 тис. осіб, або 55,2 на 100 тис. нас., а від хронічних захворювань органів дихання – 6,0 тис. осіб, або 14,1 на 100 тис. нас. (Табл. 3.9).

Поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні також визначає збільшення потреби у ПХД і СППД. За оцінкою експертів та науковців [237, 242, 246 та інші], починаючи з 2014 р., епідемічна ситуація щодо поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в нашій країні стрімко погіршується. Впродовж 1987–2017 рр. в Україні офіційно зареєстровано 315 618 випадків ВІЛ-інфекції, у т. ч. 102 205 випадків захворювання на СНІД та 45 074 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. На

початок 2018 р. в Україні проживало 241 тис. ЛЖВ. Більшість ВІЛ-інфікованих осіб – це молоді люди у віці від 15 до 30 років, що свідчить про несприятливу динаміку епідемії. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції у віковій групі 15-49 років становив 0,98%, а за темпами поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу Україна посідає одне з перших місць в Європі і світі. У структурі шляхів передачі ВІЛ переважає статевий шлях інфікування (63,6%). Майже половина ВІЛ-інфікованих осіб не знають свій ВІЛ-статус. У 2017 р. від СНІДу померли 3 364 особи, показник смертності склав 7,9 на 100 тис. нас.. (Табл. 3.9, 3.10).

Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції реєструвались у південних регіонах України: в Одеській (901,4 на 100 тис. нас.), Дніпропетровській (856,8) та Миколаївській (780,5) областях. Найбільші темпи приросту захворюваності на СНІД зареєстровано в Донецькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, областях. Найвищі показники смертності від СНІДу у 2017 р. зареєстровані у Дніпропетровській (31,0 на 100 тис. нас.), Одеській (14,0) та Миколаївській (11,4) областях. Зазначене зумовлює нагальну необхідність вирішення проблеми організації надання ПХД і СППД цій категорії хворих.

Основною причиною смерті хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні, залишається туберкульоз (ТБ). Саме ТБ став основною причиною кожної другої смерті від СНІДу у 2017 р.. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію/ТБ також залишається потужним фактором у розвитку епідемії ТБ в Україні. У 2017 р. було зареєстровано 5646 випадків захворювання на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (нові випадки та рецидиви): найвищий рівень захворюваності виявлено в Одеській обл. (53,5 на 100 тис. нас.), найнижчий – у Закарпатській обл. (2,4). (Табл. 3.9, 3.11).

Слід зазначити, що ТБ залишається в Україні найбільшою причиною смерті серед хворих на інфекційні та паразитарні хвороби. Проблема ТБ давно набула статусу загальнодержавної, враховуючи те, що ТБ є соціально небезпечною хворобою. Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, хоча поступово знижується, але у 2017 р. становила 27,1 тис. випадків (63,9 на 100 тис. нас.); від ТБ померли близько 2,2 тис. осіб (8,2 на 100 тис. нас.); на обліку в ЗОЗ фтизіатричного профілю перебувало 32 492 хворих на всі форми активного ТБ; показник поширеності ТБ склав 63,9 на 100 тис. нас.. (Табл. 3.9, 3.11).

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

| Показник | 2013 | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | Динаміка | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|----------|------------|
| | | | | | | АП** | ТПр*** у % |
| 1. Хвороби системи кровообігу (МКХ10: I00-I99) | | | | | | | |
| К-сть 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. Злоякісні новоутворення (МКХ10: C00-C97) | | | | | | | |
| К-сть 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: K00-K93) | | | | | | | |
| К-сть 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. Хвороби органів дихання (МКХ10: J40-J47) | | | | | | | |
| К-сть 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) | | | | | | | |
| К-сть померлих (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: A15-A16) | | | | | | | |
| К-сть померлих (тис. осіб) | 4,0 | 3,5 | 2,8 | 2,4 | 3,5 | -0,5 | -12,50 % |
| 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: B20-B24) | | | | | | | |
| К-сть 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: E10-E14) | | | | | | | |
| К-сть 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 | | |
| 9. Хвороби сечостатевої системи (МКХ10: N00-N99) | | | | | | | |
| К-сть померлих (тис. осіб) | 3,1 | 2,7 | 2,6 | 2,4 | 2,6 | -0,5 | -16,13 % |
| на 100 тис. нас. | 6,8 | 5,9 | 6,1 | 5,6 | 6,1 | -0,7 | -10,29 % |
| % | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | | |

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

АП - абсолютний приріст; *ТПр - темпи приросту

З 2015 р. Україна є однією з країн світу з найвищим тягарем МРТБ та РРТБ. Зареєстровано зростання кількості випадків МРТБ у 2,5 рази – з 3 482 осіб у 2009 р. до 6 757 осіб у 2017 р.. (Табл. 3.11). Найбільш високі показники захворюваності на МРТБ зареєстровано в Миколаївській (29,3 на 100 тис. насел.), Дніпропетровській (27,8) та Херсонській (25,7) областях [242, 243]. Високий рівень смертності серед хворих на ТБ, особливо у випадках МРТБ та РРТБ, також потребує створення спеціалізованих ЗОЗ ПХД фтизіатричного профілю, в яких повинні бути забезпечені відповідні заходи інфекційного контролю та створені адекватні умови для персоналу щодо догляду за епідемічно-небезпечними респіраторними хворими.

Аналіз даних офіційної статистики [242, 243], свідчить, що епідемічна ситуація в Україні щодо хронічних вірусних гепатитів В і С (ХВГВ і ХВГС) набуває загрозливого характеру. Сумарно за 5 років (з 2013 по 2017 рр.) було зареєстровано 8 223 випадки ХВГВ і 29 142 випадки ХВГС. У 2017 р. було зареєстровано 1 506 випадки ХВГВ (3,54 на 100 тис. нас.) і 5 714 випадки ХВГС (13,4 на 100 тис. нас.). Найбільш активно поширюється ХВГС (78,0 % у структурі хронічних ВГ). Більшість хворих на ХВГВ і ХВГС дізнаються про захворювання вже на пізніх стадіях, оскільки майже у 80 % пацієнтів спостерігається безжовтяничний перебіг із подальшою хронізацією процесу, що призводить до високого рівня смертності серед населення працездатного віку від тяжких ускладнень ХВГ, зокрема: цирозів, первинного раку печінки тощо. Від ХВГ у зазначений період, в середньому, щороку помирали 0,9 тис. осіб.

У 2017 р. було зареєстровано 46284 випадків цирозу печінки (ЦП). Середній показник захворюваності на ЦП у 2013–2017 рр. становив 48692 випадки. Найвищі показники захворюваності на ЦП були в Одеській і Миколаївській областях (майже у 2 рази вище, ніж, у середньому, по Україні). [242, 243]. Зазначене вище визначає потребу надання ПХД і СППД таким пацієнтам.

ПХД дітям суттєво відрізняється від такої в дорослих. Це пояснюється незначною часткою дітей у структурі загальної смертності, повною залежністю від оточення, сім'ї, іншими фізичними, когнітивними, психоемоційними і духовними потребами дитини тощо.

Основні показники захворюваності, поширеності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні* у 2013–2017 роках

| Показники | 2013 | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | ТПр |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------|
| Зареєстровано нових випадків ВІЛ-інфекції | 21,63 тис. | 19,31 тис. | 15,89 тис. | 17,07 тис. | 18,19 тис. | - 15,9 |
| Зареєстровано нових випадків СНІДу | 9,38 тис. | 9,84 тис. | 8,48 тис. | 8,87 тис. | 9,31 тис. | - 0,7 |
| Захворюваність на СНІД (на 100 тис. нас.) | 20,7 | 21,5 | 19,8 | 20,7 | 21,9 | + 5,8 |
| Померли від ВІЛ-інфекції/СНІДу, усього | 3,52 тис. | 3,43 тис. | 3,03 тис. | 3,26 тис. | 3,36 тис. | + 4,5 |
| Померли від ВІЛ-інфекції/СНІДу (на 100 тис. нас.) | 8,3 | 8,1 | 7,1 | 7,6 | 9,5 | + 14,5 |
| Зареєстровано ТБ/ВІЛ (нові випадки та рецидиви) | 5,48 тис. | 5,21 тис. | 5,57 тис. | 5,62 тис. | 5,65 тис. | + 3,1 |
| Захворюваність на ТБ/ВІЛ (на 100 тис. нас.) | 12,1 | 12,1 | 13,0 | 13,2 | 13,3 | + 9,9 |

Таблиця 3.11.

Основні показники захворюваності, поширеності та смертності від туберкульозу в Україні* у 2013–2017 роках

| Показники | 2013 | 2014* | 2015* | 2016* | 2017 * | ТПр % |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| Діагностовано нових випадків ТБ | 30,8 тис. | 25,5 тис. | 23,9 тис. | 23,3 тис. | 22,0 тис. | -5,9 |
| Захворюваність (на 100 тис. нас.) | 67,9 | 59,5 | 55,9 | 54,7 | 51,9 | -5,5 |
| Захворювання на туберкульоз (вперше зареєстровані хворі+ рецидиви) (осіб) | 35,5 тис. | 30,6 тис. | 30,1 тис. | 28,8 тис. | 27,1 тис. | -7,1 |
| Показник поширеності (на 100 тис. нас.) | 77,5 | 71,2 | 70,5 | 67,6 | 63,9 | - 6,7 |
| Кількість нових випадків МРТБ і РРТБ | 9,65 тис. | 8,43 тис. | 8,44 тис. | 7,79 тис. | 6,76 тис. | -22,4 |
| Померли від туберкульозу, усього | 6,39 тис. | 5,24 тис. | 4,60 тис. | 4,06 тис. | 3,74 тис. | -8,3 |
| Смертність від туберкульозу (на 100 тис. нас.) | 14,1 | 12,2 | 10,8 | 9,5 | 8,8 | -13,6 |

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

Зазначене вище зумовило, що ПХД дітям у світі почала розвиватися значно пізніше. Ще у 1998 р. ВООЗ визначила: «Паліативний догляд за дітьми включає в себе активну турботу щодо фізичних, психічних і духовних потреб дітей, починаючи з моменту встановлення діагнозу, а також підтримку сім'ї. Особи, що забезпечують догляд, повинні розпізнавати і зменшувати фізичні та психосоціальні страждання дитини. Ефективна ПД потребує МД підходу, який включає в себе членів сім'ї дитини і використовує наявні можливості підтримки на регіональному рівні» [48, 58, 514].

За даними офіційної статистики, у 2017 р. в Україні налічувалося 156 099 дітей з інвалідністю. За розрахунками міжнародної організації «Європейська Академія дитячої інвалідності», в Україні є більше 200 тис. дітей з інвалідністю віком до 18 років, з них до 80 тис. – з важкою інвалідністю. Серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, упродовж 2012–2016 рр. 1-ше місце посідали природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (30,0–31,1 %), 2-ге – хвороби нервової системи (17,9–16,6 %), 3-тє – розлади психіки та поведінки (13,9–14,4 %). Порівняно з 2013 р., у 2017 р. у 1,44 рази збільшилася частота дітей з інвалідністю з розладами психіки і поведінки та у 1,86 рази – з новоутвореннями. Частка смертності серед дітей сформувалися за рахунок померлих від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (46,55 %), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (23,58 %), новоутворень (6,64 %), травм, отруєнь та наслідків дії деяких інших зовнішніх чинників (5,70 %), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (4,48 %), хвороб органів дихання (3,03 %) (Рис. 3.8) [48, 242, 243].

Зазначене визначає потребу в розвитку служб паліативної допомоги і догляду за ПП-дітьми як важливої складової системи ПХД в Україні.

3.2. Визначення потреби населення у паліативній та хоспісній допомозі в Україні

У 2009 і 2010 роках ЕАРС оприлюднила надзвичайно важливий, на нашу думку, документ, який представляє її офіційну позицію – Рекомендації «Біла книга стандартів та норм з паліативної допомоги в Європі» [409, 411]. Якщо стандарти

відображають абсолютний мінімум, при недотриманні якого забезпечити якісну ПХД неможливо (мінімальні стандарти), то норми – це опис узгоджених цілей, досягнення яких потрібно прагнути (бажані норми). В основу стандартів ПХД покладено цінності, що стверджуються Радою Європи: права людини й права пацієнта, людська гідність, соціальна солідарність, демократія, гендерна рівність, свобода, участь пацієнта у прийнятті рішень і право вибору.

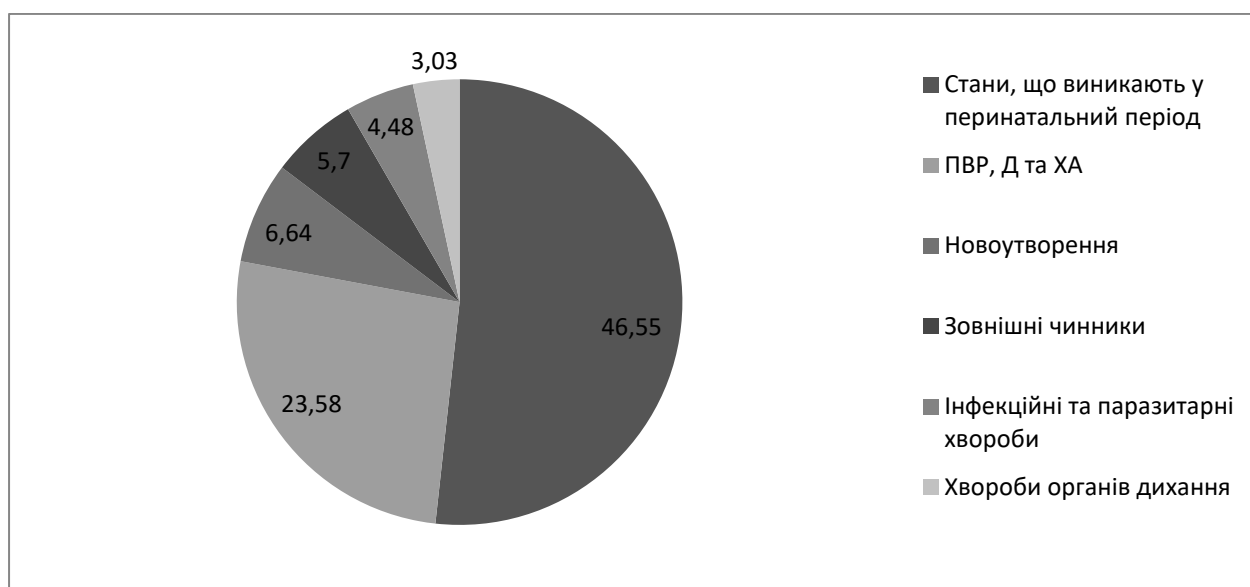


Рис. 3.8. Частка основних причин смерті серед дітей у 2017 р. в Україні.

Незважаючи на існуючі відмінності підходів до ПХД у різних країнах є загальні цінності і принципи, що визначають філософію ПД, серед яких більшість країн Європи, США та Австралії визнають наступні: повагу до автономії і гідності пацієнта, спілкування та взаємостосунки ПП і персоналу, ставлення до життя і смерті, необхідність індивідуального планування і прийняття рішень, холістичний підхід тощо. Оптимальним є ранній початок надання ПХД, паралельно з етіопатогенетичним лікуванням, задовго до термінальної стадії захворювання. Не існує обмежень щодо тривалості надання ПХД – вона повинна надаватися виходячи з потреб пацієнта, а не лише на підставі діагнозу або прогнозу захворювання. На ранніх етапах інкурабельних захворювань потребують ПХД стільки ж пацієнтів, як і в останній рік життя [423, 425, 436, 526 та ін.].

В Україні згідно з чинною НПБ, медичні показання до надання ПХД у дорослих визначаються за наступними критеріями:

1. Невиліковні (інкурабельні) захворювання, що супроводжуються ХрБС та значними обмеженнями життєдіяльності.

2. Важкі прогресуючі захворювання, патологічні стани і функціональні розлади, що не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання.

3. Обмежений прогноз тривалості життя.

Узагальнюючи зазначене вище, можна схематично представити основні показання для визначення статусу ПП (Рис. 3.9).

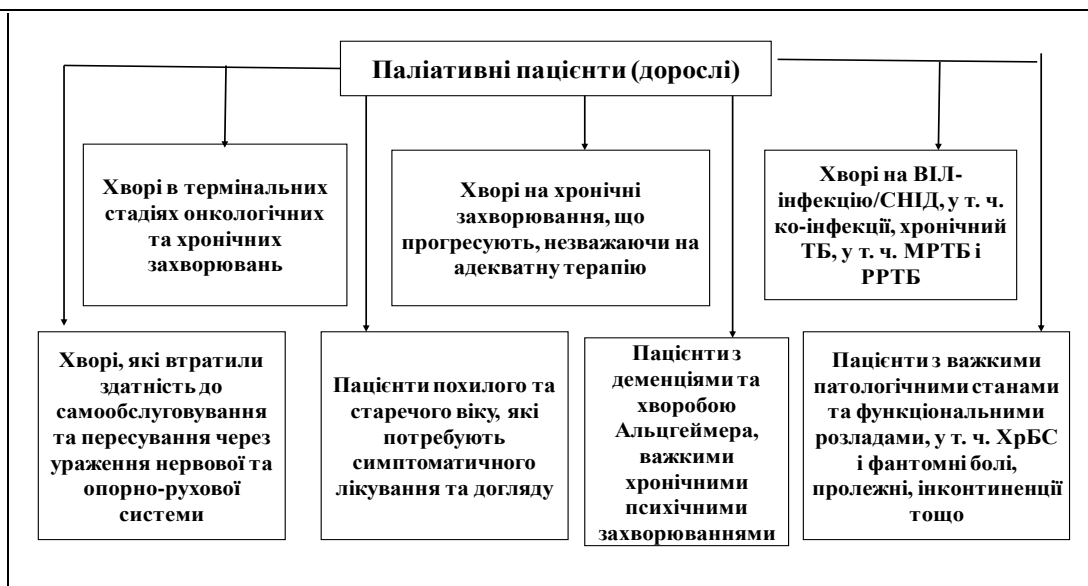


Рис. 3.9. Основні показання до визначення статусу ПП у дорослих.

Згідно з наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», у розробці якого дисертант брав участь, розрахункова щорічна потреба у ПХД складає не менше ніж 80 % пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань. Слід зазначити, що тут не враховані особливості ПХД дітям, а також деякі гострі та хронічні захворювання. Також зазначеним наказом МОЗ України рекомендує проводити аналогічні розрахунки для осіб літнього віку, пацієнтів з інкурабельними формами ССЗ, хворих на СНІД тощо. [229]. Зазначений підхід і формула розрахунку викликають дискусії і зауваження деяких фахівців та експертів, але вона дозволяє об'єктивізувати визначення кількості пацієнтів, які потребують ПХД, що важливо при плануванні розгортання спеціалізованих ЗОЗ ПХД в межах госпітальних округів та на рівні регіонів.

Аналіз статистичних даних [119–123, 243], що дозволив визначити потреби у ПХД у віковому та гендерному аспектах, свідчить, що у 2017 р. розрахункова потреба у ПХД (за коефіцієнтом 0,80) від кількості померлих – 457,1 тис. осіб, з яких 78,86 % пацієнтів, які потребують ПХД, це – особи у віці 60 років і старші, з максимальним показником 34,48 % – у віці 80 років і старші. (Табл. 3.12, Рис. 3.10). Аналіз розрахункової потреби у ПХД у регіональному аспекті засвідчив суттєву різницю розрахункових потреб населення у ПХД. Так, у 2017 р. найвищі показники на 100 тис. насел. виявлені в Чернігівській (1472,2), що на 36,5 % перевищують середні показники по Україні, Полтавській (1319,9), Кіровоградській (1308,7) областях. (Табл. 3.13).

У 2014 р. WHO і WАНРС в «Атласі світу з паліативної допомоги» [526], а у 2017 р. і 2018 р. експерти НДО «Український центр суспільних даних», за підтримки МБФ «Відродження», запропонували диференційовані коефіцієнти визначення розрахункової потреби у ПХД відповідно до нозології захворювання [90], але офіційно МОЗ України їх це ще не затвердило. В «Атласі світу з паліативної допомоги» (2014) експерти WHO і WАНРС визначили наступні захворювання у дорослих, що потребують ПД, та індекси розрахунку потреби у ПД, відповідно до поширеності ХрБС наприкінці життя (Табл. 3.14). Якщо поррахувати потребу у ПХД при найбільш поширених ХНІЗ для дорослого населення в Україні, то, згідно статистичних даних ДССУ, за індексами, запропонованими експертами WHO і WАНРС, то у 2017 р. вона складала 345,0 тис. осіб (Табл. 3.14).

Цей показник дещо відрізняється від розрахункової потреби за загальним коефіцієнтом 0,80 від кількості померлих, що затверджено наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» [229]. Отже, розрахункова потреба у ПХД в Україні у 2017 р. за коефіцієнтом 0,80 становила 457,1 тис. осіб, до яких можна додати близько 1,5 млн. членів їх родин/опікунів (приблизно, 2–3 особи на кожного ПП) – разом майже 2 млн. осіб.

**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 коеф. 0,80 (осіб/%) | К-сть померлих (жінки) (осіб) | Розрахункова потреба у ПХД (жінки) за коеф. 0,80 (осіб/%) | К-сть померлих (чол. і жінки) (осіб) | Розрахункова потреба у ПХД (чол. і жінки разом) за коеф. 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 | 280 285 | 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) від кількості померлих – 457 093 осіб | | | | | | |
| Усього: розрахункова потреба у ПХД (за коефіцієнтом 0,80) на 100 тис. населення – 1 078,4 | | | | | | |

* Потребу у ПХД для дітей не розраховують 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.

Таблиця 3.13.

**Розрахункові потреби населення у ПХД
за коефіцієнтом 0,8 у регіональному аспекті (2017 рік)**

| Назва регіону/ області | Кількість населення (млн. осіб) | Кількість померлих (тис. осіб) | Розрахункові потреби населення у ПХД | |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| | | | Усього (тис. осіб) | На 100 тис. населення |
| Вінницька | 1,583 | 24,07 | 19,26 | 1216,7 |
| Волинська | 1,038 | 13,59 | 10,87 | 1047,2 |
| Дніпропетровська | 3,227 | 50,91 | 40,73 | 1262,2 |
| Донецька | 4,198* | 37,42** | 29,94** | 717,2** |
| Житомирська | 1,241 | 20,00 | 16,00 | 1289,3 |
| Закарпатська | 1,256 | 15,01 | 12,01 | 956,2 |
| Запорізька | 1,739 | 28,13 | 22,50 | 1293,8 |
| Івано-Франківська | 1,377 | 17,31 | 13,85 | 1005,8 |

| | | | | |
|----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Київська | 1,729 | 27,86 | 22,29 | 1289,2 |
| Кіровоградська | 0,959 | 15,69 | 12,55 | 1308,7 |
| Луганська | 2,191* | 11,64** | 9,31** | 424,9** |
| Львівська | 2,516 | 32,09 | 25,67 | 1020,3 |
| Миколаївська | 1,149 | 16,99 | 13,59 | 1182,8 |
| Одеська | 2,375 | 33,36 | 26,69 | 1123,8 |
| Полтавська | 1,419 | 23,41 | 18,73 | 1319,9 |
| Рівненська | 1,162 | 14,66 | 11,73 | 1009,5 |
| Сумська | 1,102 | 17,57 | 14,06 | 1275,9 |
| Тернопільська | 1,062 | 14,81 | 11,85 | 1115,8 |
| Харківська | 2,686 | 40,88 | 32,70 | 1217,4 |
| Херсонська | 1,054 | 15,89 | 12,71 | 1205,0 |
| Хмельницька | 1,282 | 19,56 | 15,65 | 1220,7 |
| Черкаська | 1,228 | 20,03 | 16,02 | 1304,6 |
| Чернівецька | 0,905 | 11,22 | 8,98 | 992,3 |
| Чернігівська | 1,025 | 18,86 | 15,09 | 1472,2 |
| м. Київ | 2,884 | 30,81 | 24,65 | 854,7 |
| Україна | 42,415 | 571,74 | 457,1 | 1078,4 |

*Чисельність населення Донецької і Луганської областей включає тимчасово окуповані території. **Статистичні дані з тимчасово окупованих територій Донецької і Луганської областей не враховані.

Таблиця 3.14.

Розрахунок потреби у ПХД в Україні для дорослих при найбільш поширених хронічних захворюваннях у 2017 р. за коефіцієнтами WHO і WАНРС [526]

| Захворювання | шифр за МКХ-10 | Смертність (тис. осіб) | Індекс розрахунку потреби у ПХД | Потреба у ПХД (тис. осіб) |
|--|-------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Хвороби системи кровообігу | I00-I99 | 384,8 | 0,67 | 257,8 |
| Новоутворення | C00-C97; D00-D48 | 78,3 | 0,84 | 65,8 |
| Хвороби органів травлення, у т.ч. цироз печінки і ХПН | K00–K93; K74 | 22,0 | 0,34 | 7,5 |
| Хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів, у т. ч ХОЗЛ | J43-J47 | 6,0 | 0,67 | 4,0 |
| ВІЛ-інфекція/СНІД | B20-B24 | 3,8 | 0,80 | 3,0 |
| Хвороби нервової системи, у т. ч. хвороба Альцгеймера та інші деменції і розсіяний склероз | G00–G99; G30; G35 | 4,6 | 0,47 | 2,2 |

| | | | | |
|---|---------------------|-----|------|--------------|
| Туберкульоз, у т.ч. МРТБ | A15-A19 | 2,3 | 0,90 | 2,1 |
| Тяжкі ускладнення цукрового діабету | E10-E14 | 2,0 | 0,64 | 1,3 |
| Хронічні захворювання нирок, у т.ч. ХНН | N00-N15; N20-N23 | 2,6 | 0,50 | 1,3 |
| Разом: | | | | 345,0 |

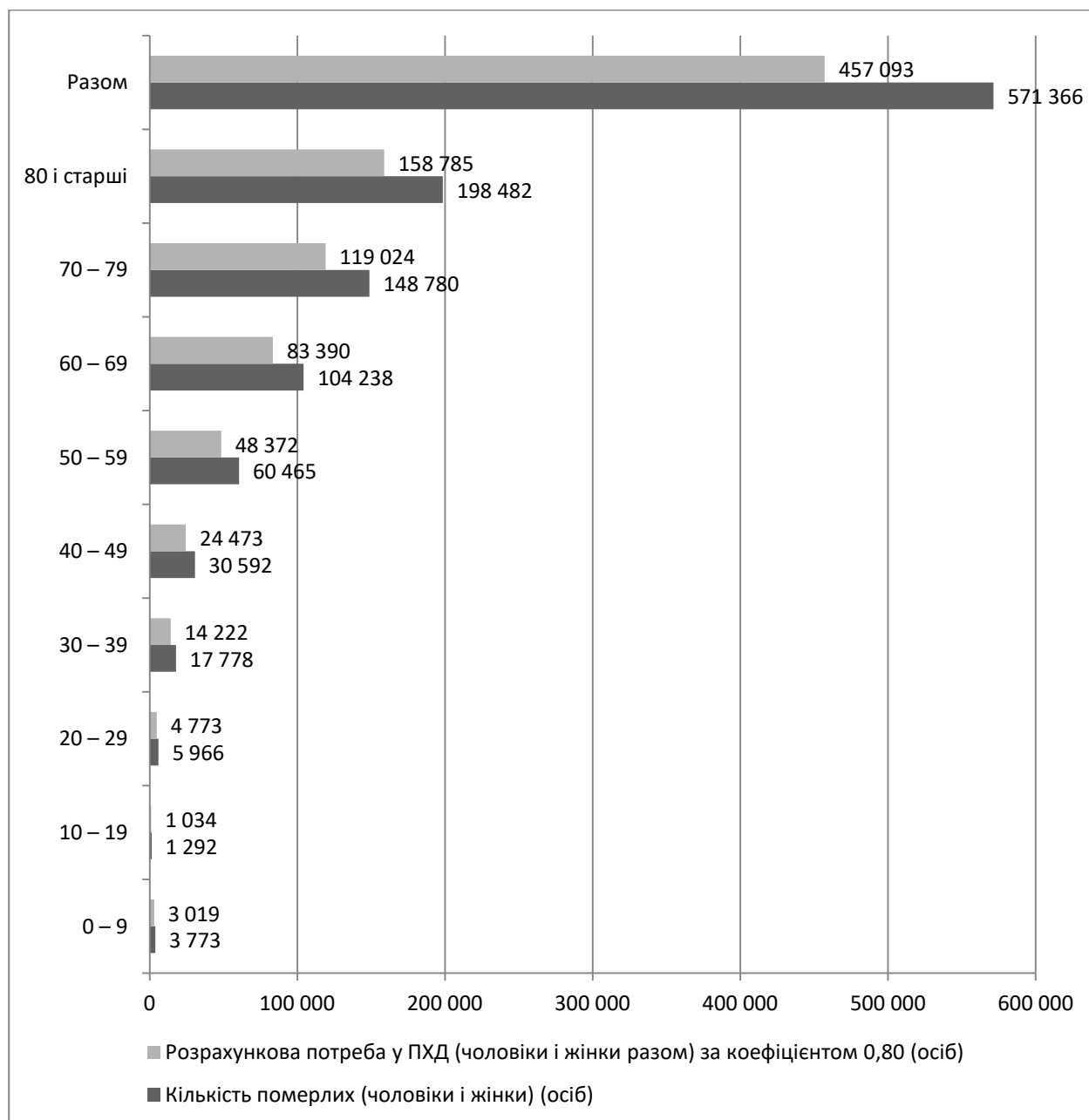


Рис. 3.10. Розрахункова потреба у ПХД та паліативному догляді в розрізі вікової структури смертності від захворювань населення України за 2017 рік.

Сьогодні, згідно з наказом МОЗ України від 30.05.2019 № 1219, наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» втратив чинність.

В останньому виданні «Атлас паліативної допомоги в Європі» (2019) наведене найбільш сучасне бачення експертів ЕАРС щодо відсотку померлих від різних захворювань пацієнтів, які потребували ПХД [374] (Табл. 3.15 – Додаток Д 1).

Для точного і детального розрахунку кількості осіб, що потребують ПХД по відповідним нозологіям, група дослідників Українського центру суспільних даних (А. Горбаль і співавт., 2018) запропонувала методика, яка полягає в застосуванні спеціальних коефіцієнтів для кожної хвороби або групи хвороб [90]. Для окремих хвороб потреба у ПХД розраховується як сума відповідних показників на основі даних із декількох джерел. Так, наприклад, визначення потреби у ПХД для дорослих, хворих на ЗН, здійснюється за формулою:

$ПП(ЗН) = (ЗН1 \times 0,8) + (ЗН2 \times 0,25)$, де: ПП (ЗН) – потреба у ПХД для хворих на ЗН; ЗН1 – кількість дорослих пацієнтів, які померли від новоутворень (коди С00-С97, D00-D48 за МКХ-10), у попередньому році;

ЗН2 – кількість вперше зареєстрованих випадків дорослих, хворих на ЗН, за виключенням немеланомних ЗН шкіри (коди С44, С46 за МКХ-10) у попередньому році [91].

За статистичними даними, близько 25% осіб, що захворіли на ЗН у поточному році, помирають у наступному, відтак уже потребують ПХД у поточному році, і у той же час не належать до групи тих, хто помер від ЗН у поточному році. Потреба у ПХД може бути розрахована для країни в цілому, області, району, госпітального округу тощо [91].

Розрахунок потреби у ПХД для дорослих, хворих на ТБ (МКХ-10: А15-А19), здійснюється за формулою:

$ПП(Т) = (Т1 \times 0,9) + (Т2 \times 1) + (Т3 \times 1)$, де: ПП (Т) – потреба у ПХД для хворих на туберкульоз; Т1 – кількість дорослих, які померли від ТБ у попередньому році; Т2 – кількість дорослих пацієнтів, хворих на ТБ, яким призначено паліативне лікування, у попередньому році; Т3 – кількість дорослих пацієнтів з МРТБ, за винятком тих, кому призначено паліативне лікування, у попередньому році.

У зв'язку з особливістю лікування МРТБ, показник ТЗ формується на основі кількості зареєстрованих випадків МРТБ у позаминулому році [90].

Для визначення потреби у ПХД у конкретного пацієнта можна застосовувати цілу низку опитувальників і діагностичних шкал. Наприклад, «Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)», який подано у Додатку № 11 до «Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт», затвердженого наказом МОЗ України від 17.04.2014 № 275 [236]. Шкала БАРТЕЛ побудована за скринінговим методом і дозволяє досить об'єктивно, швидко і точно оцінити стан пацієнта, без додаткових медичних обстежень. Якщо сумарний індекс за шкалою БАРТЕЛ складає менше 25 балів, то це свідчить про потребу пацієнта у ПХД. Крім первинного обстеження за допомогою індексу БАРТЕЛ можна здійснювати моніторинг стану хворого протягом всього його перебування в ЗОЗ ПХД. [91].

Про потребу пацієнта у ПХД може свідчити інтенсивність ХрБС, яка визначається за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ) інтенсивності болю, яка подана в «Уніфікованому клінічному протоколі паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розробленому на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», який затверджено наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 [233], і у розробці якого дисертант брав участь. Інтенсивність ХрБС більше 6 балів за ВАШ і відсутність ефекту при адекватному застосуванні НПА може бути підставою не тільки визначення потреби пацієнта у ПХД, але й показанням для госпіталізації у спеціалізований ЗОЗ ПХД або для виклику виїзної бригади ПХД.

Також існують рекомендації визначення потреби пацієнтів у ПХД за допомогою шкали Карновського (менше 50 %); «Шкали глобального погіршення когнітивних функцій» (ШГПКФ – Global Deterioration Scale, GDS) – більше 5-ої стадії; «Зведеної шкали оцінки когнітивних функцій» (BCRS) та «Шкали Оцінки функціональних стадій» (FAST) – починаючи зі стадії «бс» – для пацієнтів з первинними прогресуючими деменціями, зокрема хворобою Альцгеймера. Для визначення потреби у ПХД для пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки

пухлинного та непухлинного генезу (цироз, ХПН, гепатоз) застосовують «Систему стадій BCLC» (Barcelona Clinic Liver Cancer) – стадії «С і D», «Класифікацію Чайлда-П'ю» (Child-Pugh system) – стадія «С», або «Оціночну (прогностичну шкалу) MELD» (Model for End-stage Liver Disease) – індекс MELD більше 30 балів, яку подано у «Адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах. Вірусний гепатит В (хронічний)» [238]. Для визначення потреби у ПХД для пацієнтів з хронічними захворюваннями серця, зокрема ХСН, можна застосовувати «Класифікацію серцевої недостатності за Стражеском та Василенком» – II–Б–III стадії і «Класифікацію NYHA» (New York Heart Association Functional Classification – Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів хронічної серцевої недостатності) – III–IV стадії. [91].

Показаннями для надання ПХД пацієнтам з захворюваннями різної нозології можуть бути виникнення пролежнів III–IV ступеню, лікування яких регламентовано «Клінічним протоколом надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію», затвердженого наказом МОЗ України від 03.07.2007 № 368, та «Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна [спеціалізована] медична допомога, медична реабілітація)», затвердженого наказом МОЗ України від 03.08.2012 № 602 [234]. Існує нагальна потреба, щоб зазначені вище та інші об'єктивні показання для визначення статусу ПП, були затверджені МОЗ України окремим наказом або як окремі розділи «Паліативна і хоспісна медична допомога» у Клінічних протоколах медичної допомоги при найбільш поширених важких хронічних захворювань.

Отже, розрахункова потреба у ПХД в Україні у 2017 р. за коефіцієнтом 0,80 становила 457,1 тис. осіб і близько 1,5 млн. членів їх родин/ опікунів (приблизно, 2–3 особи на кожного ПП) – разом майже 2 млн. осіб.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ [517, 522], розрахункова потреба у стаціонарній ПХД становить 8–10 ліжок на 100 тис. населення. Отже, потреба у стаціонарній ПХД в Україні (при кількості населення на кінець 2017 р. 42,415 млн. осіб) становить близько 4,25 тис. ліжок. Також, згідно з рекомендаціями ЕАРС [409, 411], на кожні 150 тис. населення має функціонувати 1 виїзна (мобільна) МД

бригада/служба паліативної допомоги вдома. Тобто, в Україні необхідно створити понад 280 МД виїзних бригад ПХД вдома.

Також МОЗ України слід внести дані про паліативний статус пацієнта у звітно-реєстраційні форми медичної статистики та у електронні форми реєстрації пацієнтів (e-Health), тим більше, що у МКХ-10 передбачений окремий код «Z-51.50. Паліативна допомога» [220].

Щодо ПД дітям ВООЗ зазначила, що ПД повинна надаватися не тільки вмираючим дітям, але також і дітям, які страждають від хронічних невиліковних захворювань. Надання педіатричної ПД починається з моменту постановки діагнозу і здійснюється незалежно від того, чи продовжує дитина отримувати терапію, що спрямована на лікування захворювання. Також в «Атласі світу з паліативної допомоги» [526] даються рекомендації щодо захворювань у дітей (до 15 років), що потребують ПД, та індекси розрахунку потреби у ПД. Ми погоджуємося, що потреба ПД для дітей повинна розраховуватись не від кількості померлих, а від поширеності захворювань, що потребують ПД, згідно з міжнародними рекомендаціями щодо показань ПД дітям [526]. (Табл. 3.16 – Додаток Д 2).

Хоча впродовж останніх років відбулися певні позитивні зрушення з питань ПД дітям, ПП дитячого віку досі мають обмежений доступ до дитячих форм знеболювальних ЛЗ та спеціалізованих ЗОЗ ПХД педіатричного профілю. Наприклад, прикуті до ліжка тяжкохворі діти з ДЦП, часто, не мають доступу до адекватної ПХД та СППД. Стаціонарні ЗОЗ відмовляють у госпіталізації таким дітям, а заклади соціальної опіки не в змозі забезпечити комплексний повноцінний догляд вдома: як правило, в їх штаті немає відповідних фахівців, зокрема реабілітолога, психолога або психотерапевта, корекційного педагога, масажиста. [409, 411].

Висновки до розділу 3.

Отже, комплексний системний аналіз потреби у наданні ПХД та СППД населенню в Україні дає змогу зробити наступні висновки:

1. Актуальність проблеми створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД в Україні зумовлюють несприятлива медико-демографічна

ситуація – постаріння населення, зростання захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень та хронічних прогресуючих захворювань, які часто супроводжуються ХрБС і важкими симптомами, що суттєво знижують якість життя ПП.

2. Соціально-медичний аналіз медико-демографічних показників свідчить про: швидке постаріння населення України – у загальній структурі населення частка людей старше працездатного віку впродовж останніх десятиліть збільшилася з 20,7 % у 2000 р. до 22,9 % у 2017 р.; високу загальну смертність (загальний коефіцієнт смертності у 2018 р. становив 14,8 ‰, що у 1,53 рази перевищує середній показник у країнах ЄС (9,7 ‰); високий рівень смертності 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 ХНІЗ та ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу, вірусних гепатитів «В» і «С» тощо.

3. В Україні спостерігається суттєва різниця між коефіцієнтом смертності населення у різних регіонах, наприклад, у 2018 р. – від 12,2 ‰ в Закарпатській обл. до 19,1 ‰ в Чернігівській, 16,8 ‰ у Полтавській та 16,6 ‰ в Черкаській обл., а також між сільським і міським населенням (в 1,18 рази вище). Зазначене необхідно враховувати при плануванні розвитку системи ПХД в регіональному аспекті.

4. Розрахункова потреба у ПХД (за коефіцієнтом 0,80, який було затверджено у 2011 р. наказом МОЗ України) у 2017 р. становила 457,1 тис. осіб, або 1078,4 на 100 тис. населення. Найвищі показники виявлені в Чернігівській (1472,2 на 100 тис. насел., що на 36,5 % перевищує середній показник по Україні), Полтавській (1319,9), Кіровоградській (1308,7), Черкаській (1304,6) областях. Якщо до числа ПП додати по 2-3 членів їх сімей, то ПХД щороку потребують близько 1,5–2 млн. наших співвітчизників. Потреба у педіатричній ПД повинна розраховуватись не від кількості померлих дітей, а від поширеності захворювань, що потребують ПД, згідно з міжнародними визначенням ПД дітям та рекомендаціями щодо показань для надання ПД дітям. Зазначене свідчить про потребу термінового затвердження МОЗ України методики розрахунку потреби у ПХД.

5. Потреба населення у ПХД та СППД вимагає створення і розвитку системи доступної, якісної і ефективної ПХД, заснованої на інноваційних підходах, що особливо актуально в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

За матеріалами, викладеними у даному розділі, опубліковано:

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. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу, написання деяких розділів та формування окремих висновків).*

2. Царенко А. В. Проблеми розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах постаріння населення України / А. В. Царенко, В. В. Чайковська // Журнал НАМН України: науковий журнал Президії НАМН України. – 2016. – Том 22. – № 3/4. – С. 426–434. *(Дисертантові належить аналіз і обробка частини даних та формулювання окремих висновків).*

3. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір, аналіз і обробка частини матеріалу, написання деяких розділів та формулювання окремих висновків).*

4. МОЗ України. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / В. І. Іволгін, Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко та ін. // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – С. 266–293. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу, написання деяких розділів статті та формування окремих висновків).*

5. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока та

ін. // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. / За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 284–301. *(Дисертантові належить аналіз частини матеріалу, написання деяких розділів статті та формулювання окремих висновків).*

6. 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, Р. О. Моїсеєнко // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / За ред. О. Квіташвілі. – К.: ДУ УІСД МОЗ України, 2015. – с. 284-298. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу, написання деяких розділів та формулювання окремих висновків).*

7. Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матер. Міжнар. НПК, 6–7.06.2017 р. За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

8. Чайковська В. В. Організація паліативної допомоги хворим похилого віку України в умовах хоспісу та паліативного відділення лікарні / В. В. Чайковська, А. В. Царенко, Д. Р. Чайківська та ін. // Інформаційний лист. МОЗ України. Вип. 5 з проблеми «Геронтологія і геріатрія». – К. 2015. – № 358–2015. *(Дисертантові належить аналіз і обробка частини матеріалу, написання деяких розділів та формулювання окремих висновків).*

РОЗДІЛ 4

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ, ЩО РЕГУЛЮЄ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ ВІДПОВІДНОСТІ МІЖНАРОДНИМ ПІДХОДАМ, СТАНДАРТАМ І НОРМАМ

Одним з пріоритетних напрямів наукових досліджень у галузі соціальної медицини і організації охорони здоров'я є аналіз та наукове обґрунтування адекватної нормативно-правової бази (НПБ) з питань ПХД, яка враховує кращий міжнародний і національний досвід. Це необхідно для формування державної політики створення і розвитку системи ПХД населенню.

У роботах багатьох вітчизняних та закордонних авторів, у документах ВООЗ, ЕАРС та інших авторитетних міжнародних фахових організацій зазначається, що адекватна НПБ є основою і важливою умовою для впровадження оптимальної системи ПХД [70, 86, 109, 300, 329, 409, 411, 522 та інші]. Але слід зазначити, що системних досліджень з питань вивчення НПБ державного регулювання надання ПХД населенню в Україні у доступній літературі ми не знайшли, що і визначило одне із завдань нашого дослідження.

4.1. Ретроспективний контент-аналіз нормативно-правових актів з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні, які втратили чинність

Системний ретроспективний контент-аналіз нормативно-правових актів з питань регулювання надання ПХД населенню, що сьогодні втратили чинність, у хронологічному порядку представлено в Табл. 4.1. (Додаток Е 1). Результати свідчать про належну увагу до зазначених питань з боку державних органів влади. Так, впродовж 1995–2012 років було видано 5 Законів України, 1 Указ Президента України, 3 постанови КМУ, 12 наказів МОЗ України, що стосувалися забезпечення прав, надання медичної допомоги і соціальної підтримки найбільш незахищеної категорії населення України – інкурабельних хворих різних нозологій.

Важливими кроками для розвитку системи ПХД в Україні можна вважати:

- розгляд питання про надання ПХД населенню на підсумковій колегії МОЗ України 28.03.2008 р., де уперше ПХД інкурабельним хворим було офіційно визнано як один з 10 пріоритетних напрямків діяльності МОЗ України і розвитку галузі охорони здоров'я;

- створення наказом МОЗ України від 17.04.2008 р. № 210 Координаційної ради з паліативної та хоспісної допомоги при МОЗ України, яка 12.06.2008 р. ухвалила «План діяльності з розроблення Концепції та Державної програми паліативної та хоспісної допомоги в Україні на 2010–2014 роки»;

- створення наказом МОЗ України від 24.07.2008 № 159-0 ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України»;

- затвердження наказом МОЗ від 26.06.2009 р. № 463 «Заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в Україні»;

- Рішення Колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Про розвиток хоспісної та паліативної медицини» [226, 227]. (Табл. 4.1. Додаток Е 1).

Розроблений співробітниками ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України» (далі – Інститут ПХМ), у т. ч. і дисертантом, разом з фахівцями МОЗ України та експертами НДО проект «Концепції та Державної цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2010–2014 роки» (Додаток Е 2) був, відповідно до чинного регламенту, представлений на розгляд до КМУ. Особлива увага в зазначеному документі приділялася інтегруванню служби ПХД у систему охорони здоров'я України, відповідності Державної програми основним європейським принципам та стандартам ПХД, а саме: її доступності на всіх етапах та рівнях медичної допомоги незалежно від діагнозу хвороби (тобто, не тільки для онкологічних хворих); комплексності ПХД, що повинна включати як заходи медичної допомоги (паліативного лікування), так і психологічної і соціальної підтримки та духовного/релігійного супроводу ПП та членів їх сімей, що забезпечується МД командами/бригадами фахівців як під час перебування хворого в стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома тощо. Проте, Уряд не затвердив «Державну цільову програму розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2010–2014 роки», і Україна досі, на відміну від багатьох розвинених країн Європи і світу, не має такої Програми.

10.12.2010 р. на офіційному сайті МОЗ України було опубліковано для громадського обговорення розроблений фахівцями Інституту ПХМ проект наказу МОЗ України «Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», відділення/палати паліативної і хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги «Хоспіс на дому» (Додаток Е 3). Зазначений Проект Наказу був покликаний удосконалити порядок надання ПХД та прискорити створення служби паліативної та хоспісної медицини, що мало сприяти доступності ПП до ПХД. Проте, цей наказ МОЗ України досі не затвердило.

Ретроспективний контент-аналіз НПБ з питань регулювання надання ПХД населенню свідчить також про недоліки у цій сфері: нормативно-правові акти створювалися безсистемно, за кожною нозологією окремо, часто, дублювали один одного. Значна частина з них мають загальний декларативний характер, не визначають шляхів та методів вирішення існуючих проблем. Так, наприклад, перше рішення про утворення хоспісів було прийняте Указом Президента України від 10.12.1997 № 1347/97 «Про програму «Здоров'я літніх людей», проте, штатний розпис хоспісів було затверджено наказом МОЗ України № 33 у 2000 р., а завдання розробити стандарти надання ПХД в умовах хоспісу було визначене лише у 2009 р. Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року».

Також акцент робився на надання ПХД у стаціонарних ЗОЗ, і недостатньо уваги приділялося ПХД в амбулаторних умовах і вдома, міжвідомчій та міжсекторальній координації і співпраці, майже не визначалися механізми та обсяги надання ПХД членам сімей ПП тощо. Хоча, слід зауважити, що головним недоліком більшості документів було – не визначені відповідальні виконавці або терміни виконання, джерела та обсяги фінансування тощо. Зазначене, а також відсутність в Україні державної системи моніторингу та інституцій контролю за виконанням ухвалених рішень з питань ПХД зумовило невиконання або неповне виконання більшості документів, що зумовлює необхідність відновлення діяльності Міжвідомчої Координаційної ради з питань надання ПХД або створення в МОЗ України відповідного структурного підрозділу.

Існує потреба створити при МОЗ України робочу групу для доопрацювання наказу МОЗ України від 31.10.2011 № 733 «Про організацію паліативної та хоспісної допомоги», яким на виконання Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» були затверджені: 1.1. Порядок надання паліативної допомоги; 1.2. Перелік медичних показань та протипоказань для надання паліативної допомоги; 1.3. Примірне Положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс»; 1.4. Примірне Положення про виїзну бригаду з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома»; 1.5. Примірне Положення про паліативне відділення. Проте, на вимогу Мініюстиції України цей наказ було скасовано наказом МОЗ України від 29.12.2011 № 1002 «Про скасування наказу МОЗ України від 31.10.2011 № 733». Також важливо 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» [230] (Додаток Е 4), які були успішно впроваджені у пілотних регіонах з реформування системи охорони здоров'я, та після внесення необхідних змін і затвердження поширити дію цих наказів на усю територію України. Також можливий інший варіант – врахувати результати впровадження зазначених Наказів при розробці проекту Закону України «Про паліативну допомогу в Україні» або наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання паліативної і хоспісної медичної допомоги в Україні».

Основним галузевим нормативно-правовим актом, що до 04.06.2020 р. регулював надання паліативної і хоспісної медичної допомоги був наказ МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» [235], у розробці якого автор брав участь. Зазначеним Наказом затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» (у т. ч. завдання та організація надання ПХД) і «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги», основні медико-юридичні дефініції ПХД (паліативна допомога, рівні паліативної допомоги, паліативний пацієнт, паліативне лікування тощо) [235].

У п. 3.4 цього наказу зазначено, що статус ПП визначається лікуючим лікарем з моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання з прогнозованою тривалістю життя. Тому важливим є «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги», що був затверджений цим Наказом: *«Прогресуючі захворювання на останніх стадіях перебігу, що не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання, і супроводжуються хронічним больовим синдромом та значними обмеженнями життєдіяльності.»*, а також протипоказань [235]. Але ці показання дуже загальні. (Табл. 4.1 – Додаток Е 1).

Важливим нормативно-правовим актом, у розробці якого дисертант також брав участь, є наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі», яким у п. V «Розрахунок потреби населення в паліативній допомозі» затверджено принципи та алгоритм розрахунку потреби населення в ПХД за коефіцієнтом 0,80 [229]. Про зазначений Наказ докладно йшла мова у попередньому розділі дисертаційного дослідження. (Табл. 4.1 – Додаток Е 1). Але згідно з наказом МОЗ України від 30.05.2019 № 1219 зазначений наказ втратив чинність.

Ретроспективний контент-аналіз нормативно-правових актів з питань ПХД населенню, що на сьогодні втратили чинність, свідчить, що ряд їх положень не були виконані або виконані не повністю, а також про необхідність врахування напрацьованих документів при розробці і удосконаленні чинної НПБ.

4.2. Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів з питань регулювання надання ПХД і СППД

Гуманне ставлення до інкурабельних хворих, їх честі, гідності, приватного життя, автономності особистості, врахування загальнолюдських принципів тощо має бути враховане у НПБ, що забезпечить дотримання міжнародних підходів і стандартів у сфері забезпечення та захисту прав ПП. Результати системного контент-аналізу чинних нормативно-правових актів з питань державного регулювання надання ПХД населенню за 1992–2019 рр. дозволили умовно поділити їх на п'ять груп:

1. Державне регулювання організації надання ПХД населенню, створення і розвитку системи ПХД.
2. Державне регулювання забезпечення ПП адекватним знеболенням з використанням наркотичних і психотропних анальгетиків (НПА).
3. Гарантування прав ПП і державне регулювання надання ПХД онкологічним пацієнтам.
4. Державне регулювання надання ПХД і паліативного догляду хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та хворим на туберкульоз.
5. Регламентація надання ПХД та паліативного догляду дітям.

Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів з питань державного регулювання організації надання ПХД населенню, створення і розвитку системи ПХД представлено в Табл. 4.2. (Додаток Е 5).

В українському законодавстві основою нормативно-правового регулювання ПХД в Україні є, насамперед, Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР, зокрема Статті 3, 27, 28 і 49, відповідні Закони України і постанови ВРУ, укази Президента України, постанови і розпорядження КМУ, накази МОЗ, Мінсоцполітики та МВС України.

Одним з основних законодавчих актів, на якому базується нормотворча діяльність з питань ПХД, є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями». Введення 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 [44] окремого виду медичної допомоги – «паліативна допомога» можна вважати новим етапом розвитку вітчизняної охорони здоров'я. Вперше в історії України ПД була Законом визнана як вид медичної допомоги. Зокрема, у Ст. 8. зазначено: *«Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: ...паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я...»*; у Розділі V. «Медична допомога», у Ст. 33. «Забезпечення надання медичної допомоги»

зазначено: «Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну, медичну реабілітацію»... А у Ст. 35-⁴ «Паліативна допомога» дається визначення ПД: «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я». [44].

В Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, у Ст. 4. «Програма медичних гарантій», зазначено: «1. 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:...5) паліативної медичної допомоги;...» [51].

Надзвичайно важливою для створення і розвитку системи ПХД у Україні є Постанова КМУ від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», якою були затверджені «Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я», де у п. 2. «Проведення структурної реорганізації галузі» зазначено: «...створення для надання вторинної медичної допомоги міжрайонних та міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних округів), до складу яких входять: ...- заклади для надання паліативної допомоги (хоспіси);...» [159].

Також КМУ прийняв низку постанов, що можуть стосуватися паліативного догляду, зокрема: Постанова КМУ «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 29.12.2009

№ 1417, якою було затверджене «Типове положення про територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» [158], та постанова КМУ «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2009 р. № 1417» від 23.12.2015 № 1093 [162], якою, зокрема, передбачена можливість утворення у територіальних центрах соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (далі – Терцентри) МД команд; визначено, що Терцентр надає соціальну послугу *«паліативний/хоспісний догляд»*; а також у п. 16 зазначено, що в разі виявлення не менш як 50 непрацездатних громадян, які потребують надання соціальних послуг вдома, місцеві органи виконавчої влади або органи місцевого самоврядування можуть утворювати спеціалізовані відділення соціальної допомоги вдома, у тому числі *паліативного/хоспісного догляду* [162]. Постанова КМУ «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 29.12.2009 № 1417 послужила основою для наказів Мінсоцполітики України «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» від 29.01.2016 № 58 [215], «Про затвердження Типового положення про відділення паліативного догляду громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю» від 09.08.2017 № 1293 [216] та інших. (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Важливим нормативно-правовим документом, що регулює надання ПХД і СППД, є розпорядження КМУ від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», де зокрема зазначено: *«Шляхом оптимізації системи надання медичної допомоги населенню з ...розвитком системи ...паліативної допомоги та медичної реабілітації передбачається здійснити перехід від державного фінансування закладів охорони здоров'я до фінансування заходів з надання медичної допомоги населенню виходячи з його потреб»* [160].

У розпорядженні КМУ від 26.09.2018 р. № 688-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року» [164], у розробці якого дисертант брав участь, у п. 2 «Збереження здоров'я та забезпечення добробуту громадян похилого віку» передбачені «завдання щодо паліативної допомоги і догляду за

людьми похилого віку», зокрема: ...3) визначення та оцінювання потреб громадян похилого віку в різних видах гериатричної допомоги (...довготривалої, паліативної) за місцем їх проживання/ перебування; ...5) передбачення в системі підготовки та післядипломної освіти медичних і соціальних працівників вивчення питань надання різних видів гериатричної допомоги...», а у п. 3. «Створення середовища, сприятливого для громадян похилого віку»: ...3) ...запобігання передчасному та небажаному переміщенню таких громадян до закладів стаціонарного догляду, розвиток мобільних служб надання паліативної допомоги та сестринського догляду вдома за громадянами похилого віку, ...» (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Наказом МОЗ України від 18.08.2016 № 861 «Про затвердження складу міжвідомчої робочої групи по розробці проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року» [241] була створена Робоча група, до складу якої був включений дисертант, і яка розробила, розглянула зауваження та внесла доповнення до зазначеної Стратегії і «Плану заходів щодо реалізації Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року». Зазначена Стратегія пропонує системно врегулювати організаційні основи надання ПХД, що забезпечують розвиток мережі ЗОЗ ПХД та кадрових ресурсів для стаціонарних і виїзних служб ПХД, створення системи мотивації та заохочення для залучення кадрів, які надають ПХД, затвердження нової спеціальності молодшого медичного працівника – «доглядальниця»; проведення наукових досліджень та внесення відповідних змін у чинні клінічні протоколи, розробку нових медичних стандартів і клінічних протоколів тощо [163].

Важливим нормативно-правовим актом, що регламентує надання стаціонарної ПХД є наказ МОЗ України від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» [231], в розробці якого брав участь дисертант. Зазначеним наказом у п. 1.6. «Примірне положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс» дається визначення, основні завдання і функції Хоспісу, регламентується керівництво і організаційна структура Хоспісу, у т. ч. виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», а також контроль та перевірка діяльності Хоспісу [231]. (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Основним галузевим нормативно-правовим актом, що регулює сьогодні надання паліативної і хоспісної медичної допомоги як в стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома, є наказ 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 (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>). (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Слід зазначити, що в цьому наказі, на відміну від наказу МОЗ України від 21.01.2013 року № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» (яким він був скасований), дано визначення паліативної допомоги, що відповідає сучасним міжнародним принципам. Зокрема: *«паліативна допомога – це комплекс заходів спрямованих на покращення якості життя пацієнта з захворюваннями, що обмежують життя, або з захворюваннями, що загрожують життю, відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги, шляхом запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань і допомоги членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд;...»* та *«пацієнт, який потребує паліативної допомоги – пацієнт будь-якого віку із захворюванням, що обмежує та загрожує життю»* (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>). Цим визначенням знято обмеження основного критерія ПП, яке було раніше – термінальна стадія інкурабельного захворювання і розширені показання для ПХД на захворювання, що обмежують життя, або на захворювання, що загрожують життю; введена комплексність ПХД і визначені члени сім'ї та інші особи, що здійснюють за ним догляд, як суб'єкти ПХД. (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Проте, багато пропозицій науковців та експертів НДО не були враховані. Зокрема, не були затверджені Державні стандарти надання ПХД (стандарти лікування, стандарти утримання ПП, стандарти координації і співпраці з установами соціальної опіки тощо); не були затверджені Табелі оснащення, Примірне положення про ЗОЗ ПХД, Нормативи забезпечення ліжками для ПП в стаціонарних ЗОЗ ПХД тощо. Адже саме забезпечення та дотримання Державних

стандартів повинно враховуватись при державній акредитації ЗОЗ ПХД будь якої форми власності і підпорядкування та моніторингу якості надання ПХД. Не були враховані пропозиції: про 3 рівні надання ПХД, згідно з рекомендаціями ЕАРС; про створення лікарень і відділень сестринського догляду, що сьогодні в умовах постаріння населення та поширення ХНІЗ набуває особливої актуальності. У п. 4 наказу передбачено *«забезпечити внесення змін до класифікатора професій назву професії – лікар з паліативної допомоги»* і не враховано молодших медичних спеціалістів, які відіграють визначальну роль у забезпеченні ПХД. У даному наказі немає показань для проведення або не проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів на етапі вмирання інкурабельного паліативного пацієнта, що має не тільки клінічне, але й юридичне значення. Ці та низка інших неточностей і колізій необхідно врахувати при розробці та удосконаленні НПБ.

Результати аналізу свідчать, що поки що в Україні є чинним єдиний «Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», який затверджений наказом МОЗ України від 03.07.2007 № 368 [224], і лише в «Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. «ВІЛ-інфекція» (затверджено наказом МОЗ України від 24.02.2015 № 92) [237] і в «Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги «Деменція» (затверджено наказом МОЗ України 19.07.2016 № 736) [239] є окремі розділи «Паліативна медична допомога». (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Враховуючи сучасну ситуацію в Україні, коли більшість ПП одержують ПХД в амбулаторних умовах або вдома із залученням лікарів ЗП-СЛ та інших м/п ЗОЗ ПМСД, заслуговує на увагу наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [245], у якому передбачений «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги», у т. ч. ПХД, а також наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» [240], у якому визначаються обов'язки

лікарів ЗП-СЛ при наданні ПХД на рівні ПМСД. Дисертант був залучений до розробки зазначених наказів.

Мінсоцполітики України активно формує НПБ з питань СППД. Свідченням цього є наказ Мінсоцполітики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» [215]. Зазначений Наказ визначає зміст, обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання СППД, показники її якості, регламентує діяльність закладів соцзахисту населення у питаннях обслуговування ПП в амбулаторних умовах і вдома. У п. 1.4 даного Наказу даються визначення паліативний/хоспісний догляд, СППД, отримувач СППД, МД команда тощо [215].

У наказі Мінсоцполітики України від 29.01.2016 № 58 вводиться поняття моніторинг якості надання СППД, що, на нашу думку, необхідно врахувати при удосконаленні та розробці нових наказів МОЗ України, які регулюють надання ПХД. Також цінними для лікарів, особливо ПМСД, можуть бути додатки до зазначеного Наказу, зокрема: Додаток 3. «Основні заходи, що становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду, та орієнтовний час для їх виконання», що дозволяють застосувати кількісну оцінку (в балах) стану ПП і динаміку ефективності ПХД. Також вперше запропоновано у Додатку 4. «Показники якості соціальної послуги з паліативного догляду», що також можна застосовувати у ЗОЗ ПМСД [215]. (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Одним з важливих відомчих нормативно-правових актів, що регулюють і забезпечують надання СППД працівниками закладів соцзахисту населення, є наказ Мінсоцполітики України від 09.08.2017 № 1293 «Про затвердження Типового положення про відділення паліативного догляду громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю» [216]. У п. 1. цього Наказу дається визначення «Відділення паліативного догляду громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю». Важливо, що у розділі II «Завдання та основні напрями діяльності Відділення» визначені комплексні МД завдання Відділення, що узгоджуються з міжнародними стандартами, зокрема у розділі VI. «Медичне обслуговування підопічних у Відділенні» регламентується «порядок надання паліативної медичної допомоги». (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

При розробці і вдосконаленні НПБ з питань регулювання ПХД необхідно забезпечити умови та зобов'язати органи місцевого самоврядування (державні адміністрації) через механізм соціального замовлення впроваджувати нові форми цілодобового надання СППД для ПП (квартири та будинки спільного проживання тощо), мотивації і підтримки волонтерських організацій, благодійництва і меценатства тощо.

Для забезпечення системи ПХД кваліфікованим персоналом важливо врегулювати питання адекватної оплати фахівців, які залучені до надання ПХД. Спільний наказ Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 за № 1209/ 11489) [213] визначає порядок оплати праці працівників хоспісів та відділень ПХД. Так, у Додатку 3 до «Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» затверджено «Перелік закладів (підрозділів) та посад, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) у зв'язку зі шкідливими та важкими умовами праці»: *«2. Заклади, підрозділи та посади, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) на 15 відсотків у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці:... 2.25. Будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів Міністерства праці та соціальної політики України, лікарні, центри, відділення "Хоспіс"».*

Разом з тим, у Додатку 4 цього Наказу працівникам Центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом, закладів та спеціалізованих відділень (кабінети, палати) ЗОЗ для лікування хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих встановлено підвищення посадових окладів на 60 % [213]. Але слід зазначити, що персонал ЗОЗ ПХД теж регулярно залучається до надання ПХД хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, працює в умовах значних фізичних та психоемоційних перевантажень, одержуючи підвищення посадових окладів (ставок) лише на 15 %, що слід обов'язково враховувати. (Табл. 4.2 – Додаток Е 5).

Доступність та ефективність ПХД досягається шляхом забезпечення і координації співпраці ЗОЗ та закладів соціальної опіки, що регулюється деякими

зазначеними вище нормативно-правовими актами, а також спільним наказом Мінсоцполітики та МОЗ України від 23.05.2014 № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим» [214]. Згідно з зазначеним наказом, основними координаторами роботи з питань надання СППД вдома визначені ТЦСО. Разом з цим, слід зазначити, що це потребує введення додаткових штатних одиниць з відповідним рівнем кваліфікації, забезпечення навчання та перепідготовки персоналу, а також матеріально-технічне забезпечення витратними матеріалами, спецодягом, спецзасобами догляду, медикаментами тощо.

Сьогодні саме навчання і підвищення кваліфікації соціальних працівників з питань СППД є значною проблемою для установ системи Мінсоцполітики України, оскільки в системі соціального захисту населення відсутні регіональні заклади післядипломної освіти соціальних працівників. Існує досвід створення Центру підготовки доглядальників (директор – проф. В. В. Чайковська) на базі ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України» [340, 341].

Суттєвим недоліком чинної НПБ є відсутність затверджених Державних стандартів надання ПХД. Важливим призначенням Стандартів ПХД є належна організація паліативної і хоспісної медичної допомоги (паліативного лікування), у т. ч. умов утримання ПП, захист прав кожного ПП, членів його сім'ї. Стандартами надання ПХД, у першу чергу, повинні визначатися права і обов'язки та взаємовідносини суб'єктів процесу – медичних працівників, персоналу, що залучений до надання ПХД, та ПП і членів його сім'ї/законних представників, а також медична інформація, обсяги медичної допомоги, вимоги до її якості та безпеки, рівня освіти та кваліфікації фахівців.

Зазначене потребує від регіональних органів охорони здоров'я визначитися з потребами в наданні ПХД та раціональним розміщенням ЗОЗ ПХД у кожному госпітальному окрузі, з дотриманням вимог як національної НПБ, так і міжнародних підходів і стандартів.

Окремим напрямком нормативно-правового регулювання у сфері ПХД є НПБ, яка стосується захисту прав ПП та забезпечення їх адекватним знеболенням, у т. ч. з використанням НПА, що є важливою умовою створення і розвитку системи

доступної, якісної та ефективної ПХД. Це найбільш складний та об'ємний розділ української НПБ з питань ПХД, оскільки впродовж усієї історії існування нашої держави точиться боротьба між нагальною потребою забезпечити безперешкодний доступ хворих до адекватного знеболення із застосуванням НПА та намаганням правоохоронних органів забезпечити ефективний контроль і протидію незаконному обігу наркотиків, щоб стримати поширення наркоманії серед населення країни. Слід зазначити, що завдяки зусиллям громадянського суспільства, впродовж останніх років в Україні відбулася значна лібералізація і демократизація НПБ із зазначених питань відповідно до міжнародних підходів і стандартів.

Згідно з основоположними принципами ВООЗ, максимально досяжний комфорт і якість життя для ПП досягається за умови максимально можливого усунення або полегшення ХрБС та інших важких симптомів захворювання. Зменшити або усунути інтенсивний ХрБС у ПП, часто, можливо лише шляхом застосування НПА, зокрема опіоїдних анальгетиків (ОА), і цьому, як стверджує ВООЗ, альтернативи немає [101, 105, 116, 117, 513, 517, 523 та інші]. Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів, що стосуються захисту прав ПП і регулюють забезпечення ПП адекватним знеболенням з використанням НПА, у хронологічному порядку представлено в Табл. 4.3. (Додаток Е 6).

Забезпечення доступу ПП до адекватного знеболення гарантується реалізацію прав людини, закріплених Конституцією України (Ст. 28, 49). Держава має забезпечити координацію всіх контролюючих органів у галузі обігу підконтрольних речовин (ПР) і співпрацю з фахівцями ЗОЗ, власне, пацієнтами та громадським сектором. Проте, досі надання своєчасного й адекватного знеболення в амбулаторних умовах часто гальмується через ускладнену процедуру призначення та продажу НПА ПП, членам їх родин або законним представникам [116, 117]. Зазначені питання надання медичної допомоги населенню, у т. ч. і ПХД, регулюється законодавчими актами, зокрема: Законом України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 № 60/95-ВР із змінами та доповненнями [42], Законом України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995 № 62/95-ВР (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-вр>), Законом

України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР із змінами та доповненнями (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>), що були взяті за основу для розробки підзаконних нормативно-правових актів, які регулюють ПХД. (Табл. 4.3 – Додаток Е 6).

Закон України від 22.12.2006 № 530-V «Про внесення змін до Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-16>), Ст. 21, дозволяє здійснення діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних (психотропних) ЛЗ, ЗОЗ усіх форм власності за умови отримання відповідної ліцензії. А Ст. 27 визначає, що роздрібна реалізація фізичним особам наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку, дозволених до застосування у медичній практиці, здійснюється через аптечні заклади усіх форм власності за наявності у них ліцензії на цей вид діяльності. Цей закон скасував постанову КМУ від 18.01.2003 № 58 «Про затвердження Порядку здійснення контролю за обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів», якою здійснення обігу наркотичних ЛЗ дозволялось лише закладам державної та комунальної форм власності. Таке обмеження ускладнювало доступність ПП до НПА в багатьох регіонах, де недостатньо розвинута мережа комунальних аптечних закладів, а також обмежувала використання НПА у ЗОЗ приватної форми власності.

Завдяки багаторічним зусиллям фахівців, науковців, представників громадськості була ухвалена постанова КМУ від 13.05.2013 № 333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» [161]. Значення цього нормативно-правового акту важко переоцінити, адже це – величезний крок, який зробила Україна впродовж останніх десятиліть щодо забезпечення прав ПП на доступність до адекватного знеболення. Ця Постанова суттєво поліпшила доступність ПП до знеболення та спростила застосування НПА як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома. (Табл. 4.3 – Додаток Е 6).

Розпорядженням КМУ від 28.08.2013 № 735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» ([https://zakon.](https://zakon)

rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80) було введено окремий розділ «Сприяння розвитку паліативної допомоги», у якому зазначено, що важливим кроком до гуманізації наркополітики повинне стати: проведення національної оцінки потреб у ПД, у ЛЗ, передусім для полегшення болю; розроблення та прийняття відповідно до принципів ВООЗ стандартів і клінічних протоколів надання ПД; сприяння вітчизняному виробництву таблетованого морфіну; створення системи державної підтримки виробників ліків та аптек, які мають ліцензії на обіг наркотиків, з метою розширення їх асортименту та доступності; забезпечення ЗОЗ та аптечної мережі таблетованими та пролонгованими формами ОА; створення необхідних умов для безпечного використання наркотичних ЛЗ у «стаціонарі на дому»; призначення лікарем без додаткового погодження та комісійного перегляду наркотичних ЛЗ для пацієнтів з ХрБС онкологічної та неонкологічної природи; включення обов'язкового навчального курсу з ПД в навчальні програми підготовки студентів і післядипломної перепідготовки М/П, консультантів та соціальних працівників.

Постановою КМУ від 03.06.2009 № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» із змінами та доповненнями (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2009-%D0%BF>) було визначено процедуру провадження суб'єктами господарювання – юридичними особами незалежно від форми власності (далі – суб'єкти господарювання) діяльності, пов'язаної з ... обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, включених до Переліку, затвердженого Постановою КМУ від 06.05.2000 № 770. У п. 45 зазначеної вище Постанови визначено, що контроль за виконанням суб'єктами господарювання вимог законодавства у сфері обігу наркотичних засобів покладено на ДСКН України, МОЗ України, МВС України, СБУ, Державну митну службу України та інші органи у межах їх повноважень.

Серед важливих медико-юридичних документів, які регулюють надання ПХД в Україні, необхідно відзначити «Формуляр лікарських засобів для надання паліативної та хоспісної допомоги» («Державний формуляр лікарських засобів». Додаток 8. Лікарські засоби для надання паліативної допомоги. Випуски 1–10, 2010–2018 рр.), у підготовці яких брав участь дисертант. Згідно з наказом МОЗ

України від 10.05.2018 № 868, чинним є «Державний формуляр лікарських засобів. 10-й випуск» (https://moz.gov.ua/uploads/1/5052-dn_20180510_868_dod_2.pdf).

Важливе значення для оптимізації діяльності ЗОЗ щодо забезпечення доступності ПП до ефективного знеболення має наказ МОЗ України від 07.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» [238], який на сьогодні є одним з найважливіших медико-юридичних документів, що регулює забезпечення ПП НПА. Цим Наказом було скасовано наказ МОЗ України від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України», що дозволило: лікарям призначати НПА без спеціальної комісії з призначення наркотичних ЛЗ, а відповідальність за призначення НПА покласти безпосередньо на лікаря; покласти відповідальність щодо контролю обігу ПР на адміністрацію ЗОЗ, яка самостійно обирає форму контролю за використаними ампулами; виконувати призначення ін'єкційних НПА амбулаторним хворим власноруч або членами сім'ї, опікуном чи піклувальником, які здійснюють догляд за ПП, без участі медичного персоналу (для цього в наказ № 494 включені правила поведження з НПА, про недопущення їх використання не за медичним призначенням, інструкції щодо підшкірних, внутрішньом'язових ін'єкцій тощо). Під час надання ПХД лікар має право виписати рецепт ПП, а провізор видати НПА з розрахунку на 15-денний термін лікування. Відповідальність за виконання належних умов обігу НПА покладається на регіональний рівень та на адміністрацію ЗОЗ.

Важливим у цьому контексті є наказ МОЗ України від 25.04.2012 № 311, яким був затверджений «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю» [233], де регламентуються обов'язкові необхідні дії лікаря, зокрема: застосування фармакотерапії болю відповідно до 3-ступеневої схеми ВООЗ, тобто призначення анальгетичних ЛЗ, у т. ч. НПА, за наявності показань та відповідної інтенсивності болю, яка визначається за допомогою відповідних шкал оцінки болю та методу DIRE. Також були

затверджені «Етапи діагностики і лікування» (клінічний маршрут ПП), «Клінічна характеристика ХрБС», «Лікування ХрБС», «Схема та лікарські засоби для медикаментозного лікування ХрБС», методика «Оцінка DIRE: Відбір пацієнтів для тривалого отримання опіоїдної аналгезії» тощо. (Табл. 4.3 – Додаток Е 6). Зазначений Наказ та затверджена і видана МОЗ України «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Контроль болю» (2012) (http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/311_2012/dod_311_1akn.pdf), мають велике значення для забезпечення доступності ПП до адекватного знеболення.

І, безсумнівно, вагомим кроком на шляху покращання доступності ПП до знеболення, особливо в амбулаторних умовах і вдома, став наказ МОЗ України від 01.02.2013 № 77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали» (<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0077282-13>), згідно з яким до «Переліку за реєстрованих лікарських засобів, які вносяться до Державного реєстру лікарських засобів України», був внесений «Морфіну сульфат» у таблетках. (Табл. 4.3 – Додаток Е 6). Сьогодні пріоритетне призначення і застосування морфіну в таблетках, згідно з рекомендаціями ВООЗ і авторитетних міжнародних фахових організацій, є «золотим стандартом» контролю ХрБС. Адже саме пероральні ОА забезпечують хворому можливість самостійно (або за допомогою членів родини) контролювати біль вдома, а також уникнути ін'єкцій, особливо болісних при генералізованому ХрБС та раковій кахексії.

У цьому розділі ми не розглядали нормативно-правові акти правоохоронних органів стосовно вимог до обігу ПР, що ще більше ускладнює обіг НПА. Для забезпечення ефективної міжвідомчої і міжсекторальної координації та співпраці з зазначених вище питань необхідно сприяння ВРУ, зокрема розробка та прийняття Закону України «Про паліативну допомогу населенню в Україні».

Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів, які гарантують права ПП і регламентують надання ПХД онкологічним хворим, представлено в Табл. 4.4. (Додаток Е 7). Слід звернути увагу на чинну постанову ВРУ від 20.04.2004 № 1688-V «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Онкологічні захворювання в Україні. Проблема та шляхи подолання», у якій, зокрема, зазначено: «...*Поряд з цим вкрай недостатньо розвивається система*

догляду та реабілітації онкологічних хворих, система паліативної допомоги; необхідним є створення центрів протибольової терапії, центрів психологічної, професійної, соціальної реабілітації...

...рекомендується: 2. Міністерству охорони здоров'я України: поетапно забезпечити створення спеціалізованих медичних закладів (хоспісів) на базі регіональних центрів та онкологічних диспансерів для надання медичної допомоги хворим у термінальному стані хвороби; створити необхідні умови для ефективного знеболювання, психологічної, професійної та соціальної реабілітації хворих на онкологічні захворювання; ...» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1688-15>). (Табл. 4.4 – Додаток Е 7).

Наказом МОЗ України від 11.08.2004 № 408 «На виконання постанови Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Онкологічні захворювання в Україні. Проблема та шляхи подолання» від 20.04.2004 р., №1688-V» (<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0408282-04>) було затверджено План заходів МОЗ України щодо реалізації Рекомендацій парламентських слухань, зокрема:

«7. Підготувати пропозиції щодо створення спеціалізованих медичних закладів (відділень) для надання медичної допомоги невиліковним хворим (хоспісів) на базі регіональних центрів та онкологічних диспансерів.

...Термін виконання: грудень 2005 року.

8. Створювати необхідні умови для ефективного знеболювання, психологічної, професійної та соціальної реабілітації хворих на онкологічні захворювання.

... Термін виконання: постійно».

У Наказі МОЗ України від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14>), зокрема, зазначено:

«3) проводити роботу щодо створення спеціалізованих медико-соціальних закладів (хоспісів) охорони здоров'я з відділеннями для надання паліативної допомоги онкологічним хворим у термінальній стадії хвороби у всіх адміністративно-територіальних одиницях України;...», а також було

затверджене «Положення про кабінет протибольової терапії закладу охорони здоров'я», які у деяких регіонах залучалися для консультування ПП.

Проте, зазначені вище завдання не були повністю виконані.

Таким чином, аналіз НПБ, що регламентує надання ПХД онкологічним хворим і гарантує права ПП онкологічного профілю на одержання ПХД, свідчить, що наразі чинних Законів України з зазначених вище питань немає. Більшість заходів стосовно ПХД, що були передбачені Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23.12.2009 № 1794-VI (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1794-17>), постановами ВРУ і КМУ та наказами МОЗ України залишилися невиконаними, що, очевидно, потребує створення системи моніторингу і державної інституції для контролю та координації діяльності з питань надання ПХД.

Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів, які регламентують надання ПХД та паліативного догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД представлено в Табл. 4.5. (Додаток Е 8).

Відповідно до сучасних міжнародних підходів, хворі на ВІЛ-інфекцію та СНІД набувають статус ПП з моменту встановлення діагнозу, що зумовлює важливість та актуальність проблеми розробки та удосконалення НПБ з питань державного регулювання ПХД та СППД щодо зазначеної категорії пацієнтів та впровадження оптимальних моделей надання ПХД ЛЖВ.

Наказом МОЗ України від 02.09.2003 № 408 «Про забезпечення виконання доручень Президента України від 04.08.03 № 1-1/952, Прем'єр-міністра України від 06.08.03 № 46886 та Кабінету Міністрів України від 09.08.03 № 46886» [223] (Табл. 4.5 – Додаток Е 8) передбачалося:

«6. Уживати, починаючи з 2004 року, заходів щодо відкриття лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспісів) у регіонах з високим рівнем інфікованості ВІЛ. Термін виконання: з 2004 року.

...6.2.Забезпечити відкриття лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспісів) у регіонах з високим рівнем інфікованості ВІЛ за рахунок коштів міжнародних донорських організацій та місцевих бюджетів.

Термін виконання: з 2004 року».... [223].

Одним з важливих нормативно-правових актів, що сприяли розвитку ПХД в Україні можна вважати наказ МОЗ України від 03.07.2007 № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» [224], який є першим в Україні клінічним протоколом з питань надання ПХД. Це має бути прецедентом для МОЗ України та професійних медичних асоціацій щодо розробки клінічних протоколів надання паліативної медичної допомоги при важких захворюваннях органів системи кровообігу і дихальної системи, ХНН і ХПН тощо. У зазначеному Клінічному протоколі вперше було визначено МД підхід до надання ПХД, регламентовано лікування больового та інших синдромів, що можуть виникати у ЛЖВ, лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію, навчання членів родини та соціальних працівників щодо догляду за ЛЖВ, надання соціально-психологічної та духовної підтримки зазначеній категорії ПП. У зазначеному Наказі була визначена МД команда, що має велике значення для організації ПХД як ЛЖВ, так й ПП інших нозологій.

Наказом МОЗ України від 27.12.2007 № 866 «Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД» [225] були затверджені зазначені Примірні положення, а також були поставлені завдання перед керівниками регіональних органів охорони здоров'я: *«...2.1. Передбачити кошти у місцевих бюджетах на забезпечення надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим особам та хворим на СНІД, які її потребують. 2.2. Сприяти створенню та функціонуванню хоспісів, відділень та палат паліативної допомоги...»*. Проте, передбачені заходи не були повністю виконані. Досі в Україні немає жодного спеціалізованого хоспісу для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, також у багатьох регіонах у центрах боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД не створені відділення ПХМ.

Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів, які регламентують надання ПХД та паліативного догляду за хворими на туберкульоз представлено в Табл. 4.6. (Додаток Е 9). Першим нормативним документом, в якому розглядалися питання ПХД хворим на ТБ, можна вважати постанову ВРУ від 19.06.2003 № 989-IV «Про Рекомендації парламентських слухань на тему:

«Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-iv>), де п. 4 було рекомендовано регіональним органам влади та органам місцевого самоврядування: *«...створити у кожному регіоні на базі протитуберкульозних закладів стаціонари (відділення) для утримання та лікування хворих на туберкульоз із числа соціально дезадаптованих осіб, місцеві хоспіси для зазначеної категорії хворих, а також стаціонари (відділення) для лікування хворих на полірезистентні форми туберкульозу».*

Також слід розглянути наказ МОЗ України від 11.06.2010 № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню "Хоспіс" (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз» [228]. Зазначеним наказом затверджене «Примірне положення про лікарню «Хоспіс» (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз» та дано доручення регіональним органам охорони здоров'я забезпечити створення та функціонування лікарень «Хоспіс» (відділень, палат паліативного лікування) для хворих на ТБ відповідно до потреб регіонів. Проте, у наказі відсутні терміни виконання цього завдання, що унеможливорює моніторинг і контроль виконання ухвалених рішень. Зазначені вище завдання не були повністю виконані – досі в багатьох регіонах у протитуберкульозних закладах не створені відділення ПХМ. Враховуючи, що, відповідно до міжнародних стандартів і підходів, хворі на ТБ потребують ПХД з врахуванням тривалості лікування та необхідності заходів інфекційного контролю, НПБ повинна забезпечити оптимальні моделі надання ПХД хворим на ТБ.

Таким чином, аналіз чинної НПБ, якою регламентується надання ПХД ЛЖВ та хворим на ТБ, свідчить про необхідність системного та комплексного підходу щодо розробки і удосконалення нормативно-правових актів, а також потребу забезпечення адекватного фінансування відповідних державних і регіональних програм. З метою покращання доступу до ПХД і СППД ЛЖВ, хворих на ТБ та членів їх сімей, як це гарантовано чинним законодавством, потрібно здійснювати водночас й заходи щодо впровадження ефективної системи моніторингу та державного контролю за виконанням чинних нормативно-правових актів. Зазначені вище нормативно-правові акти, у т. ч. і ті, що наразі втратили чинність, повинні враховуватися КМУ і МОЗ України та регіональними органами влади при

удосконаленні та розроблені нових нормативних актів стосовно надання ПХД ЛЖВ та хворим на ТБ.

Системний контент-аналіз чинних нормативно-правових актів, які регламентують надання ПХД та паліативного догляду дітям представлено в Табл. 4.7. (Додаток Е 10). Забезпечення права на ПХД і паліативний догляд особливої категорії ПП – дітей є надзвичайно актуальним питанням і найменш розробленим в законодавстві України, хоча ПД дітям є нагальною проблемою нашого суспільства. Право дитини на охорону здоров'я і, зокрема на ПД і догляд, визначено у «Конвенції про права дитини», схваленою Генеральною Асамблеєю ООН 20.11.1989 р., яка була ратифікована Постановою ВРУ № 789-ХІІ від 27.02.1991 (https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021).

12 жовтня 2016 р. у ВРУ відбулися парламентські слухання «Права дитини в Україні: забезпечення, дотримання, захист», на яких, зокрема, наголошувалося, що в Україні склалася критична ситуація із забезпеченням права дітей на охорону здоров'я, у т. ч. з доступністю до ПД і догляду. За результатами обговорення була ухвалена постанова ВРУ від 22.02.2017 № 1906-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Права дитини в Україні: забезпечення, дотримання, захист», де пропонується: КМУ до 1 квітня 2017 року затвердити державну цільову програму з надання ПД дітям; доручити МОЗ України забезпечити своєчасне здійснення закупівель і постачання ЛЗ для лікування дітей, хворих на онкологічні, онкогематологічні, інші складні та рідкісні (орфанні) захворювання, а також закупівлі за державні кошти дитячих форм анальгетиків у формі пластирів та солодких сиропів для надання паліативної допомоги дітям, формування запасу таких ЛЗ у державних і комунальних ЗОЗ; місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування в установленому порядку в межах своїх повноважень взяти під особливий контроль питання щодо надання соціальних послуг сім'ям, в яких діти хворіють на онкологічні і онкогематологічні, інші складні та рідкісні (орфанні) захворювання, а також сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах через такі захворювання батьків або осіб, які їх замінюють тощо. (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1906-19>).

На сьогоднішній день питання ПД ВІЛ-інфікованим дітям в Україні регламентовані наказом МОЗ України від 24.02.2015 № 92, яким затверджено «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. «ВІЛ-інфекція» [237]. Це – перший в Україні Клінічний протокол, у якому виокремлено «п. 3.5. Паліативна допомога ВІЛ-інфікованим дітям».

Ще 30.09.2015 р. на офіційному сайті МОЗ України було розміщено для громадського обговорення проект наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання паліативної допомоги дітям», який розробили фахівці МОЗ України і експерти НДО. Зазначеним проектом Наказу затверджувалися «Порядок надання паліативної допомоги дітям», були визначені завдання створити робочі групи для розробки: 3.1. Формуляра ЛЗ, які застосовуються при наданні ПД дітям. 3.2. Положення про дитяче паліативне відділення/кабінет. 3.3. Положення про дитячий хоспіс. 3.4. Положення про виїзну дитячу паліативну службу. 3.4. Положення про Реєстр дітей, які потребують ПД, та відповідну обліково-звітну документацію тощо. (http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150930_3.html).

27 квітня 2016 року в Комітеті ВРУ з питань охорони здоров'я відбувся «круглий стіл» на тему: «Паліативна допомога дітям: право на отримання медичної допомоги та знеболення» [48]. Під час виступів і дискусій зазначалося, що в Україні й досі не налагоджена система педіатричної ПХД, зокрема, забезпечення всебічної психологічної підтримки та соціального супроводу дітей, яким встановлено діагноз інкурабельного захворювання, а також членам їх сімей: консультацій психологів, програм адаптації і реабілітації, занять з волонтерами тощо. Нагальною проблемою залишається й забезпечення своєчасного доступу ПП-дітей до адекватного знеболення тощо. За результатами обговорення була ухвалена Резолюція, яка включала, зокрема, такі положення: «...запровадити системний підхід до розвитку ПД в Україні; забезпечити нормативно-правове врегулювання у сфері ПД дітям; розвивати мережу дитячих паліативних відділень/кабінетів, дитячих хоспісів та забезпечити у них можливість всебічного розвитку дітей; зробити доступними за рахунок коштів державного бюджету ЛЗ для

забезпечення якісного життя ПП, застосовувати для знеболення дитячі форми анальгетиків: пластирі, солодкі сиропи тощо».

Важливим нормативно-правовим актом щодо зазначеного питання є постанова КМУ від 10.07.2019 р. № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям» [165], згідно з якою: *«...У центрі надається допомога: ...дітям, які потребують паліативної допомоги та мають невиліковні прогресуючі захворювання, що обмежують життєдіяльність; ...дітям, які мають вроджені вади розвитку, після виписки з перинатального центру або пологового будинку в разі потреби в отриманні послуг з медичної реабілітації або паліативній допомозі».*

У наказі МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», у Розділі V. «Особливості надання паліативної допомоги дітям», визначено Порядок надання паліативної допомоги дитячому населенню (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>).

Розробляючи і удосконалюючи НПБ з питань ПД дитячому населенню, слід враховувати, що, на відміну від ПП дорослого віку, ПП-діти зумовлюють значно складніші психоемоційні проблеми, особливо у їх рідних; часто, ПП-діти, маючи обмежений прогноз тривалості життя, не мають відповідного статусу «особи з інвалідністю», і відповідно, в амбулаторних умовах та вдома не мають адекватної медичної, соціальної, психологічної допомоги.

4.3. Контент-аналіз деяких міжнародних документів, які регулюють надання ПХД та паліативного догляду

Для більш глибокого і об'єктивного аналізу чинної НПБ, що регулює надання ПХД населенню та створення і розвиток системи ПХД в Україні, було проведено контент-аналіз деяких основоположних документів авторитетних міжнародних фахових організацій, що визначають сучасні світові принципи, підходи і концепції ПХД, які знайшли своє відображення, зокрема: у Рекомендаціях Комітету Міністрів Ради Європи (Rec (2003) 24) державам-учасницям «Про організацію паліативної допомоги» (2004) [300]; у Резолюції 67-ї сесії ВАОЗ (WHA 67.19) «Зміцнення паліативної медичної допомоги в якості одного з компонентів

комплексного лікування протягом усього життєвого циклу» (2014) [60]; у Резолюції ПАРЄ № 1649 «Паліативна допомога: модель інноваційної політики в галузі охорони здоров'я та соціальних питань» (2009) [477]; у Рекомендаціях Європейського регіонального бюро ВООЗ «Паліативна допомога. Переконливі факти» (2004) [403] і «Удосконалення паліативної допомоги літнім людям» (2004, 2011) [402, 520]; у «Паризькій хартії по боротьбі з раком» (2000) (https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_h07) та інших, що свідчить про глобальну актуальність проблеми розвитку системи ПХД у світі. Зазначені документи є обов'язковими до виконання в Україні. Також, важливими міжнародними документами, які мають рекомендаційний характер, але які необхідно враховувати при розробці та удосконаленні НПБ України, є Настанови ЕАРС «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі» (2009, 2010) [409, 411], «Кейптаунська декларація», проголошена Міжнародною мережею з педіатричної паліативної допомоги (2009) [430], «Хартія прав дитини, яка помирає. Триєстська Хартія» (2013) [20], «Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини» (2013) [140] тощо.

Узагальнюючи регуляторні положення нормативних документів ВООЗ з питань надання ПХД, можна визначити сучасні стратегічні завдання з розвитку та удосконалення ПХД на національному та міжнародному рівнях, зокрема:

- включення ПХД в усі глобальні плани боротьби з тяжкими захворюваннями та реформування систем охорони здоров'я;
- розробка рекомендацій та методичних документів щодо інтегрування ПХД в усі види медичної допомоги при лікуванні пацієнтів різних нозологій;
- надання державам-членам ВООЗ підтримки щодо покращання доступу ПП до ЛЗ для паліативної фармакотерапії шляхом удосконалення національної НПБ і систем медико-фармацевтичного забезпечення;
- сприяння розширенню доступу ПП-дітей до ПД (у співпраці з ЮНІСЕФ);
- моніторинг глобального доступу до ПХД та оцінювання результатів, що досягнуті у здійсненні програм надання ПХД;
- сприяння виділенню адекватних ресурсів на реалізацію програм і наукових досліджень у сфері ПХД, особливо в країнах з обмеженими ресурсами;

- належне врахування питань біоетики при наданні комплексної ПХД;
- аналіз ефективності моделей надання ПХД у різних країнах тощо [56, 58, 60, 61, 521–523, 526 та інші].

Також Україна має врахувати рекомендації ВООЗ, що М/П повинні одержати адекватну до- та післядипломну підготовку з питань надання ПХД на різних рівнях медичної допомоги. Необхідно здійснювати моніторинг національної НПБ з метою, щоб лікарі, згідно з вимогами ВООЗ та INCB (International Narcotics Control Board), могли безперешкодно, відповідно до медичних показань, призначати і застосовувати НПА. При розробці клінічних протоколів, методичних рекомендацій та настанов необхідно враховувати, що ЛЗ, спосіб та режим їх введення, дозування повинні відповідати потребам та бути погоджені з ПП. А ПП, члени їх сімей/їх законні представники повинні брати участь у прийнятті рішень стосовно плану лікування. [57, 60, 431, 513, 517, 521 та інші].

Контент-аналіз міжнародних документів дає можливість сформулювати основні сучасні міжнародні принципи ПХД, що визнані ВООЗ, Радою Європи, ЕАРС та більшістю країн світу:

- ПХД дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дорослих та дітей) і їх сімей, перед якими постали проблеми, що пов'язані з небезпечними для життя або такими, що обмежують життя, захворюваннями;

- ПХД має виключно важливе значення для покращання відчуття благополуччя, комфорту і людської гідності, та може також позитивно впливати на перебіг хвороби;

- ПХД стверджує життя і ставиться до вмирання як до природного процесу;

- ПХД не прагне ні прискорити, ні віддалити настання смерті;

- медична складова ПХД повинна залишатися провідною і не підмінятися соціальною складовою, але обов'язково доповнюватися нею;

- ПХД забезпечує полегшення болю та інших важких симптомів, що знижують якість життя ПП, завдяки ранньому виявленню, правильній оцінці і лікуванню ХрБС та інших проблем – фізичних, психосоціальних або духовних;

- статус ПП визначається за клінічними показаннями (оцінки тяжкості симптомів, у т. ч. больового, спроможності до самообслуговування і конкретних

потреб ПП, ймовірного прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя), а не тільки за нозологічними формами захворювання, незалежно від місцезнаходження хворого, його віку, статі, економічного статусу тощо;

- доступність ПХД (територіальна, фізична, фінансова тощо) вважається забезпеченою, коли будь-який пацієнт, який цього потребує, може отримати ПХД без зволікання і в повному обсязі;

- ПП повинен мати доступ до усіх необхідних ЛЗ, у т. ч. до НПА;

- ПХД включає психологічні та духовні аспекти допомоги пацієнтам;

- ПХД надає високу значимість задоволення потреби ПП в отриманні адекватної інформації про стан свого здоров'я з урахуванням особистісних і культурних чинників, а також центральної ролі ПП у прийнятті рішень про одержуване лікування;

- будучи ефективною соціально-орієнтованою послугою охорони здоров'я, ПХД пропонує систему реабілітації і підтримки ПП, що допомагає їм жити, по можливості, активно до настання смерті;

- ПХД пропонує систему підтримки близьким ПП під час його хвороби, а також у період горювання/тяжкої втрати після смерті ПП;

- ПХД використовує мультидисциплінарний бригадний/командний підхід для задоволення потреб ПП та членів його сім'ї;

- ПХД надається не тільки хворим на онкологічні захворювання;

- ПХД надається комплементарно, тобто разом, на додаток до основного лікування, спрямованого на одужання, і може бути застосована на ранніх стадіях хвороби у поєднанні з іншими видами терапії, що призначені для продовження життя, такими як хіміо- або радіотерапія, і включає проведення досліджень, необхідних для кращого розуміння розвитку і ведення клінічних ускладнень, що завдають страждань;

- ПХД є одним з етичних аспектів систем охорони здоров'я, і моральним обов'язком працівників охорони здоров'я є полегшення болю та страждань – фізичних, психосоціальних або душевних – незалежно від того, чи піддається захворювання або патологічний стан виліковуванню;

- уряд забезпечує адекватне і рівноправне фінансування закладів і служб ПХД;

- ПХД забезпечує повагу до людської гідності ПП і членів його сім'ї;

- лікар з ПХД здійснює активні лікувально-діагностичні заходи лише в тому випадку, якщо є згода ПП, якщо немає згоди пацієнта – лікування та медичні втручання слід негайно припинити [60, 300, 399, 400, 406, 409, 411, 423, 425, 426, 431, 477, 521 – 523, 526 та інші].

Таким чином, основою для розробки і удосконалення НПБ з питань створення та функціонування системи ПХД в Україні повинні стати міжнародні нормативно-правові акти, що затверджують сучасні принципи, підходи і стандарти організації надання ПХД населенню, гарантують базові права і свободи людини та регулюють надання ПХД, зокрема полегшення страждань, у т. ч. у термінальний період життя.

4.4. Основні напрямки удосконалення і розвитку національної НПБ з питань надання ПХД і СППД

Підсумовуючи результати досліджень, можна зазначити, що серед основних недоліків чинної НПБ стосовно регулювання надання ПХД і СППД населенню в Україні можна виокремити наступні:

– відсутність окремого спеціального («профільного») Закону України «Про паліативну допомогу населенню в Україні» або «Державної Програми розвитку паліативної допомоги в Україні» чи «Національної Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні», що могло б: забезпечити системний, комплексний та структурований підхід до створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД; визначити організаційні механізми міжсекторальної і міжвідомчої координації та взаємодії, адекватне фінансування надання ПХД та СППД на різних адміністративно-територіальних рівнях і з різних джерел; сприяти професійній підготовці і мотивації кадрів; забезпечити врегулювання надання ПХД і СППД громадськими і благодійними організаціями, волонтерами; забезпечити ПП адекватними ЛЗ та товарами медичного призначення для догляду тощо;

– відсутність наказів МОЗ України «Про затвердження Державних Стандартів надання паліативної медичної допомоги», зокрема «Стандартів паліативної і хоспісної медичної допомоги (паліативного лікування)», «Стандартів паліативного догляду», «Стандартів утримання ПП в стаціонарних ЗОЗ ПХД і вдома»,

«Стандартів забезпечення ЗОЗ ПХД кадрами і підготовки персоналу» тощо, що має забезпечити механізми контролю якості, стандартизацію і ліцензування надання ПХД, оптимізувати кадрове забезпечення та професійну підготовку персоналу;

– відсутність у клінічних протоколах лікування більшості важких хронічних захворювань (зокрема, захворювань органів системи кровообігу, дихальної системи і опорно-рухового апарату, ХНН, ХПН, неврологічних захворювань, дитячого церебрального паралічу та інших інкурабельних захворювань у дітей і дорослих тощо) розділів «Паліативна медична допомога та догляд», що має велике як практичне, так і юридичне значення;

– відсутність офіційної статистичної звітності з питань ПХД та реєстрів ПП.

Узагальнюючи викладене вище, основні пропозиції щодо удосконалення і розвитку національної НПБ з питань надання ПХД і СППД представлені у вигляді схеми – Табл. 4.8. (Додаток Е 11) та у Додатку Е 12.

Таким чином, аналіз чинних нормативно-правових актів з питань організації та надання ПХД і СППД свідчить, що урядовці, політики, фахівці у сфері ПХД, правозахисники і представники НДО повинні взяти на себе відповідальність за підтримку і сприяння створенню та впровадженню інноваційного напрямку медико-соціальної допомоги – системи доступної, якісної та ефективної ПХД населенню, що, безперечно, вимагає удосконалення та оптимізації НПБ відповідно до міжнародних підходів, стандартів і норм.

Сьогодні необхідне законодавче врегулювання на державному, регіональному і місцевому рівнях забезпечення МД, міжвідомчого і міжсекторального підходу до надання ПХД та СППД, зокрема забезпечення залучення, координації та співпраці фахівців різних інституцій, міністерств і відомств, приватних і благодійних структур та НДО, але, у першу чергу, МОЗ та Мінсоцполітики України.

Висновки до Розділу 4

Системний контент-аналіз НПБ з питань надання ПХД населенню в Україні та її відповідності міжнародним підходам, стандартам і нормам дозволяє зробити наступні висновки:

1. Згідно з чинною українською НПБ головною метою ПД є забезпечення належної якості життя інкурабельних хворих, у т. ч. у термінальних стадіях захворювання, та при захворюваннях, що загрожують або обмежують їх життя, максимальне полегшення фізичних і моральних страждань ПП та їх близьких, а також збереження людської гідності наприкінці життя. Впродовж останніх десятиліть українське законодавство, відповідно до стандартів і рекомендацій ВООЗ, Ради Європи та інших авторитетних міжнародних інституцій, визнало паліативну допомогу як окремий (самостійний) вид медичної допомоги, затвердило її визначення та завдання, гарантувало доступність та безоплатність її надання населенню, лібералізувало обіг НПА і полегшило доступність ПП до адекватного знеболення, заклало основи міжвідомчої координації систем охорони здоров'я та соціального захисту населення при наданні ПХД і СППД.

2. Створення і розвиток системи доступної, якісної та ефективної ПХД потребує інноваційних підходів для задоволення медичних, психологічних, соціальних та духовних/релігійних потреб ПП та членів їх сімей і, відповідно, оптимізації НПБ, що регламентує організацію та надання ПХД. Державна політика стосовно створення системи ПХД населенню в Україні здійснюється шляхом удосконалення і розвитку НПБ враховуючи міжнародні підходи, стандарти і норми, а також національні соціально-економічні, медико-демографічні, політичні та інші умови і реалії.

3. В Україні сьогодні немає окремих (спеціальних, профільних) Законів, які б регламентували надання ПХД інкурабельним хворим, дотримання прав ПП та членів їх сімей. ПХД і СППД 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, були б розробка і прийняття ВРУ Законів 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».

4. Існує значна потреба у розробці нових і удосконаленні чинних нормативно-правових документів, оскільки сьогодні в Україні часом не дотримується

системність та наступність цієї роботи, або не виконуються через відсутність в Україні механізмів та інституцій державного моніторингу і контролю.

5. Сьогодні існує значна потреба оптимізувати і удосконалити НПБ, враховуючи: нові Закони України і постанови КМУ; український і міжнародний досвід розвитку ПХД; завдання та досвід реформування системи охорони здоров'я в Україні; міжнародні документи ООН, ВООЗ, Ради Європи, ЕАРС, ІАНРС у сфері ПХД; нагальність розробки державного регулювання надання ПХД і паліативного догляду дітям; особливості надання ПХД хворим онкологічного, геріатричного, кардіологічного, неврологічного, психіатричного, фтизіатричного профілю, ПП з ВІЛ-інфекцією/СНІД та іншими нозологіями.

6. У сучасних умовах несприятливої медико-демографічної ситуації та обмежених економічних ресурсів в Україні НПБ з питань ПХД потребує регулярного системного наукового аналізу і обґрунтування, більш широкого залучення крім МОЗ України і Мінсоцполітики України, також інших органів державної влади, зокрема, МОН України, МВС України, Міністерства оборони України, а також регіональних і муніципальних органів влади, які, в межах своїх повноважень, залучені до формування та здійснення державної політики у сфері ПХД, науковців, експертів НДО.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

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. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання деяких висновків).*

2. 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.

3. МОЗ України. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / В. І. Іволгін, Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич, Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Зб.: Щорічна доповідь

про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – С. 266–293. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

4. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні./ Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока, Ю. І. Губський, Р. О. Моїсеєнко, А. В. Царенко та ін. // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. / За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 284–301. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

5. 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. *(Дисертантові належить збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

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

7. Губський Ю. Діяльність Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України у 2010 році щодо удосконалення нормативно-правової бази паліативної та хоспісної медицини в Україні / Ю. Губський, А. Царенко, А. Шевчик, О. Бабійчук // Медичне право. – 2011. – №2. – С. 4–16. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

8. 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, O. Bratsyun // European Journal of Palliative Care. 13-th World Congress of the European Association for Palliative Care (30 May – 2 June 2013, Prague). Abstracts. – 2013. – P. 207. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

9. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

10. Царенко А. В. Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Матеріали Першої НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні» // Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський: Наукове видання. – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 168–176.

11. 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 // 11-th Congress of the European Association for Palliative Care. 7–10.05.2009. Abstracts. – Austria. Vienna, 2009. – P. 120. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

РОЗДІЛ 5

СИСТЕМНИЙ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ АНАЛІЗ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

5.1. Системний аналіз забезпеченості населення паліативною і хоспісною медичною допомогою в регіональному аспекті

Враховуючи актуальність та велике значення проблеми створення і розвитку системи ПХД населенню в Україні, яка б відповідала кращим сучасним міжнародним стандартам і нормам, очевидною є необхідність розвитку мережі закладів, де надають ПХД та СППД, які підпорядковані як МОЗ України, так і Мінсоцполітики України, а також закладів ПХД та паліативного догляду різних форм власності, у т. ч., які належать приватним структурам, громадським, благодійним та релігійним організаціям. Питання створення, розвитку та функціонування закладів ПХД і служби СППД, а також організації надання ПХД покладено на регіональні і місцеві органи влади.

Розкриваючи виконання такого завдання дослідження як комплексний аналіз стану організації надання ПХД населенню в Україні нами було проведене соціологічне дослідження, методика якого описана у Розділі 2. Оскільки в існуючих звітних формах державної статистики не передбачені дані щодо надання ПХД населенню, нами у 2015, 2017 і 2018 рр., були розроблені спеціальні анкети (Додатки Ж 1, Ж 2), які, за підтримки ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», були надіслані до керівників обласних рад і обласних державних адміністрацій. Слід зазначити, що деякі керівники регіональних органів влади не надали інформацію, зазначивши, що «ні МОЗ України, ні Міністерством соціальної політики України запитувана інформація не передбачена статистично-звітною формою» або «статистичні дані відсутні».

Вже минуло понад 20 років як в Україні були створені перші хоспіси: у м. Львові (1997 р.), м. Івано-Франківську (1997 р.), м. Коростені, Житомирської області (1997 р.), м. Херсоні (1999 р.), м. Харкові (2000 р.), м. Запоріжжі (2002 р.), м. Луцьку (2002 р.), а також ВПХМ при онкологічних диспансерах (зокрема, у

містах Києві, Севастополі, Донецьку, Сімферополі) і лікарнях загального профілю (зокрема, у м. Києві – міські лікарні № 2 і № 10, м. Харкові – міська лікарня № 17, м. Львові – шпиталь імені А. Шептицького і міська лікарня № 4), психіатричних лікарнях (зокрема, у м. Харкові, м. Сміла, Черкаської області, м. Чернігові) та протитуберкульозних диспансерах (зокрема, у м. Севастополі, м. Херсоні), паліативні палати та ліжка у Центрах профілактики та боротьби зі СНІД (зокрема, у м. Києві, м. Полтаві, м. Вінниці) та інші. Нарешті, у 2013 р. в м. Надвірна, Івано-Франківської області, був створений перший Центр паліативної допомоги для дітей. Ініціативу підтримали органи охорони здоров'я у містах Харкові, Рівному і Києві, де у 2016, 2018 і 2019 роках, відповідно, були створені педіатричні центри паліативної допомоги.

Згідно з даними МОЗ України і ОДА, впродовж 2009–2019 років нові хоспіси були створені в 9 областях, відділення ПХМ – у 18 областях та м. Києві (Рис.5.1. Табл. 5.1–5.3). Слід відзначити, що інформація про заклади ПХД недержавної форми власності в надісланих з регіонів опитувальниках відсутня. Також, незважаючи на чинне законодавство, в інформації з регіонів практично відсутні дані про надання СППД закладами соціального захисту населення. Результати аналізу опитувальників, які надійшли з регіонів, а також застосування методу медичної картографії дозволили визначити забезпеченість ПХД населення в цілому по Україні і в розрізі областей та засвідчили, що темпи і обсяги розвитку закладів та служб ПХД в Україні надзвичайно неоднорідні і ще не відповідають існуючим потребам населення.

Отже, станом на 01.01.2019 р. спеціалізована стаціонарна ПХД в Україні надавалась у 21 ЗОЗ ПХД: 2 центрах ПХД (у м. Івано-Франківську і м. Харкові) і 17 лікарнях «Хоспіс», як юридично самостійних ЗОЗ, в яких було розгорнуто 622 ліжок для ПП, а також 2 лікарнях сестринського догляду на 35 ліжок. (Табл. 5.2). Крім цього стаціонарна ПХД надавалась у 71 відділені ПХМ у ЗОЗ різного профілю, в яких було розгорнуто 1546 ліжок, і у 2 відділеннях паліативного догляду в закладах соціального захисту населення – 51 ліжко. Також було розгорнуто 723 ліжка для ПП у ЗОЗ різного профілю. Усього станом на 01.01.2019 р. в Україні функціонували 2977 ліжок для ПП (при мінімальній потребі 4250

ліжок – згідно з рекомендаціями ВООЗ – 8–10 ліжок на 100 тис. населення), що становить 69,9 % від розрахункової потреби. Стаціонарні ЗОЗ ПХД педіатричного профілю були розгорнуті лише у 4 містах України (містах Надвірна, Івано-Франківської обл., Київ, Рівне, Харків). (Табл. 5.2–5.5; Рис. 5.1., Рис. 5.2, Рис. 5.3).

У деяких областях (зокрема у Кіровоградській, Полтавській, Закарпатській, Вінницькій, Львівській та деяких інших) високі показники забезпечення стаціонарними ліжками для ПП досягаються за рахунок створення (відкриття) 1, 2, 3 або 4 паліативних ліжок у терапевтичних або хірургічних відділеннях ЗОЗ різного профілю. Але ж таку незначну кількість ліжок неможливо забезпечити цілодобовим медсестринським постом, не говорячи про дотримання принципів мультидисциплінарності і 4 обов'язкових складових ПХД. Складається враження, що керівники деяких ЗОЗ роблять це формально для звітності.

Якщо впродовж останніх 10 років, кількість стаціонарних ЗОЗ та відділень ПХМ збільшилася у 3,1 рази (з 30 у 2010 р. до 92 у 2019 р.), а кількість ліжок для ПП зросла, відповідно, у 4,3 рази (з 690 до 2977) (Табл. 5.1; Рис. 5.1), то якість надання ПХД у багатьох ЗОЗ є незадовільною, про що свідчать інформація від омбудсменів, представників НДО та ЗМІ, а також результати нашого соціологічного дослідження.

Аналіз даних, які надійшли з регіонів України, засвідчив, що досі не створені обласні хоспіси або центри ПХД у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Луганській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та міський хоспіс або центр ПХД у м. Києві, які б здійснювали крім діагностично-лікувальних функцій, ще й організаційно-методичну роботу на території регіону, підготовку кадрів, наукову діяльність тощо. Згідно з наданими ДОЗ Київської ОДА даними, в області не створено жодного ЗОЗ ПХД або відділення ПХМ державної або муніципальної форми власності (Табл. 5.2–5.5; Рис. 5.2. Рис. 5.3).

**Динаміка розвитку стаціонарних закладів ПХД і паліативного догляду в
Україні у 2010–2019 рр.**

| Назва закладу ПХД | 2010 | | 2014 | | 2019 | | ТПр 2019 до 2010 (разів) | |
|---|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------------------|--------------|
| | К-ть закладів | К-ть ліжок | К-ть закладів | К-ть ліжок | К-ть закладів | К-ть ліжок | К-ть закладів | К-ть ліжок |
| Хоспіс/ Центр ПХД | 7 | 250 | 12 | 450 | 17 | 622 | + 2,43 | +2,49 |
| Відділення ПХД | 23 | 440 | 50 | 1250 | 71 | 1546 | + 3,09 | +3,51 |
| Ліжка для ПП в ЗОЗ | | | | 220 | | 723 | | |
| Лікарня/ відділення сестринського догляду | | | | | 2 | 35 | | |
| Усього | 30 | 690 | 62 | 1920 | 90 | 2926 | + 3,00 | +4,24 |
| Заклади паліативного догляду системи соціальної опіки | - | - | - | - | 2 | 51 | | |
| Усього | 30 | 690 | 62 | 1920 | 92 | 2977 | + 3,07 | +4,31 |

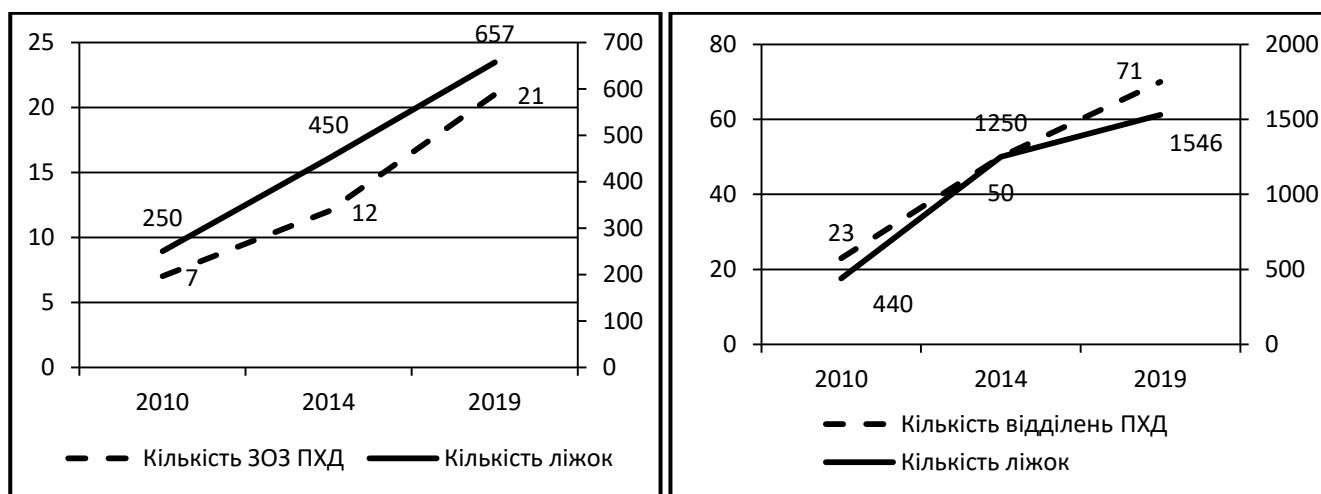


Рис. 5.1. Розвиток спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД в Україні у 2010–2019 рр.

Результати наших досліджень свідчать про недостатній розвиток МД виїзних бригад ПХД, фахівці яких разом з лікарями ЗП-СЛ і лікарями ЗОЗ ПМСД надавали б кваліфіковану ПХД в домашніх умовах. Амбулаторну ПХД населенню в Україні, станом на 01.01.2019 р., надавали лише 13 виїзних бригад ПХД вдома і 5 виїзних бригад паліативної допомоги дітям, 2 кабінети протибольової терапії, які створені при хоспісах, відділеннях ПХМ, центрах ПМСД як державних ЗОЗ, так і при БО та НДО, що становить 6,43 % від розрахункової потреби. (Табл. 5.2, 5.3). Якщо взяти за основу рекомендації ВООЗ, що одна виїзна (мобільна) бригада/служба ПХД вдома повинна бути створена на кожні 150 тис. населення, то в Україні має бути створено, мінімум, 280 виїзних бригад ПХД. Виїзні бригади ПХД вдома були створені у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Чернігівській, Харківській та Хмельницькій областях та у м. Києві. У деяких регіонах створені виїзні бригади для знеболення хронічних хворих вдома, у т. ч. ПП. Це – вкрай недостатньо, і зумовлює таку ситуацію, коли мешканці багатьох населених пунктів, особливо в сільській місцевості, поки що взагалі не можуть отримати спеціалізовану ПХД.

Недостатня мережа стаціонарних ЗОЗ ПХД та виїзних служб/бригад надання ПХД вдома зумовлює значну потребу та необхідність залучення до надання ПХД вдома лікарів ЗП-СЛ. Це має вирішити проблему доступності ПХД, як у містах, так і в сільській місцевості. Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам удома в Німеччині, Нідерландах, Бельгії, Польщі, Словаччині, Молдові, Угорщині, Республіці Білорусь та інших країнах, про що йшлося в Розділі 1, засвідчили про значне поширення амбулаторної форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дає змогу організувати взаємодію та співпрацю фахівців ЗОЗ і установ соцзахисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД. ВООЗ, ЕАРС та інші авторитетні міжнародні фахові організації рекомендують впровадження стаціонарзамінних форм ПХД за умови дотримання принципів і стандартів, у першу чергу, забезпечення адекватного знеболення і МД підходу.

**Стационарні ЗОЗ ПХД в Україні в регіональному аспекті
(станом на 01.01.2019 р.)**

| Адміністративні території | Стационарні ЗОЗ ПХД | |
|---------------------------|--|---|
| | Назва ЗОЗ, підпорядкування, розташування, к-ть і профіль стаціонарних ліжок | Усього к-ть ЗОЗ ПХД і к-ть ліжок |
| Вінницька обл. | КЗ «Козятинська обласна туберкульозна лікарня» м. Козятин – 30 спеціалізованих ліжок фтизіатричного профілю | 1 ЗОЗ; 30 ліжок |
| Волинська обл. | 1) Волинська обласна лікарня «Хоспіс», УОЗ ОДА, м. Луцьк – 25 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю 2) КЗ «Волинська обласна лікарня «Хоспіс» м. Ковель», УОЗ ОДА, м. Ковель – 50 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю 3) Хотешівська туберкульозна лікарня обласного територіального медичного протитуберкульозного об'єднання, с. Хотешів Камінь-Каширського району – 25 ліжок фтизіатричного профілю | 3 ЗОЗ; 100 ліжок |
| Донецька обл. | КЛПУ «Міський протитуберкульозний диспансер м.Торецька», м.Торецьк – 40 ліжок фтизіатричного профілю | 1 ЗОЗ; 40 ліжок |
| Житомирська обл. | Будинок сестринського догляду «Хоспіс Святої Олени» Товариства Червоного Хреста України, Ольгинського братства Української православної церкви, м. Коростень – 27 ліжок геріатричного та медико-соціального профілю | 1 ЗОЗ; 27 ліжок |
| Запорізька обл. | Благодійний заклад «Хоспіс Архангела Михаїла», м. Запоріжжя – 25 ліжок онкологічного, геріатричного та медико-соціального профілю | 1 ЗОЗ; 25 ліжок |
| Івано-Франківська обл. | Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги, ДОЗ Івано-Франківської ОДА, м. Івано-Франківськ – 30 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю. Виїзне/консультативне відділення для дорослих і дітей. | 1 ЗОЗ; 30 ліжок і 1 виїзна бригада та 1 виїзна бригада ПХД вдома для дітей |
| Львівська обл. | 1) Комунальна Львівська міська лікарня «Хоспіс», ДОЗ Львівської міської ради, м. Львів – 30 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю. 2) Самбірська районна лікарня «Хоспіс» УОЗ | 4 ЗОЗ; 110 ліжок |

| | | |
|--------------------|---|---|
| | Самбірської районної ради, Самбірський район, с. Сіде – 30 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю 3) Олеська районна лікарня «Хоспіс» УОЗ Буської районної ради, Буський район, смт. Олеськ – 25 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю. 4) Белзська районна лікарня «Хоспіс» УОЗ Сокальської районної ради, Сокальський район, м. Белз – 25 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю. | |
| Миколаївська обл. | 1) Миколаївський обласний центр паліативної допомоги та інтегрованих послуг МОР, ДОЗ ОДА, м. Миколаїв – 30 ліжок онкологічного, інфекційного (ВІЛ-інфекція/СНІД) та терапевтичного профілю. 2) Мультидисциплінарна виїзна бригада ПХД вдома. | 1 ЗОЗ, 30 ліжок; 1 виїзна бригада |
| Полтавська обл. | 1 лікарня сестринського догляду у Лохвицькому районі – 10 ліжок геріатричного і терапевтичного профілю (у складі Лохвицької ЦРЛ). | 1 ЗОЗ; 10 ліжок |
| Рівненська обл. | 1) Заклад паліативної медицини «Хоспіс» при Вищому комунальному навчальному закладі «Дубенський медичний коледж» РОР, ДОЗ ОДА, м. Дубно – 35 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю. 2) Мультидисциплінарна виїзна бригада ПХД вдома. 3) Центр реабілітації і паліативної допомоги для дітей у м.Рівне – 6 ліжок | 1 ЗОЗ; 35 ліжок; 1 виїзна бригада |
| Тернопільська обл. | Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс», ДОЗ ОДА, Тернопільський район, с. Плотича – 35 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю. | 1 ЗОЗ; 30 ліжок |
| Харківська обл. | 1) Комунальний заклад охорони здоров'я «Харківський обласний центр паліативної медицини «Хоспіс», ДОЗ ОДА, м.Харків – 80 ліжок онкологічного, геріатричного та терапевтичного профілю. Мультидисциплінарна виїзна бригада ПХД вдома. 2) Харківська міська дитяча лікарня № 5, м. Харків, КНП ХОР «Обласний спеціалізований будинок дитини «Гіппократ» – 20 ліжок педіатричного профілю. 1 виїзна бригада ПХД вдома для дітей | 2 ЗОЗ; 100 ліжок; 1 виїзна бригада ПХД для дорослих і 1 виїзна бригада ПХД вдома для дітей |
| Херсонська | Херсонська обласна лікарня «Хоспіс», ДОЗ ОДА, м. Херсон – 50 ліжок онкологічного та | 1 ЗОЗ; 50 ліжок |

| | | |
|------------------|--|--------------------|
| обл. | терапевтичного профілю. | |
| Чернівецька обл. | Комунальна медична установа «Лікарня Хоспіс» для хворих на туберкульоз, с. Молодія, Глибоцького р-ну – 40 ліжок фтизіатричного профілю | 1 ЗОЗ; 40 ліжок |
| Україна | 21 ЗОЗ ПХД / 657 ліжок 4 виїзні бригади для дорослих і 2 – для дітей, які надавали ПХД вдома | |

Таблиця 5.3.

Відділення паліативної і хоспісної медицини в регіонах України
(станом на 01.01.2019 р.)

| Адміністративні території | Відділення паліативної і хоспісної медицини | |
|---------------------------|---|-------------------|
| | К-ть відділень ПХМ. К-ть і профіль стаціонарних ліжок | Усього к-ть ліжок |
| Вінницька обл. | 2 відділення ПХМ – 45 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю | 45 ліжок |
| Волинська обл. | 0 відділень. | 0 ліжок |
| Дніпропетровська обл. | 9 відділень ПХМ – 142 ліжка онкологічного та терапевтичного профілю; виїзна бригада ПХД вдома у м.Дніпро | 142 ліжка |
| Донецька обл. | 4 відділення ПХМ: 25 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю; 25 ліжок фтизіатричного профілю; 7 спеціалізованих ліжок для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД | 57 ліжок |
| Житомирська обл. | 0 відділень. | 0 ліжок |
| Закарпатська обл. | 3 відділення ПХМ – 60 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю; 2 виїзні бригади ПХД вдома у м. Ужгород і м. Берегово | 60 ліжок |
| Запорізька обл. | 2 відділення ПХМ – 75 ліжок фтизіатричного профілю; | 75 ліжок |
| Івано-Франківська обл. | 6 відділень ПХМ: 30 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю; 30 ліжок психоневрологічного профілю для хворих на деменцію; | 90 ліжок |

| | | |
|---------------------|--|---------------------|
| | 15 ліжок фтизіатричного профілю; 15 ліжок педіатричного профілю. | |
| Київська обл. | 0 відділень. | 0 ліжок |
| Кіровоградська обл. | 1 відділення ПХМ – 25 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю. | 25 ліжок |
| Луганська обл. | Інформація відсутня | Інформація відсутня |
| Львівська обл. | 4 відділення ПХМ – 92 ліжка онкологічного і терапевтичного профілю; 1 виїзна бригада ПХД вдома для дітей у м. Львів. | 92 ліжка |
| Миколаївська обл. | 1 відділення ПХМ – 40 ліжок фтизіатричного профілю. | 40 ліжок |
| Одеська обл. | 1 відділення ПХМ – 18 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю. | 18 ліжок |
| Полтавська обл. | 7 відділень ПХМ: 96 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю; 30 ліжок онкологічного профілю; 20 ліжок фтизіатричного профілю. | 146 ліжок |
| Рівненська обл. | 2 відділення ПХМ – 50 ліжок фтизіатричного профілю. | 50 ліжок |
| Сумська обл. | 6 відділень ПХМ: 102 ліжка онкологічного і терапевтичного профілю; 20 ліжок фтизіатричного профілю. | 122 ліжка |
| Харківська обл. | 2 відділення ПХМ: 80 ліжок онкологічного, геріатричного та терапевтичного профілю; 20 ліжок психіатричного та терапевтичного профілю. | 100 ліжок |
| Херсонська обл. | 1 відділення ПХМ – 15 ліжок фтизіатричного профілю. | 15 ліжок |
| Хмельницька обл. | 3 відділення ПХМ: 25 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю 25 ліжок фтизіатричного профілю; 5 ліжок для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. | 55 ліжок |
| Черкаська обл. | 7 відділень ПХМ: 15 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю; 10 ліжок фтизіатричного профілю; 18 ліжок онкологічного профілю; 20 ліжок психіатричного, геріатричного та терапевтичного профілю. 56 ліжок геріатричного та терапевтичного профілю | 124 ліжка |

| | | |
|-------------------|---|-------------------|
| | і 5 ліжок соціального догляду. | |
| Чернігівська обл. | 3 відділення ПХМ: 40 ліжок психіатричного, геріатричного та терапевтичного профілю; 60 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю; виїзна бригада ПХД вдома у м.Чернігів | 100 ліжок |
| м. Київ | 7 відділень ПХМ: 25 ліжок онкологічного профілю; 170 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю; 5 виїзних бригад ПХД вдома для дорослих і 2 виїзні бригади ПХД вдома педіатричного профілю. | 195 ліжок |
| Україна | 71 відділення ПХМ; 9 виїзних бригади ПХД вдома; 3 виїзні бригади ПХД вдома педіатричного профілю | 1546 ліжок |

Таблиця 5.4.

Ліжка для ПП в ЗОЗ в регіонах України (станом на 01.01.2019 р.)

| Адміністративні території | Ліжка для ПП у ЗОЗ різного профілю | |
|---------------------------|---|--------------|
| | К-ть і профіль стаціонарних ліжок | Усього ліжок |
| Вінницька обл. | 4 спеціалізованих ліжка для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД | 4 ліжка |
| Волинська обл. | 0 | 0 ліжок |
| Дніпропетровська обл. | 22 ліжка онкологічного і терапевтичного профілю; | 22 ліжка |
| Донецька обл. | 0 | 0 ліжок |
| Житомирська обл. | 10 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю. | 10 ліжок |
| Закарпатська обл. | 9 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю; 72 ліжка терапевтичного та геріатричного профілю у складі терапевтичних відділень; 20 ліжок фтизіатричного профілю. | 101 ліжок |
| Запорізька обл. | 6 спеціалізованих ліжок для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД; 10 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю. | 16 ліжок |
| Івано-Франківська обл. | 5 ліжок для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД; 10 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю. | 15 ліжок |

| | | |
|-----------------------|---|---------------------|
| Київська обл. | 0 | 0 ліжок |
| Кіровоградська обл. | 9 ліжок у складі хірургічних відділень; 15 ліжок у складі терапевтичних відділень; 4 ліжка у складі інфекційних відділень. | 53 ліжка |
| Луганська обл. | Інформація відсутня | Інформація відсутня |
| Львівська обл. | 98 ліжок у складі терапевтичних та хірургічних відділень. | 98 ліжок |
| Миколаївська обл. | 13 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю у складі терапевтичних відділень. | 13 ліжок |
| Одеська обл. | 0 | 0 ліжок |
| Полтавська обл. | 6 ліжок для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД; 50 ліжок онкологічного, геріатричного і терапевтичного профілю у складі терапевтичних відділень. | 56 ліжок |
| Рівненська обл. | 10 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю у складі терапевтичних відділень. | 10 ліжок |
| Сумська обл. | 57 ліжок онкологічного та терапевтичного профілю у складі терапевтичних відділень. | 57 ліжок |
| Харківська обл. | 5 ліжок для хворих на конфекцію ТБ/СНІД | 5 ліжок |
| Херсонська обл. | 0 | 0 ліжок |
| Хмельницька обл. | 5 ліжок для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД 85 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю у складі терапевтичних відділень. | 90 ліжок |
| Черкаська обл. | 31 ліжок терапевтичного профілю у складі терапевтичних відділень. | 31 ліжко |
| Чернігівська обл. | 167 ліжок онкологічного і терапевтичного профілю у складі терапевтичних відділень. | 167 ліжок |
| м. Київ | 0 | 0 ліжок |
| Усього Україна | 26 спеціалізованих ліжка для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД; 5 ліжок для хворих на конфекцію ТБ/СНІД; 20 ліжок фтизіатричного профілю; 4 ліжка у складі інфекційних відділень; 668 ліжок онкологічного, геріатричного і терапевтичного профілю у складі терапевтичних та хірургічних відділень. | 723 ліжка |

**Забезпеченість ліжками у ЗОЗ і відділеннях ПХД в регіональному аспекті
(дані на 01.01.2019 р.)**

| Адміністративні території | Заклади і відділення ПХД | | Усього число ЗОЗ ПХД та відділень ПХМ/ усього ліжок для ПП | Забезпеченість ліжками | |
|---------------------------|----------------------------------|---|--|--------------------------------|---|
| | число закладів ПХД / в них ліжок | число відділень ПХМ / в них ліжок+ ліжок для ПП в ЗОЗ | | За нормативом/ % від нормативу | Наявна на 100 тис. населення/ % від середнього по Україні |
| Вінницька | 1/30 | 2/45+4 | 3/79 | 158/31,3 | 5/83,3 |
| Волинська | 3/100 | 0 | 3/100 | 104 | 104/96,2 |
| Дніпропетровська | 0 | 7/100+22 | 7/122 | 323/37,2 | 4/66,7 |
| Донецька | 1/40 | 4/57 | 5/97 | 425/22,8 | 2/33,3 |
| Житомирська | 1/27 | 0/0 + 10 | 1/37 | 124/29,8 | 3/50,0 |
| Закарпатська | 0 | 3/60 +101 | 1/161 | 126/127,8 | 13/216,7 |
| Запорізька | 1/25 | 2/75+16 | 3/116 | 174/66,7 | 6/100,0 |
| Івано-Франківська | 1/30 | 6/90+15 | 7/140 | 138/101,1 | 10/166,7 |
| Київська | 0 | 0 | 0 | 0 | 173/0 |
| Кіровоградська | 0 | 1/25+27 | 1/52 | 96/26,0 | 5/83,3 |
| Луганська | Інформація відсутня | Інформація відсутня | Інформація відсутня | Інформація відсутня | Інформація відсутня |
| Львівська | 4/110 | 4/92+98 | 8/300 | 252/119,0 | 12/200,0 |
| Миколаївська | 1/30 | 1/40+13 | 2/83 | 115/72,2 | 7/116,7 |
| Одеська | 0 | 1/18 | 1/18 | 239/7,5 | 0,8/13,3 |
| Полтавська | 0 | 8/156+56 | 8/212 | 142/149,3 | 15/250,0 |
| Рівненська | 2/45 | 2/50+10 | 4/105 | 116/90,5 | 8/133,3 |
| Сумська | 0 | 6/120+57 | 6/177 | 110/120,9 | 16/266,7 |
| Тернопільська | 1/30 | 0 | 1/30 | 106/28,3 | 3/50,0 |
| Харківська | 2/100 | 2/100+5 | 4/205 | 269/74,3 | 7/116,7 |
| Херсонська | 1/50 | 1/15 | 2/65 | 105/47,6 | 5/83,3 |
| Хмельницька | 0 | 3/55+90 | 3/145 | 128/113,3 | 11/183,3 |
| Черкаська | 0 | 7/124+31 | 7/155+2/51 | 123/120,8 | 12/200,0 |
| Чернівецька | 1/40 | 0 | 1/40 | 91/44,0 | 4/66,7 |
| Чернігівська | 0 | 3/100+167 | 3/267 | 102/261,8 | 26/433,3 |
| м. Київ | 0 | 7/195 | 7/195 | 295/55,6 | 5,6/93,3 |
| Україна | 21/657 | 71/1546+723 | 94/2977 | 4258/69,9 | 6/100,0 |

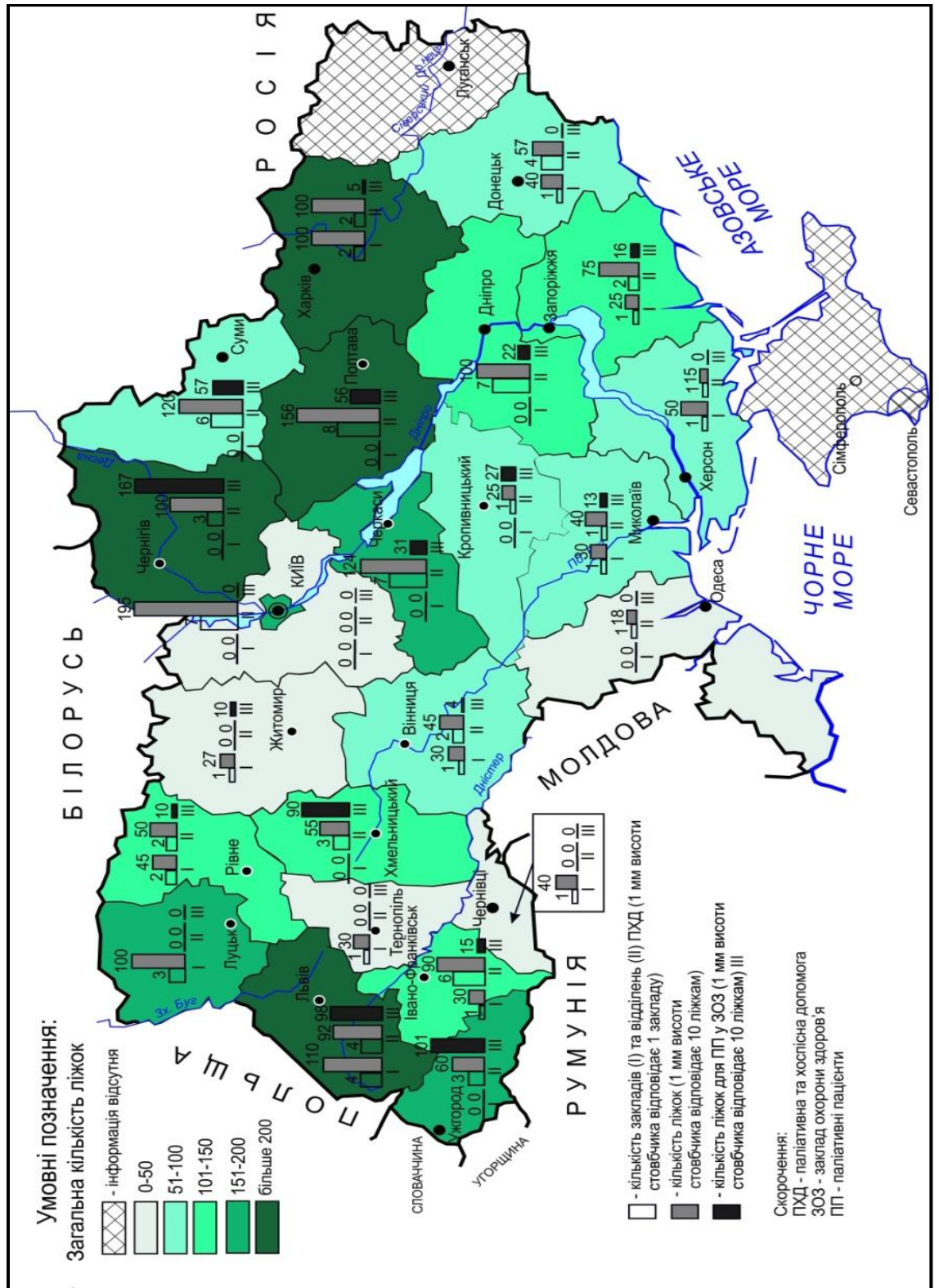


Рис. 5.2. Розміщення ZOZ і відділень ПХД та ліжок для ПП в регіонах України станом на 01.01.2019 р.

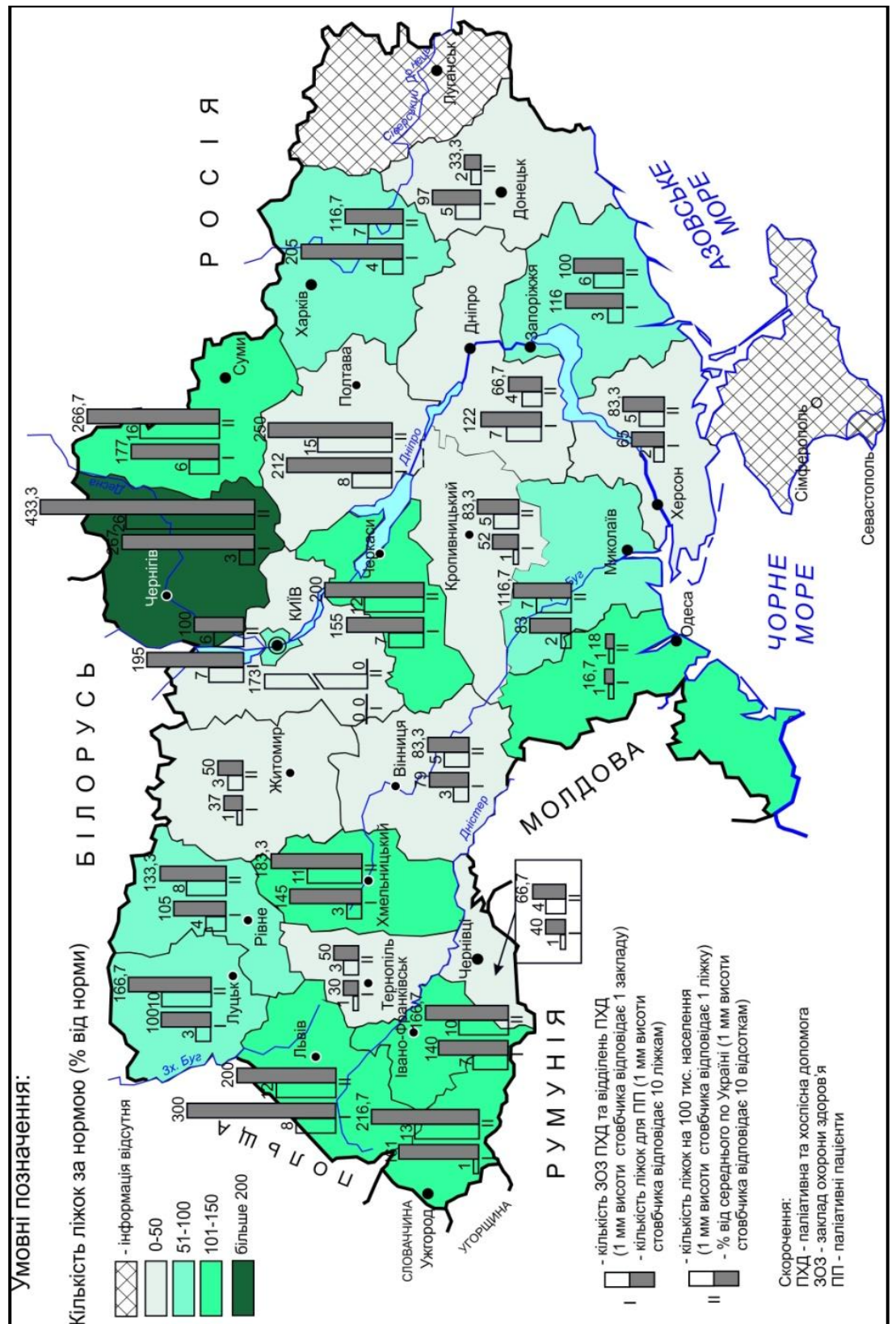


Рис. 5.3. Розміщення ЗОЗ і відділень ПХД та к-сть ліжок для ПП на 100 тис. населення в регіонах України на 01.01.2019 р.

Аналіз опитувальників також засвідчив, що майже увесь тягар надання ПХД регіональні та місцеві органи влади у більшості областей неправомірно переклали на органи та заклади охорони здоров'я, хоча, несприятлива демографічна ситуація в нашій країні зумовлює збільшення контингенту ПП, які потребують довготривалого паліативного лікування і догляду та перебувають або вдома, або в закладах і установах системи соціального захисту населення – будинках-інтернатах для громадян похилого віку та інвалідів, ТЦСО тощо. За даними Мінсоцполітики України, сьогодні в Україні функціонують 658 ТЦСО населення, персонал яких опікується 1,43 млн. осіб (у т. ч. 820,1 тис. осіб у сільській місцевості), з яких 340 тис. – старші за 80 років, 31 тис. осіб – з п'ятою групою рухової активності (ліжково-хворі). При Терцентрах створено 176 відділень, що надають соціально-медичні послуги та здійснюють догляд за 160 тис. підопічних, 771 відділення соціальної допомоги вдома, які надають соціальні послуги та здійснюють догляд за понад 430 тис. осіб. У 287 інтернатних установах для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю обслуговуються 46 тис. осіб, з них 13 тис. осіб – ліжково-хворі. Зазначене вимагає як розширення мережі таких закладів, так налагодження дієвої координації і співпраці ЗОЗ та закладів соціальної опіки. [305].

Проте, ні матеріально-технічна база значної кількості ЗОЗ ПХД, ні умови перебування хворих у них (палати на 3, 4, 5 і більше! тяжкохворих та помираючих пацієнтів) та відсутність умов для спільного перебування родичів ПП, роботи психологів, священнослужителів, волонтерів тощо, що не відповідає чинним у більшості країн Європи та світу стандартам.

Також окремої уваги потребує питання «фізичної» та «фінансової» доступності ПП до НПА. «Фізична» доступність залежить від кількості аптек, які мають ліцензію на реалізацію (відпуск) підконтрольних ЛЗ, а «фінансова» доступність визначається ціною НПА. За даними українських авторів [117, 350 та інші] та міжнародної організації «Human Rights Watch» [441], з 22 980 аптечних закладів лише 518 (2,2 %) аптек, згідно з Реєстром ліцензіатів Держлікслужби України, мають ліцензію на реалізацію (відпуск) підконтрольних ЛЗ. За даними Я. А. Толкачової (2017), 407 (78,8 %) з цих аптечних закладів розташовані в містах,

110 (21 %) – у селищах міського типу, і тільки 1 аптека – у сільському населеному пункті (с. Червона Слобода, Черкаської обл.).

Щодо «фінансової» доступності ПП до НПА, то слід зазначити, що ціна однієї ампули морфіну гідрохлориду 0,1 1 мл в аптеках на початок 2019 р., у середньому, становила від 60 до 70 грн. Якщо ПП з інтенсивним ХрБС потребує для адекватного знеболення 6 ампул морфіну на добу, то це коштує, мінімум, 360 грн, або 2520 грн на тиждень чи 10080 грн на місяць (а ще потрібно придбати інші дорогі ЛЗ для симптоматичної фармакотерапії, памперси та інші предмети догляду і продукти харчування), що стає, практично, непосильним фінансовим тягарем для більшості українських сімей.

Сьогодні Україна має поки що незначний досвід з питань ПД дітям. Країни світу, які мають вже багаторічний досвід організації ПД дітям, зазначають недоцільність створення хоспісів для дітей як аналога хоспісу для дорослих. Для дітей більш прийнятним є створення паліативної служби, що враховує психологічні та емоційні особливості і потреби батьків та доглядальників/персоналу з огляду на значно триваліший період ПД дітям.

На даний час діє перший в Україні Центр паліативної допомоги дітям у м. Надвірна, Івано-Франківської обл., який створено на базі будинку дитини ДОЗ ОДА. Центр був відремонтований шляхом залучення як комунальних коштів, так і коштів громадськості, які збиралися під час проведення обласного благодійного телемарафону та інших благодійних акцій. У травні 2017 р. на базі центру відкрито виїзну бригаду ПД дітям. Суттєва робота проведена ДОЗ Львівської ОДА, де із залученням благодійних коштів у квітні 2017 р. при Західноукраїнському спеціалізованому дитячому медичному центрі створено «Мобільний хоспіс для дітей». Цей ЗОЗ надає допомогу за місцем проживання або перебування ПП, консультує м/п з питань ПД, надає інформаційну підтримку батькам/опікунам, соціальним працівникам та волонтерам. Важливим здобутком є те, що ця служба опікується 18 пацієнтами з трахеостомами, життєдіяльність 7 з яких підтримується апаратами ШВЛ.

У м. Київ видано наказ ДОЗ КМДА від 10.09.2013 № 501 «Про створення відділення паліативної та хоспісної допомоги дитячому населенню м. Києва». Зараз на базі Київської міської шкірно-венерологічної лікарні завершуються ремонтно-будівельні роботи стаціонарного паліативного відділення для дітей, працює виїзна бригада ПХД дітям вдома. З серпня 2018 року на базі Київського міського дитячого діагностичного центру успішно працює відділення мобільної паліативної допомоги дітям, МД команда якого надає паліативну медичну допомогу, психологічну підтримку та соціальні послуги родинам з ПП-дітьми в домашніх умовах. Налагодили співпрацю з громадськими/волонтерськими організаціями, благодійними фондами, у т. ч. міжнародними.

Заслуговує на увагу досвід роботи створеного на базі КНП «Обласний спеціалізований будинок дитини «Гіппократ» у Харкові відділення паліативної допомоги дітям, де надають стаціонарну і мобільну МД ПД.

В Україні існує потреба у створенні стаціонарних центрів ПД дітям у кожній адміністративній території із орієнтовного розрахунку, відповідно до рекомендацій ВООЗ та ЄАПД, 20 ліжок на 100 тис. дитячого населення (з огляду потреби – від 8 до 16 тис. дітей, які мають тяжкі інкурабельні захворювання). Тому, враховуючи адміністративно-територіальний устрій нашої країни, обмеженість бюджетного фінансування, відсутність потужних благодійних фондів і НДО, які сьогодні готові взяти на себе співфінансування таких центрів і забезпечити повноцінну волонтерську допомогу, кожна область, відповідно до постанови КМУ від 10.07.2019 р. № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям», повинна створити такий центр у комунальній власності з, мінімум, однією спеціалізованою педіатричною бригадою амбулаторної/виїзної ПД для формування і розвитку педіатричної служби ПХД.

5.2. Аналіз доступності пацієнтів до ПХД в регіональному аспекті

Результати поведеного нами соціологічного дослідження, що представлені у Табл. 5.6, свідчать про кількість ПП, яким була надана стаціонарна ПХД як у містах, так і в сільській місцевості. Помітна суттєва різниця між регіонами. Загальна кількість ПП, яким була надана стаціонарна ПХД у 2017 р., склала 22397

осіб, або, в середньому, 52,8 на 100 тис. нас., і коливалася від 216,7 на 100 тис. нас. у Сумській, 202,4 – у Чернігівській і 183,5 – у Полтавській обл. до 3,9 на 100 тис. нас. в Одеській, 5,1 – у Житомирській і 6,5 у Рівненській областях. Якщо врахувати, що, відповідно до міжнародних стандартів, стаціонарної ПХД потребують 10–15 % ПП, то можна визначити орієнтовну потребу у стаціонарній ПХД, яка за нашими розрахунками становить 161,7 на 100 тис. нас.. Отже, фактичний середній показник по Україні кількості ПП на 100 тис. нас., яким у 2017 р. була надана стаціонарна ПХД, становить 32,7 % від розрахункової потреби.

Також значно відрізняються показники надання стаціонарної ПХД, яку одержали у 2017 р. ПП в обласних центрах – від 152,3 на 100 тис. нас. у Миколаєві і 151,7 – у Вінниці до 0 – в Житомирі, Одесі, Рівному, Сумах, Чернівцях та Ужгороді. Така ж значна різниця спостерігається щодо надання стаціонарної ПХД сільському населенню – від 505,5 на 100 тис. нас. у Чернігівській і 291,7 – у Полтавській обл. до 11,6 на 100 тис. нас. в Одеській і 12,4 – у Житомирській і 0 у Київській обл. (Табл. 5.6).

Про недостатню забезпеченість стаціонарними ЗОЗ ПХД свідчать також результати проведеного нами у 2016–2017 рр. соціологічного дослідження (Табл. 5.7. Рис. 5.4). Так, аналіз анкет лікарів засвідчив, що проблеми/труднощі з госпіталізацією ПП відчували: через відсутність хоспісу/відділення ПХМ 36,8±2,6 % лікарів неспеціалізованих ЗОЗ; через відсутність вільних місць у хоспісі/відділенні ПХМ 72,7±7,8 % лікарів спеціалізованих ЗОЗ ПХД і 51,2±2,7 % лікарів неспеціалізованих ЗОЗ; через відсутність умов для надання ПХД у стаціонарних ЗОЗ – 45,5±8,7 % респондентів-лікарів спеціалізованих ЗОЗ ПХД, і 33,2±2,6 % лікарів неспеціалізованих ЗОЗ.

Результати соціологічного дослідження, яке було проведено у 2019 р., засвідчили, що, незважаючи на суттєве збільшення кількості стаціонарних ЗОЗ ПХД і ліжок для паліативних пацієнтів, про проблеми при госпіталізації паліативних хворих у хоспіс/відділення ПХМ зазначили 55,8±7,6 % лікарів-спеціалістів, 51,7±9,3 % керівників ЗОЗ і 43,5±7,3 % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ЗОЗ ПМСД. (Табл. 5.8).

Таблиця 5.6.

**Кількість ПП, яким надана стаціонарна ПХД
в регіонах України у 2017 році**

| Назва регіону/ області | Кількість ПП, яким надана стаціонарна ПХД: осіб/на 100 000 населення. | | | |
|---------------------------|--|------------------------|--------------------|---------------------------|
| | Усього: | В обласних центрах: | В інших містах: | У сільській міцевості: |
| 1. Вінницька | 825/52,3 | 566/151,7 | - | 259/33,2 |
| 2. Волинська | 371/35,6 | 167/77,0 | - | 204/41,1 |
| 3. Дніпропетровська | 1488/46,1 | 459/47,0 | 834/48,4 | 166/31,4 |
| 4. Донецька | 407/9,6 | - | 407/10,6 | - |
| 5. Житомирська | 63/5,1 | 0 | 63/12,4 | 0 |
| 6. Закарпатська | 708 /56,2 | 0 | 555/119,4 | 153/19,3 |
| 7. Запорізька | 320/18,4 | 107/14,2 | - | 213/53,7 |
| 8. Івано-Франківська | 662/48,1 | 284/111,8 | - | 378/49,0 |
| 9. Київська | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. Кіровоградська | 329/34,1 | 329/138,2 | | |
| 11. Луганська | - | - | - | - |
| 12. Львівська | 1681/66,3 | 325/42,9 | 579/73,6 | 777/78,6 |
| 13. Миколаївська | 833/72,5 | 748/152,3 | 85/28,8 | - |
| 14. Одеська | 93/3,9 | 0 | - | 93/11,6 |
| 15. Полтавська | 2619/183,5 | 438/150,0 | 605/101,6 | 1578/291,7 |
| 16. Рівненська | 75/6,5 | 0 | 75/13,6 | - |
| 17. Сумська | 2367/216,7 | 0 | - | 2367/686,1 |
| 18. Тернопільська | 879/83,0 | 116/53,2 | - | 763/130,2 |
| 19. Харківська | 510/18,9 | 510/35,4 | - | - |
| 20. Херсонська | 255/23,2 | 255/76,8 | - | - |
| 21. Хмельницька | 1787/140,6 | 253/94,1 | 154/33,7 | 1380/246,9 |
| 22. Черкаська | 1707/138,7 | 288/102,1 | 270/38,6 | 1149/216,0 |
| 23. Чернівецька | 81/8,9 | 0 | - | 81/15,7 |
| 24. Чернігівська | 2091/202,4 | 251/85,6 | - | 1840/505,5 |
| 25. м. Київ | 2246/70,8 | 2079/70,8 | - | - |
| Україна | 22397/ 52,8 | 7175/63,8 | 3627/40,9 | 11401/87,6 |

Таблиця 5.7.

**Проблеми/труднощі з госпіталізацією ПП
(за результатами соціологічного дослідження 2016–2017 рр.)**

| показник | лікарі спеціалізованих ЗОЗ ПХД (n=33) (осіб/%) | м/п неспеціалізованих ЗОЗ (n=334) (осіб/%) | χ^2 | p |
|---|--|--|----------|--------|
| відсутність хоспісу/відділення паліативної медицини у Вашому місті/районі/області | 0/0,0 | 123/36,8±2,6 | 18,28 | 0,0001 |
| відсутність вільних місць у хоспісі/ відділенні ПХМ | 24/72,7±7,8 | 171/51,2±2,7 | 5,59 | 0,0181 |
| відсутність умов для надання ПХД у стаціонарних ЗОЗ | 15/45,5±8,7 | 111/33,2±2,6 | 1,99 | 0,158 |
| небажання керівників стаціонарних ЗОЗ «псувати статистичні показники» | 3/9,1±5,0 | 79/23,7±2,3 | 3,67 | 0,0554 |

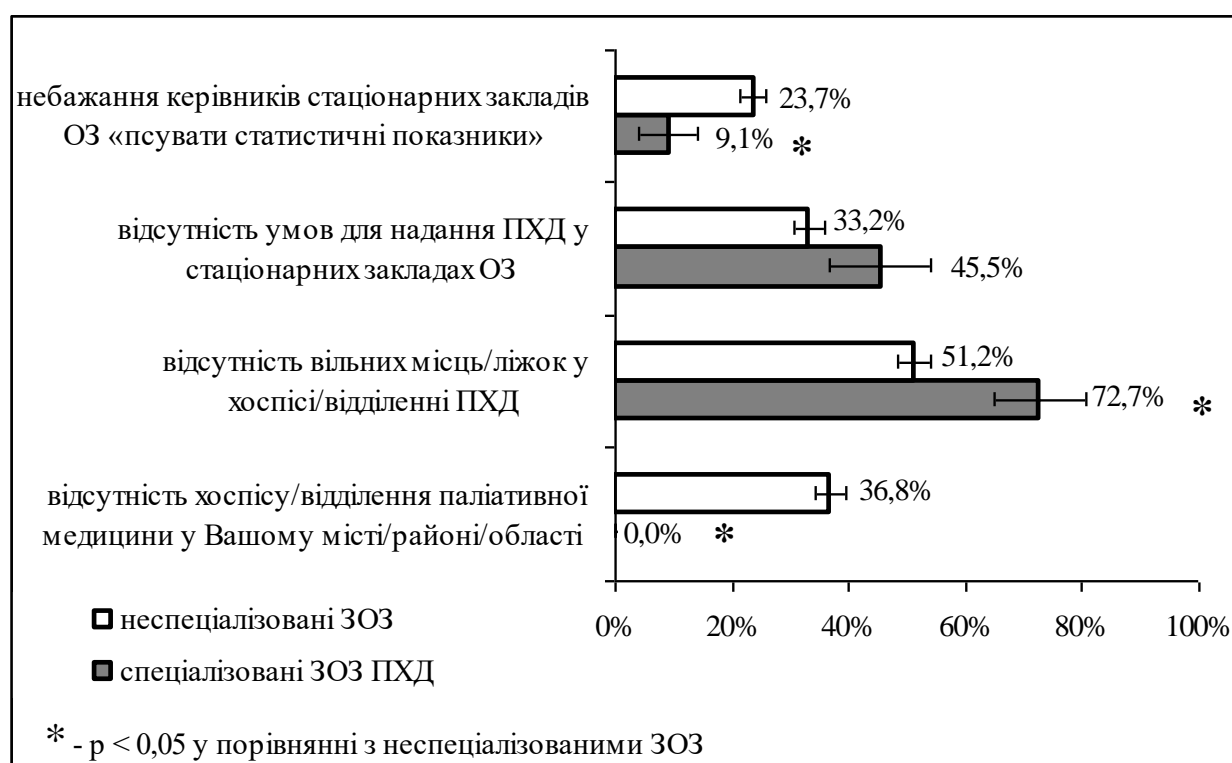


Рис. 5.4. Проблеми/труднощі у лікарів з госпіталізацією ПП у стаціонарні ЗОЗ ПХД (за результатами соціологічного дослідження 2016–2017 рр.)

Переважно всі групи респондентів зазначили, що проблеми при госпіталізації ПП у стаціонарні ЗОЗ ПХД були зумовлені відсутністю вільних місць, зокрема: лікарі-спеціалісти – $41,9 \pm 7,5$ %, керівники ЗОЗ – $34,5 \pm 8,8$ %, лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД – $32,6 \pm 6,9$ % і лікарі-інтерни – $21,2 \pm 5,7$ %. Також аналіз анкет засвідчив про значну потребу у стаціонарній ПХД. Так, $72,1 \pm 6,8$ % лікарів-спеціалістів, $71,3 \pm 6,6$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ЗОЗ ПМСД, $69,0 \pm 8,6$ % керівників ЗОЗ і $34,6 \pm 6,6$ % лікарів-інтернів зазначили, що мали необхідність госпіталізувати паліативних хворих у стаціонарні ЗОЗ ПХД. (Табл. 5.8).

Якщо ще дані щодо надання стаціонарної ПХД з більшості регіонів подали, то дані, які стосуються надання амбулаторної ПХД, у т. ч. лікарями ЗП-СЛ вдома, у відповідях з багатьох регіонів відсутні (Табл. 5.9). Аналіз вибірових даних, що були зазначені в опитувальниках, одержаних з регіонів, засвідчив, що показник кількості ПП, яким була надана амбулаторна ПХД, коливається від 983,4 на 100 тис. населення у Кіровоградській обл., 308,1 – у Закарпатській обл. і 193,6 – у Дніпропетровській обл. до 43,8 – у Тернопільській обл. та 29,0 – у Івано-Франківській обл. (при середньому показнику 155,2). (Табл. 5.9).

Ще менше даних надійшло з регіонів стосовно ПП, яким була надана амбулаторна ПХД у сільській місцевості: вони коливаються від 449,6 на 100 тис. населення у Сумській, 338,8 – у Дніпропетровській і 201,9 у Закарпатській обл. до 52,4 на 100 тис. населення – у Тернопільській обл. (Табл. 5.9).

Також надзвичайно мало статистичних даних вдалося отримати стосовно кількості ПП, яким у 2017 році була надана ПХД лікарями ЗП-СЛ вдома (Табл. 5.10). Цей показник коливався від 126,3 на 100 тис. населення у Сумській обл., 107,9 – у Вінницькій обл. і 107,2 – у Хмельницькій обл. до 83,2 на 100 тис. населення у Рівненській обл., 81,7 – у Волинській обл. і 77,7 – у Житомирській обл.. Але слід зазначити, що у більшості розвинених країн Європи і світу понад 85 % ПП одержують ПХД саме на первинному рівні медичної допомоги за участі лікарів ЗП-СЛ і фахівців виїзних МД бригад ПХД. Зазначене свідчить про нагальну потребу внести у звітні форми ЗОЗ ПМСД дані про надання ПХД в амбулаторних умовах і вдома. Це необхідно для планування НСЗУ обсягів бюджетного фінансування ПХД. Також необхідно створити умови роботи лікарів ЗП-СЛ щодо

надання медичної допомоги ПП, забезпечити психологічну підтримку ПП і членів їх сімей/законних представників, а також соціальний супровід з боку співробітників територіальних центрів соціального обслуговування населення.

Саме розвиток служби МД виїзних бригад надання ПХД вдома має вирішити проблему доступності спеціалізованої ПХД для населення, як у містах, так і, особливо, в сільській місцевості, передусім, шляхом забезпечення адекватного знеболення та ефективного контролю важких симптомів розладів органів і систем організму ПП, з якими лікарі ЗП-СЛ часто неспроможні упоратись самотужки. Результати наших досліджень свідчать про вкрай недостатній розвиток МД виїзних бригад ПХД і надзвичайно велику потребу лікарів, у першу чергу лікарів ЗП-СМ і лікарів ЗОЗ ПМСД, а також керівників ЗОЗ у розвитку цієї форми надання ПХД населенню. Зокрема на запитання «Чи маєте Ви потребу в організації виїзної бригади надання МД паліативної допомоги вдома?» відповіли «Так» 86,2±6,4 % керівників ЗОЗ, 80,4±5,8 % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ЗОЗ ПМСД, 51,2±7,6 % лікарів-спеціалістів і 50,0±6,9 % лікарів-інтернів. (Табл. 5.8).

Таблиця 5.8.

**Результати соціологічного дослідження 2019 р. щодо госпіталізації ПП
у ЗОЗ ПХМ (відповіді «Так» - %)**

| лікарі ЗП-СЛ/ лікарі ПМСД | лікарі-спеціалісти | керівників ЗОЗ | лікарі-інтерни |
|---|--------------------|----------------|----------------|
| Чи була у Вас необхідність госпіталізувати ПП у хоспіс/відділення ПХМ? | | | |
| 71,3±6,6 % | 72,1±6,8 % | 69,0±8,6 % | 34,6±6,6 % |
| Чи мали Ви проблеми при госпіталізації ПП у хоспіс/відділення ПХМ? | | | |
| 43,5±7,3 % | 55,8±7,6 % | 51,7±9,3 % | 36,5±6,7 % |
| Чим були зумовлені проблеми при госпіталізації ПП у хоспіс/ВПХМ: | | | |
| а) відсутністю вільних місць у хоспісі/відділенні ПХМ | | | |
| 32,6±6,9 % | 41,9±7,5 % | 34,5±8,8 % | 21,2±5,7 % |
| б) небажанням лікарів хоспісу/відділення ПХМ без об'єктивної причини госпіталізувати паліативного пацієнта? | | | |
| 2,2±2,2 % | 11,6±4,9 % | 0,0 % | 1,9±1,9 % |
| в) небажанням паліативного пацієнта госпіталізуватися? | | | |
| 19,6±8,8 % | 20,9±2,2 % | 27,6±8,3 % | 13,5±5,7 % |
| Чи маєте Ви потребу в організації виїзної бригади мультидисциплінарної паліативної допомоги паліативному хворому вдома? | | | |
| 80,4±5,8 % | 51,2±7,6 % | 86,2±6,4 % | 50,0±6,9 % |

Таблиця 5.9.

**Кількість ПП, яким надана амбулаторна ПХД у 2017 році
в регіонах України (за результатами соціологічного опитування)**

| Назва регіону/ області | Кількість ПП, яким надана амбулаторна ПХД: осіб/на 100 000 населення. | | | |
|---------------------------|--|------------------------|--------------------|----------------------------|
| | Усього: | В обласному центрі: | В інших містах: | У сільській місцевості: |
| Вінницька | 1700/107,9 | - | - | - |
| Волинська | 1454/139,7 | 1454/670,0 | - | - |
| Дніпропетровська | 6252/193,6 | 1204/123,2 | 3257/120,5 | 1791/338,8 |
| Житомирська | 1864/150,3 | 168/62,9 | 754/103,3 | 942/185,1 |
| Закарпатська | 3879/308,1 | 392/34,4 | 2278/489,9 | 1601/201,9 |
| Івано-Франківська | 400/29,0 | 321/152,9 | 79/116,2 | - |
| Кіровоградська | 9500/983,4 | 2500/1050,4 | 7000/1153,2 | - |
| Полтавська | 1939/135,9 | - | - | - |
| Рівненська | 1216/104,6 | - | - | - |
| Сумська | 1551/140,4 | - | - | 1551/449,6 |
| Тернопільська | 464/43,8 | 157/72,0 | | 307/52,4 |
| Хмельницька | 1840/143,2 | 467/173,6 | 1325/289,9 | - |
| Україна | 32059/155,2 | 6660/292,4 | 14693/295,9 | 6192/245,6 |

Таблиця 5.10.

**Кількість ПП, яким надана амбулаторна ПХД лікарями ЗП-СЛ вдома
у 2017 р. в регіонах України (за результатами соціологічного опитування)**

| Назва регіону/ області | Кількість ПП, яким надана ПХД лікарями ЗП-СЛ вдома: осіб/на 100 000 населення. | | | |
|---------------------------|---|------------------------|--------------------|----------------------------|
| | Усього: | В обласному центрі: | В інших містах: | У сільській місцевості: |
| Вінницька | 1700/107,9 | 1200/321,7 | 400/49,4 | 100/12,8 |
| Волинська | 850/81,7 | - | - | - |
| Житомирська | 963/77,7 | - | - | - |
| Рівненська | 968/83,2 | - | - | 968/158,7 |
| Сумська | 1364/126,3 | - | - | 1364/395,4 |
| Хмельницька | 1377/107,2 | 403/149,8 | 974/207,2 | - |
| Україна | 7222/97,3 | 1603/235,8 | 1374/128,3 | 2432/189,0 |

Як вже зазначалося, ВООЗ рекомендує переорієнтувати служби ПХД на «позалікарняні форми обслуговування, які не тільки не поступаються традиційному стаціонарному лікуванню, але й є економічно вигіднішими» [60]. В Україні слід також приділити увагу цьому виду ПХД, який дозволяє забезпечити належну якість життя ПП та членам їх сімей і є оптимальним щодо фінансових витрат, що має важливе значення в умовах обмеженого фінансування. Головними умовами впровадження цієї форми надання ПХД є затвердження МОЗ України відповідних стандартів, професійна підготовка медичних і соціальних працівників, належна мотивація і забезпечення умов праці.

5.3. Аналіз надання паліативної і хоспісної медичної допомоги в Україні

Щоб оцінити надання ПХД, були проаналізовані основні складові, які визначають умови функціонування ЗОЗ ПХД:

1. Рівень фінансування ЗОЗ ПХД.

2. Відповідність забезпечення ЗОЗ ПХД обладнанням для догляду за ПП «Примірному таблицю матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я “Хоспіс” та паліативного відділення».

3. Рівень забезпечення ПП знеболенням з використанням НПА.

4. Умови перебування ПП в стаціонарних ЗОЗ ПХД – кількість ліжок в палатах та їх відповідність наказу МОЗ України від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я. Примірне положення про заклад охорони здоров'я “Хоспіс”» [231].

Аналіз опитувальників, що надійшли з регіонів, виявив низку проблем щодо умов перебування ПП у стаціонарних ЗОЗ ПХД. Так, у 2017 р. кількість палат на 1 та 2 ліжка в ЗОЗ ПХД, у середньому, по Україні складала лише 57,0 % і коливалася від 100 % у відділеннях ПХМ Кропивницької ЦМЛ і Арцизької ЦРЛ, Одеської обл., Лебединської і Путивльської ЦРЛ, Сумської обл., до 12,5 % у ЗОЗ «Лікарня Хоспіс» для хворих на туберкульоз», с. Молодія, Глибоцького р-ну, Чернівецької обл., і у Хотешівській тублікарні ОТМПО Камінь-Каширського р-ну, Волинської обл. (Табл. 5.11), 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. Стаціонарна служба» передбачено «паліативне відділення з 1-, 2-ліжковими палатами» [231]. Очевидно, що МОЗ України, органи охорони здоров'я регіональних і місцевих органів влади недостатньо контролюють виконання відповідних нормативно-правових актів. Пропонуємо МОЗ України затвердити Державні стандарти надання ПХД та розробити механізми акредитації і ліцензування ЗОЗ ПХД, що дозволить уникнути ситуацій, коли ПП утримувалися у невідповідних та незадовільних умовах, про що зазначається у звітах Уповноваженого з прав людини ВРУ та НДО, зокрема у Львівській обл. (Олеська та Старосамбірська ЦРЛ) та інших [134].

Аналіз даних з регіонів засвідчив також невідповідність багатьох стаціонарних ЗОЗ ПХД «Примірному таблицю матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я “Хоспіс”», який затверджено наказом МОЗ України від 7.11.2011 № 768 [230], у розробці якого автор брав участь (Табл. 5.12). Зокрема, у 2017 р. стаціонарні ЗОЗ ПХД, у середньому, були забезпечені функціональними ліжками на 57,1 %, що в 1,8 рази нижче від належного. Показники забезпеченості функціональними ліжками у стаціонарних ЗОЗ ПХД коливаються від 100,0 % у Житомирській, Кіровоградській і Черкаській обл. до 10,0 % у Чернівецькій і 5,6 % у Запорізькій обл. Слід зазначити, що з 5 ЗОЗ ПХД у Запорізькій обл. лише в одному забезпеченість функціональними ліжками складає 28,0 %, у решті – немає жодного функціонального ліжка. Також немає жодного функціонального ліжка у деяких ЗОЗ ПХД у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській та Сумській обл., лише на 4,0 % забезпечене функціональними ліжками 1 ЗОЗ ПХД у Закарпатській, на 6,7 % – в Івано-Франківській і на 7,5% – в Миколаївській обл. (Табл. 5.11, 5.12).

Також багато стаціонарних ЗОЗ ПХД не дотримуються вимог «Примірного таблицю матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я “Хоспіс” та паліативного відділення» стосовно забезпеченості концентраторами кисню та протипролежневими матрацами. Зокрема, у 2017 р. середня забезпеченість концентраторами кисню стаціонарних ЗОЗ ПХД в Україні становила 7,5 %, що у 2,1 рази менше, ніж вимагається у «Примірному таблиці матеріально-технічного оснащення». Наприклад, в усіх 5 стаціонарних ЗОЗ ПХД Запорізької обл., у 4 з 5 – у Донецькій обл., у 2 з 4 – у Вінницькій обл., у відділенні ПХМ в Одеській обл.

були відсутні концентратори кисню (Табл. 5.11, 5.12), що не дозволяє забезпечити належну якість паліативного лікування.

Згідно з вимогами «Примірного таблицю матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я “Хоспіс” та паліативного відділення» не менше 80 % ліжок у стаціонарних ЗОЗ ПХД повинні бути забезпечені протипролежневими матрацами. Аналіз даних з регіонів засвідчив, що середній фактичний показник по Україні у 2017 р. становив 26,4 %, що у 3,0 рази нижче від належного. На 100 % були забезпечені протипролежневими матрацами по одному ЗОЗ ПХД у Дніпропетровській, Сумській та Черкаській обл., 2 – у Закарпатській обл.. Але разом з тим, у 4 з 8 ЗОЗ ПХД у Закарпатській обл., у 4 з 5 – у Донецькій обл. і Запорізькій обл., у 2 з 4 – у Миколаївській обл. протипролежневі матраци були відсутні. (Табл. 5.11, 5.12).

Надзвичайно відрізняються дані про рівень бюджетного фінансування стаціонарних ЗОЗ ПХД, які зазначені у відповідях з регіонів. Середній показник у 2017 р. становив 73,7 % (Табл. 5.11).

Про невідповідний рівень надання ПХД у багатьох стаціонарних ЗОЗ ПХД можуть свідчити також дані про кількість ПП, яким призначалися НПА. Середній показник призначення НПА у 2017 р. по Україні становив 26,3 % і коливався від 92,0 % у Черкаській, 67,1 % у Кіровоградській і 64,9 % у Закарпатській обл. до 6,5 % у Миколаївській, 1,0 % у Донецькій і 0,6 % у Запорізькій обл. Очевидно, це може свідчити про суттєву різницю у відборі контингенту ПП для госпіталізації. Так, у Донецькій та Запорізькій обл. з 5 функціонуючих стаціонарних ЗОЗ ПХД у 4 закладах НПА не призначалися ПП взагалі. У більшості стаціонарних ЗОЗ ПХД основний контингент госпіталізованих ПП становили хворі на ХНІЗ, пацієнти геріатричного профілю та пацієнти, які потребують тривалого догляду, які не потребують знеболення НПА. (Табл. 5.11).

Це ще раз свідчить про необхідність затвердження стандартів ПХД і локальних клінічних протоколів, а також впровадження спеціалізації стаціонарних ЗОЗ ПХД за профілем, зокрема: для онкологічних хворих, для ПП геріатричного профілю, у т. ч. для хворих на хворобу Альцгеймера і деменції, для хворих на ТБ, лікарні/відділення сестринського догляду, центри ПД для дітей тощо.

**Умови перебування ПП у стаціонарних ЗОЗ ПХД та забезпечення ЗОЗ ПХД
обладнанням для догляду та допомоги ПП.**

Забезпечення ПП знеболенням з використанням НПА

| Адміні- стративні території і кількість стаціо- нарних ЗОЗ ПХД | Умови перебування ПП в стаціонарних ЗОЗ ПХД | | | Забезпеченість обладнанням (% від табелю оснащення) і призначення НПА (%) | | | |
|---|--|---|---|---|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| | К-ть палат на 1 та 2 ліжка (%) | К-ть палат на 3, 4 і більше ліжок (%) | Бюд- жетне фінан- сув. (% від по- треби) | Функці- ональні ліжка | Концен- тратори кисню | Проти- пролеж- неві матраци | Знебо- лення НПА |
| Вінниць- ка – 4 | 7 (43,8) 2 (100) 3 (75,0) 12 (75,0) | 9 (56,3) - 1 (25,0) 4 (25,0) | 100,0 48,4 57,8 100,0 | 0 100,0 60,0 68,0 | 0 12,0 0 11,4 | 0 5,7 0 74,3 | 0 10,3 2,0 33,6 |
| Середній показник | 73,5 % | 35,4 % | 76,6 % | 57,0 % | 5,9 % | 20,0 % | 11,5 % |
| Волинсь- ка – 3 | 9 (75,0) 15(62,5) 1(12,5) | 3 (25,0) 9 (37,5) 7 (87,5) | 96,0 100,0 99,9 | 100,0 100,0 16,0 | 8,0 0 4,0 | 20,0 40,0 0 | 35,0 23,7 0 |
| Середній показник | 50,0 % | 50,0 % | 98,6 % | 72,0 % | 4,0 % | 20,0 % | 19,6 % |
| Дніпро- петровсь- ка – 3 | 4 (100,0) 11 (55,0) 7 (77,8) | - 9 (45,0) 2 (22,2) | 100,0 100,0 100,0 | 100,0 26,7 0 | 20,0 2,2 0 | 100,0 33,3 0 | 86,0 15,0 0,6 |
| Середній показник | 77,6 % | 22,4 % | 100,0% | 42,2% | 7,4 % | 44,4 % | 33,9 % |
| Донецька – 5 | 1(25,0) 0 5 (83,3) 3(50) 0 | 3(75,0) 5(100,0) 1 (16,7) 3 (50,0) 8(100,0) | 100,0 100,0 45,0 100,0 100,0 | 57,1 0 50,0 100,0 0 | 0 0 10,0 0 0 | 0 0 0 6,0 0 | 0 0 5,0 0 0 |
| Середній показник | 31,7 % | 68,3 % | 89,0 % | 41,4 % | 2,0 % | 1,2 % | 1,0 |
| Житомир -ська-1 | 4 (40,0) | 6 (60,0) | 50,0 | 100,0 | 3,7 | 11,1 | 12,0 |
| Середній показник | 40,0 % | 60,0 % | 50,0 % | 100,0 % | 3,7 % | 11,1 % | 12,0 % |
| Закарпат- ська – 8 | 2 (100,0) 0 0 | 0 1(100) 1(100,0) | - - - | 100,0 100,0 100,0 | 25,0 25,0 25,0 | 100,0 100,0 0 | 51,0 100,0 100,0 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------|
| | 3(50,0) 2(50,0) 0 | 3(50,0) 2(50,0) 1(100,0) | 92,0 - - | 100,0 20,0 12,3 | 16,7 0 2,4 | 66,7 0 0 | 100,0 - 100,0 |
| | 3 (60,0) 3(50,0) | 2 (40,0) 3(50,0) | 69,0 100,0 | 4,0 50,0 | 18,2 8,3 | 0 66,7 | 0,4 68,0 |
| Середній показник | 38,8 % | 61,3 % | 87,0 % | 60,8 % | 15,1 % | 41,7 % | 64,9 % |
| Запорізька – 5 | 3 (33,3) 4 (30,8) 0 3 (100,0) 0 | 6 (66,7) 9 (69,2) 2(100,0) 0 6(100,0) | - 60,0 100,0 81,8 38,5 | 28,0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 | 20,0 0 0 0 0 | 3,0 0 0 0 0 |
| Середній показник | 32,8 % | 67,2 % | 56,1 % | 5,6 % | 0 % | 4,0 % | 0,6 % |
| Івано-Франківська – 4 | 8 (53,3) 2(22,2) 4 (66,7) 2(25,0) | 7 (46,7) 7(77,8) 2 (33,3) 6 (75,0) | 40,0 80,0 75,0 65,0 | 100,0 6,7 100,0 30,0 | 6,7 100,0 10,0 0 | 23,3 20,0 30,0 50,0 | 60,0 2,1 10,0 2,0 |
| Середній показник | 41,8 % | 58,2 % | 65,0 % | 59,2 % | 29,2 % | 30,8 % | 18,5 % |
| Київська - 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Кіровоградська – 1 | 10 (100,0) | 0 (0) | 73,6 | 100,0 | 20,0 | 33,3 | 67,1 |
| Середній показник | 100,0 % | 0 % | 73,6 % | 100,0 % | 20,0 % | 33,3 % | 67,1 % |
| Луганська | - | - | - | - | - | - | - |
| Львівська | - | - | - | - | - | - | - |
| Миколаївська – 4 | 19(86,4) 9 (75,0) 2 (66,7) 4 (100) | 3 (13,6) 3 (25,0) 1 (33,3) 0 | 99,0 99,0 - - | 7,5 30,0 80,0 100,0 | 0 6,7 14,3 16,7 | 0 33,3 0 33,3 | 0 0 6,0 20,0 |
| Середній показник | 82,0 % | 18,0 % | 99,0 % | 54,4 % | 9,4 % | 16,7 % | 6,5 % |
| Одеська – 1 | 11(100,0) | 0 | 42,0 | 33,3 | 0 | 11,1 | 12,0 |
| Середній показник | 100,0 % | 0 % | 42,0 % | 33,3 % | 0 % | 11,1 % | 12,0 % |
| Полтавська | - | - | - | - | - | - | - |
| Рівненська – 1 | 8 (61,5) | 5 (38,5) | 80,0 | 90,0 | 2,9 | 8,6 | 55,0 |
| Середній | 61,5 % | 38,5 % | 80,0 % | 90,0 % | 2,9 % | 8,6 % | 55,0 % |

| показник | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|--|----------------------------------|--|---|
| Сумська – 6 | 1 (14,3) 13(81,309 (100) 8(100) 5 (62,5) 0 | 6 (85,7) 3 (18,7) 0 0 3 (37,5) 3(100) | 37,0 57,0 100 64,5 44,0 56,0 | 0 90,0 15,0 100 80,0 10,0 | 0 4,0 6,7 0 5,0 0 | 28,0 8,0 20,0 100,0 15,0 10,0 | 13,1 20,0 17,0 1,5 7,0 0 |
| Середній показник | 59,7 % | 40,3 % | 59,8 % | 49,2 % | 2,6 % | 30,2 % | 9,8 % |
| Тернопільська – 1 | 5 (41,7) | 7 (58,3) | 100,0 | 42,0 | 13,3 | 30,0 | 21,6 |
| Середній показник | 41,7 % | 58,3 % | 100,0% | 42,0 % | 13,3 % | 30,0 % | 21,6 % |
| Харківська | - | - | - | - | - | - | - |
| Херсонська – 1 | 8 (38,1) | 13(61,9) | 25,0 | 72,0 | 6,0 | 30,0 | 29,0 |
| Середній показник | 38,1 % | 61,9 % | 25,0 % | 72,0 % | 6,0 % | 30,0 % | 29,0 % |
| Хмельницька – 1 | - | - | - | 61,4 | 25,4 | 42,3 | 24,2 |
| Середній показник | - | - | - | 61,4 % | 25,4 % | 42,3 % | 24,2 % |
| Черкаська – 1 | 5 (55,6) | 4 (44,4) | 100,0 | 10,0 | 24,0 | 100,0 | 92,0 |
| Середній показник | 55,6 % | 44,4 % | 100,0% | 10,0 % | 24,0 % | 100,0 % | 92,0 % |
| Чернівецька – 1 | 1 (12,5) | 7 (87,5) | 76,1 | 10,0 | 2,5 | 2,5 | 0 |
| Середній показник | 12,5 % | 87,5 % | 76,1 % | 10,0 % | 2,5 % | 2,5 % | 0 % |
| Чернігівська – 2 | 9(50,0) 6(33,3) | 9(50,0) 12(76,7) | 60,7 86,6 | 35,0 30,0 | 0 4,0 | 45,0 10,0 | 4,9 33,3 |
| Середній показник | 41,7 % | 58,3 % | 73,7 % | 32,5 % | 2,0 % | 27,5 % | 19,1 % |
| м. Київ | - | - | - | - | - | - | - |
| Україна Середній показник | 57,0 % | 43,0 % | 73,7 % | 57,1 % | 7,5 % | 26,4 % | 26,3% |

Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я "Хоспіс" та паліативного відділення, затверджений наказом МОЗ України від 7.11.2011 № 768 (з розрахунку на 25 ліжок) – витяг

| <i>N n/n</i> | <i>Назва виробу</i> | <i>Мінімальна кількість на 25 хворих</i> |
|--------------|-----------------------------|--|
| 1 | Ліжко медичне функціональне | 25 (100 %) |
| 2 | Концентратор кисню | 4 (16 %) |
| 3 | Протипролежневі матраци | 20 (80 %) |

Пропонуємо також МОЗ України затвердити і включити у Стандарти надання ПХД та Стандарти ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини розроблені нами «Критерії якості надання ПХД в практиці лікаря ЗП-СЛ», які представлені у Табл. 5.13 (Додаток Ж 3).

5.4. Аналіз діяльності органів регіональної влади з організації надання паліативної та хоспісної допомоги населенню

Впродовж останнього десятиліття затвердили регіональні цільові програми розвитку ПХД регіональні органи державної влади лише в 6 областях, зокрема: у Вінницькій, Івано-Франківській, Рівненській, Сумській, Черкаській обл. і м. Києві, що становить 24 % (Табл. 5.14). Саме цільові програми розвитку ПХД мають забезпечити цей інноваційний вид медико-соціальної допомоги адекватним фінансуванням та належну міжвідомчу координацію, наступність та впровадження МД і міжвідомчих підходів надання ПХД і паліативного догляду. У деяких областях, наприклад, у Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Рівненській, Сумській, Тернопільській та Черкаській, затверджені районні і міські програми розвитку ПХД. (Табл. 5.14). Згідно з чинним законодавством, деякі регіональні та місцеві органи влади закладають фінансування надання ПХД і СППД населенню у бюджетах охорони здоров'я і соціального захисту населення відповідних рівнів. Міжвідомчі координаційні ради з питань розвитку ПХД і паліативного догляду створені лише при 5 ОДА, РДА та міських радах (Табл. 5.14).

Таблиця 5.14.

Діяльність обласних/міських/районних державних адміністрацій з питань розвитку ПХД (станом на 2017 р.)

| Назва регіону/ області | Затверджені обласні програми розвитку ПХД | Затверджені міські/районні програми розвитку ПХД | Створені міжвідомчі координаційні ради при ОДА/РДА |
|-------------------------------|--|---|---|
| Вінницька | Обласна програма розвитку ПХД на 2016-2020 рр. | Розділ ПХД включено в Могилев-Подільську міську комплексну програму охорони здоров'я на 2016-2020 рр. | Ні |
| Волинська | Ні | Луцька міська програма на 2015–2020 рр. | При ОДА – ні. При Луцькій міській раді – так. |
| Дніпропетровська | Ні | Дніпровська міська програма на 2018-2021 рр. | Ні |
| Донецька | Ні | Ні | Ні |
| Житомирська | Ні | Ні | Ні |
| Закарпатська | Ні | Ні | Ні |
| Запорізька | Ні | Ні | Ні |
| Івано-Франківська | Обласна програма ПХД на 2018-2022 рр. | Івано-Франківська міська програма на 2018-2022 рр. | Ні |
| Київська | Ні | Боярська міська програма на 2017–2020 рр. | Ні |
| Кіровоградська | Ні | Ні | При ОДА |
| Луганська | Ні | Ні | Ні |
| Львівська | Ні | Львівська міська програма на 2018-2022 рр. Самбірська районна програма на 2016-2020 рр. | |
| Миколаївська | Ні | Ні | Ні |
| Одеська | Ні | Ні | Ні |

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| Полтавська | Ні | Ні | Ні |
| Рівненська | Обласна програма ПХД на 2015-2020 рр. | Дубенська і Острозька міські програми на 2015-2020 рр. | При ОДА |
| Сумська | Обласна програма ПХД на 2018-2020 рр. | Ні | Ні |
| Тернопільська | Ні | Чортківська міська програма на 2016-2018 рр. | Ні |
| Харківська | Ні | Ні | При ОДА – ні. При Харківській міській раді – так. |
| Херсонська | Ні | Ні | Ні |
| Хмельницька | Ні | Ні | Ні |
| Черкаська | Обласна програма розвитку ПХД на 2015-2020 роки | Черкаська міська програма на 2016-2018 рр. Маньківська і Христинівська районні програми на 2017-2020 рр. Городищенська районна програма на 2015-2020 рр. Драбівська районна програма на 2016-2020 рр. Черкаська і Золотоніська районні програми на 2016-2018 рр. | При ОДА |
| Чернівецька | Ні | Ні | Ні |
| Чернігівська | Ні | Ні | При ОДА |
| м. Київ | Розділ ПХД включено в Київську міську комплексну програму «Здоров'я киян» на 2017-2019 рр. | Ні | Ні |
| Україна | 6 регіональних програм (24%) | 17 районних і міських програм | 5 при ОДА, РДА та міських радах |

Зазначене вище свідчить про недостатню увагу з боку органів державної та місцевої влади до питань розвитку ПХД і СППД, що робить актуальним прийняття ВРУ окремого закону або затвердження КМУ Національної програми і Стратегії розвитку ПХД в Україні.

Аналіз стану надання ПХД населенню м. Дніпра у 2017 р. засвідчив деякі регіональні особливості та умови, зокрема, незначну кількість стаціонарних закладів/ліжок для ПП та МД виїзних бригад ПХД, що підпорядковані ДОЗ населення Дніпровської міської ради; значну потребу надання ПХД і СППД пацієнтам вдома та необхідність розробки і забезпечення механізму співпраці лікарів ПМСД, стаціонарних ЗОЗ та закладів соціальної опіки; велику зацікавленість та прихильність керівників міської влади та ДОЗ населення Дніпровської міської ради щодо розробки та впровадження сучасної служби ПХД населенню м. Дніпра.

Зазначене вище знайшло своє відображення у затвердженій Дніпровською міською радою «Програмі надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки», у розробці якої брав участь дисертант, і яка має забезпечити ефективну міжвідомчу координацію і співпрацю, наступність та впровадження МД і міжвідомчих підходів надання ПХД і СППД. Основна мета зазначеної Програми – удосконалити службу ПХД в амбулаторних умовах для забезпечення гідної якості життя людей з невиліковними хворобами шляхом контролю больового синдрому, інших проявів захворювань, а також соціальної, психологічної та духовної підтримки хворих і їх рідних. У Програмі визначено чіткий механізм взаємодії медичної служби із соціальними працівниками терцентрів, психологами, волонтерами, представниками духовенства, щоб усі ланки цієї системи працювали комплексно та злагоджено.

Для забезпечення якісної амбулаторної ПХД в усіх 12 міських центрах ПМСД м. Дніпра заплановано створення спеціалізованих МД мобільних бригад ПХД, які зможуть надавати ПП консультативно-діагностичні послуги вдома (аналіз крові, ЕКГ тощо), медичну допомогу (знеболення, перев'язки, профілактика і догляд за пролежнями тощо), психологічну і соціальну підтримку. З цією метою передбачено придбання автотранспорту та укомплектування цих бригад кадрами. До складу

зазначених МД виїзних бригад, окрім лікаря та медсестри, за потреби, входять соціальний працівник і психолог або психотерапевт, які разом з лікарем ЗП-СЛ надають ПП комплексну ПХД вдома. Також, за потреби, можуть залучатися лікарі-спеціалісти. МД мобільні бригади також, за потреби, забезпечують госпіталізацію ПП в ЗОЗ ПХД. По суті, бригади стали об'єднуючою ланкою між первинною і спеціалізованою ПХД, ЗОЗ первинної та вторинної медичної допомоги.

Крім того, в рамках Дніпровської міської програми ПХД були створені пункти прокату засобів медичного догляду за ПП (інвалідні візки, ходунки, протипролежневі матраци, милиці тощо), а також передбачено забезпечення хворих засобами медичного догляду вдома (сечо- й калоприймачами, підгузками тощо), закупівля ліків та знеболювальних засобів для ПП. Загалом на реалізацію Дніпровської міської програми ПХД з міського бюджету заплановано виділити впродовж 2018–2021 рр. понад 40 млн. грн.

Аналіз статистичних даних і розрахункових потреб у ПХД засвідчив, що при середній щорічній смертності населення м. Дніпра впродовж останніх 5 років у 14,0 тис. осіб щорічна потреба у ПХД і СППД складає 11,2 тис. пацієнтів і майже 34 тис. їх родичів – разом понад 45 тис. осіб. Щорічно потребують ПХД понад 1,8 тис. онкологічних хворих, 9,9 тис. пацієнтів з невиліковними формами і тяжкими ускладненнями ХНІЗ. Окрему групу складають хворі на туберкульоз, серед яких понад 90 пацієнтів щороку потребують ПХД і СППД, а також хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД, середня щорічна смертність серед яких складає 250 осіб, і усі вони потребують ПХД.

Для надання стаціонарної ПХД у м. Дніпрі станом на грудень 2018 р. було розгорнуто 55 ліжок: 50 ліжок у КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 2 ДОР» (ВПХМ № 1 на 15 ліжок і ВПХМ № 2 на 35 ліжок) та 5 ліжок у складі терапевтичного відділення КЗ «Дніпровська МЛ № 12 ДМР», що складає 55,0 % від міжнародних стандартів забезпеченості стаціонарною ПХД. (Табл. 5.15).

Порівняльний аналіз показників діяльності зазначених ЗОЗ ПХД дозволяє визначити суттєву різницю. Так, летальність у ВПХМ КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 2 ДОР» становить 26,6%, що у 2,8 рази менше, ніж у ВПХМ КЗ «Дніпровська МЛ № 12 ДМР», де цей показник дорівнює 73,5 %; середній термін лікування у 4,2

більше, а відсоток ПП, які одержували НПА, в 11,3 рази менше, що можна пояснити різними підходами до відбору пацієнтів для госпіталізації. Якщо кількість ПП із ЗН та ХНІЗ у ВПХМ КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 2 ДОР» становила 50,0 % і 48,3 %, відповідно, то у ВПХМ КЗ «Дніпровська МЛ № 12 ДМР» ці показники становили 65,3 % і 32,7 %, відповідно. (Табл. 5.15, 5.16). Отже, ВПХМ КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 2 ДОР» орієнтовані більше на тривалий догляд, і їх переважний контингент складають ветерани війни та пацієнти геріатричного профілю. Очевидно, для аналізу та порівняння діяльності ЗОЗ ПХД необхідно впровадити їх спеціалізацію за профілем і затвердити стандарти ПХД.

Особливістю м. Дніпра, що відрізняє його від інших регіонів України, є те, що до надання ПХД і СППД населенню в амбулаторних умовах залучені усі ЗОЗ ПМСД міста. Результати проведеного нами аналізу засвідчили, що у 2018 р. у ЗОЗ ПМСД м. Дніпра отримали амбулаторну паліативну медичну допомогу 1204 ПП. Серед них – 868 хворих із ЗН (72,1 %), 331 інкурабельних пацієнтів з іншими ХНІЗ (27,5 %) і 5 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (0,4 %) (Табл. 5.17. Рис. 5.5). Як видно з наведених даних, серед пацієнтів, які отримали ПХД в м. Дніпрі у 2018 р., найбільше ПП із ЗН, а на другому місці – хворі на захворювання системи кровообігу, кістково-суглобової системи та інші ХНІЗ. 418 ПП (34,7 %) були оглянуті вдома лікарями ЗОЗ ПМСД разом з соціальними працівниками, а 33 ПП (2,7 %) були взяті під соціальний супровід співробітниками територіальних центрів соціобслуговування населення.

Більша частка ПП припадала на старшу вікову категорію: старших за 75 років було 430 ПП (35,7 %), віком від 61 до 75 років – 483 (40,1 %), у віці від 19 до 60 років – 285 ПП (23,7 %) і 7 дітей (0,6 %) віком до 18 років (Рис. 5.6). Це відповідає результатам наших досліджень щодо розрахункової потреби у ПХД населення в Україні, які наведені у попередньому розділі. (Табл. 5.17).

211 ПП (17,5 %), яким надавали ПХД в амбулаторних умовах м. Дніпра, були забезпечені засобами догляду, зокрема: підгузками – 54612 од., калоприймачами – 9271 од., сечоприймачами – 666 од., на загальну суму 828 тис. грн, що становить 4110 грн на одного ПП (Табл. 5.18).

**Показники діяльності ЗОЗ м. Дніпро, на базі яких надається стаціонарна ПХД,
за 2018 р.**

| № | Назва закладу | Організаційна структура, кількість ліжок | Показники діяльності (осіб/%) | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|--------------------|------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------|-------------------------|
| | | | К-ть ПП, які отримали ПХД (осіб/%) | Онкохворі (осіб/%) | Хворі на ХНІЗ (осіб/%) | Хворі на ВІЛ/СНІД і ТБ (осіб/%) | Померли (осіб) | Летальність (%) | Одержували НПА (осіб/%) |
| 1 | КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 2 ДОР» | В ПХМ № 1 – 15 ліжок, ВПХМ № 2 – 35 ліжок | 410 | 205/50,0 % | 198/48,3 % | 7/ 1,7% | 109 | 26,6 | 32/7,8% |
| 2 | КЗ «Дніпропетровська МЛ № 12 ДМР» | 5 ліжок у складі терапевтичного відділення | 49 | 32/65,3 % | 16/32,7 % | 1/ 2,0% | 36 | 73,5 | 43/87,8% |
| Разом у м. Дніпрі | | 55 | 459 | 237/51,6% | 214/46,6 % | 8/ 1,8% | 154 | 33,6 | 75/16,3% |

Таблиця 5.16.

Показники діяльності ЗОЗ м. Дніпра, на базі яких надається стаціонарна ПХД

| Показник | КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 2 ДОР» | | КЗ «Дніпропетровська МЛ № 12 ДМР» | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|
| | 2017 р. | 2018 р. | 2017 р. (з квітня) | 2018 р. |
| Поступило (осіб) | 939 | 410 | 22 | 49 |
| Виписано (осіб) | 876 | 292 | 7 | 14 |
| Померли (осіб) | 65 | 109 | 12 | 36 |
| Середній термін лікування (дів) | 18,5 | 62,4 | 40,6 | 14,9 |
| Робота ліжка (днів) | 423,2 | 369,1 | 192,8 | 149,4 |

| | | | | |
|-------------------|-------|-------|------|------|
| Оберт ліжка | 24,0 | 7,1 | 4,8 | 10,0 |
| Летальність (%) | 6,9 | 26,6 | 63,2 | 73,5 |
| % виконання л/дня | 100,9 | 108,6 | 57,4 | 44,5 |

Таблиця 5.17.

**Показники діяльності ЗОЗ ПМСД м. Дніпра у 2018 р., на базі яких надається
амбулаторна ПХД**

| № | Назва закладу | Кількість ПП, які отримали паліативну допомогу | | | | Розподіл ПП за віком (кількість) | | |
|--------------------------|-----------------|--|---------------|---------------|------------------------|----------------------------------|---------------|-----------------|
| | | Усього | Онко-хворі | Хворі на ХНІЗ | Хворі на ВІЛ/СНІД і ТБ | 19–60 років | 61–75 років | старші 75 років |
| 1. | КЗ «ДЦПМСД №1» | 66 | 63 | 3 | 0 | 20 | 23 | 23 |
| 2. | КЗ «ДЦПМСД №2» | 86 | 76 | 10 | 0 | 25 | 33 | 28 |
| 3. | КЗ «ДЦПМСД №3» | 36 | 26 | 10 | 0 | 11 | 16 | 9 |
| 4. | КЗ «ДЦПМСД №4» | 128 | 97 | 31 | 0 | 26 | 58 | 44 |
| 5. | КЗ «ДЦПМСД №5» | 68 | 51 | 17 | 0 | 20 | 31 | 17 |
| 6. | КЗ «ДЦПМСД №6» | 66 | 44 | 22 | 0 | 14 | 28 | 24 |
| 7. | КЗ «ДЦПМСД №7» | 49 | 44 | 5 | 0 | 17 | 22 | 10 |
| 8. | КЗ «ДЦПМСД №8» | 473 | 259 | 213 | 1 | 103 | 174 | 191 |
| 9. | КЗ «ДЦПМСД №9» | 90 | 83 | 5 | 2 | 20 | 40 | 30 |
| 10. | КЗ «ДЦПМСД №10» | 105 | 96 | 8 | 1 | 14 | 42 | 48 |
| 11. | КЗ «ДЦПМСД №11» | 19 | 11 | 7 | 1 | 8 | 8 | 3 |
| 12. | КЗ «ДЦПМСД №12» | 18 | 17 | 1 | 0 | 7 | 8 | 3 |
| Разом у м. Дніпрі | | 1204 | 868/ 72,1% | 331/ 27,5% | 5/ 0,4% | 285/ 23,7% | 483/ 40,1% | 430/ 35,7% |

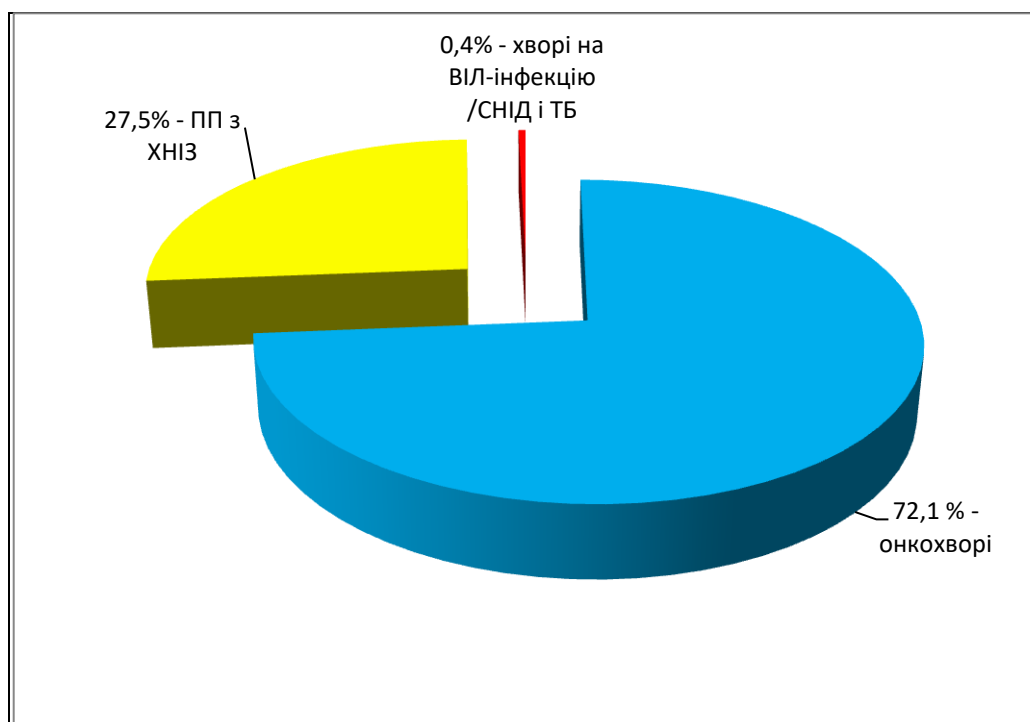


Рис. 5.5. Розподіл за нозологіями ПП, які отримали амбулаторну ПХД в ЗОЗ ПМСД м. Дніпра у 2018 р.

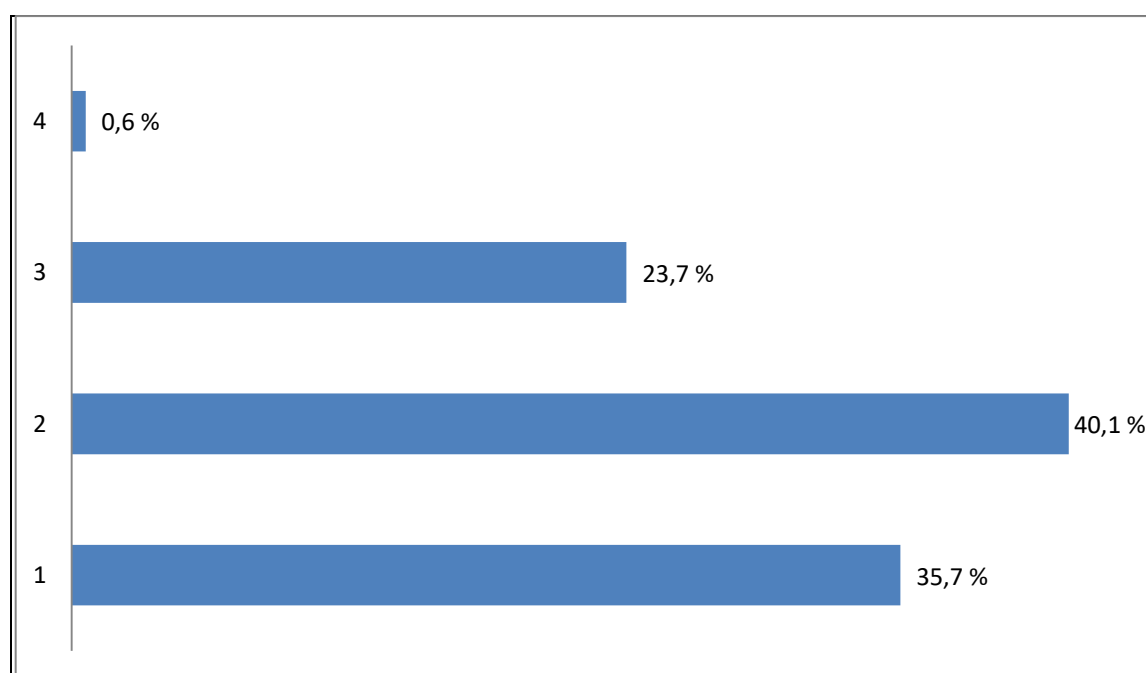


Рис. 5.6. Розподіл за віком ПП, які отримали ПХД в м. Дніпрі у 2018 р.:

- 1 – старші за 75 р. – 430 осіб (35,7 %),
- 2 – від 61 до 75 р. – 483 осіб (40,1 %),
- 3 – від 19 до 60 р. – 285 осіб (23,7 %),
- 4 – 7 дітей віком до 18 р. (0,6 %).

944 ПП (78,4 %) отримали адекватну знеболювальну терапію, з них, завдяки фінансуванню, що передбачене «Програмою надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки», 703 ПП (58,4 %) – за пільговими рецептами на загальну суму 1,7 млн. грн, або у перерахунку на одного хворого – 2316,9 грн (Табл. 5.18).

Враховуючи значення підготовки кадрів для забезпечення якості та ефективності надання ПХД, за підтримки ДОЗ населення Дніпровської міської ради і ДОЗ Дніпропетровської ОДА впродовж 2016–2018 років співробітники кафедри паліативної і хоспісної медицини Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика провели 6 виїзних циклів тематичного удосконалення, на яких понад 120 лікарів м. Дніпра і Дніпропетровської області одержали нові знання і навички з питань організації та надання ПХД і паліативного догляду.

Таким чином, саме від регіональних і місцевих органів влади значною мірою залежить розвиток надання ПХД і паліативного догляду, забезпечення координації та співпраці ЗОЗ та закладів соцзахисту населення.

5.5. Діяльність НДО і роль громадянського сектора в розвитку паліативної та хоспісної допомоги та паліативного догляду в Україні

В Україні, як і в розвинених країнах світу, зростає роль і значення НДО в створенні і розвитку системи ПХД. Саме участь представників громадянського суспільства сприяє формуванню політики держави та громадської думки щодо важливості створення системи надання ПХД населенню, розвитку меценатства і благодійності, волонтерського руху тощо [64–66; 68, 170].

Варто відмітити значення і позитивний досвід співпраці органів державної влади та НУО в Україні, зокрема, ВГО «Всеукраїнська Рада захисту прав і безпеки пацієнтів», ВГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», ВГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів», ГО «Елеос», ГО «Українська Асоціація паліативної та хоспісної допомоги», МБФ «Відродження» та інших з питань сприяння розвитку хоспісів, відділень ПХМ, волонтерської роботи, надання паліативного догляду вдома тощо [170, 175, 329].

**Показники діяльності ЗОЗ м. Дніпра у 2018 р., на базі яких надається
амбулаторна ПХД**

| Назва закладу | Кількість ПП, які отримали знеболення | | | | Забезпечено технічними засобами паліативного догляду | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|--|------------------------|--|---|------------------------|
| | Усього (осіб) | у т. ч. за рецептурними формами (осіб) | у т. ч. за пільговими рецептами (осіб) | На загальну суму (грн) | К-сть осіб | Найменування та кількість засобів | на загальну суму (грн) |
| КЗ «ДЦПМСД №1» | 76 | 18 | 58 | 294958,0 | 4 | підгузки - 1680 | 165216,0 |
| КЗ «ДЦПМСД №2» | 74 | 72 | 72 | 61924,0 | 11 | підгузки - 1590; калоприймачі - 1050 | 60651,75 |
| КЗ «ДЦПМСД №3» | 26 | 26 | 26 | 35473,0 | 4 | підгузки - 690; сечоприймачі - 100 | 20842,3 |
| КЗ «ДЦПМСД №4» | 91 | 91 | 91 | 258488,0 | 33 | підгузки - 9270; калоприймачі – 1320; сечоприймачі - 180 | 225185,0 |
| КЗ «ДЦПМСД №5» | 53 | 53 | 47 | 180917,0 | 28 | підгузки – 2940; калоприймачі – 420; сечоприймачі - 60 | 40926,6 |
| КЗ «ДЦПМСД №6» | 45 | 45 | 16 | 23045,0 | 13 | підгузки - 2275 | 18200,0 |
| КЗ «ДЦПМСД №7» | 30 | 30 | 6 | 4131,0 | 10 | підгузки – 240; сечоприймачі - 60 | 13669,53 |
| КЗ «ДЦПМСД №8» | 226 | 189 | 172 | 418007,8 | 84 | підгузки - 33847; калоприймачі – 4979; сечоприймачі - 266 | 212098,37 |
| КЗ «ДЦПМСД №9» | 76 | 66 | 74 | 114195,0 | 9 | підгузки - 480; калоприймачі - 840 | 41302,41 |
| КЗ «ДЦПМСД №10» | 96 | 74 | 76 | 55774,82 | 8 | підгузки -870; калоприймачі - 362 | 22203,33 |
| КЗ «ДЦПМСД №11» | 56 | 56 | 56 | 258307,79 | 6 | підгузки -730 | 7488,42 |
| КЗ «ДЦПМСД №12» | 95 | 10 | 9 | 37762,24 | 1 | калоприймачі - 300 | 18816,16 |
| Разом у м. Дніпрі | 944/ 78,4% | 730/ 60,6% | 703/ 58,4% | 1742983,65 | 211/ 17,5% | підгузки – 54612; калоприймачі – 9271; сечоприймачі - 666 | 827783,71 |

Велике значення для становлення і розвитку в Україні системи та служби ПХД має активна діяльність ВГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» (Голова правління – В. М. Князевич), яка була створена у 2010 р. Зазначена ВГО має обласні, міські та районні організації в усіх регіонах країни. Її члени активно співпрацюють з українськими і міжнародними НДО, науковцями, фахівцями та експертами, центральними, регіональними і місцевими органами влади з метою сприяння розробленню та затвердженню НПБ з питань розвитку ПХД. Саме запропоновані експертами ВГО «Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», у т. ч. за участі дисертанта, Стандарти надання ПХД передбачають вимоги до приміщень стаціонарних ЗОЗ ПХД різного типу, вимоги до утримання ПП, штатних нормативів ЗОЗ ПХД з урахуванням МД підходу, змісту до- і післядипломної освіти фахівців медичного і немедичного профілів з питань надання ПХД подані до затвердження до МОЗ України. Представники Ліги ініціювали розроблення розділів «Паліативна та хоспісна допомога» у клінічних настановах та клінічних протоколах за всіма спеціальностями, лобіюють на усіх рівнях забезпечення безкоштовного знеболення для ПП, покращання матеріальної мотивації персоналу, який надає ПХД, зокрема, підвищення посадових окладів, збільшення тривалості відпустки, пільгового пенсійного забезпечення тощо. Були організовані Перший і Другий Всеукраїнські Конгреси з паліативної допомоги (2012 та 2015 рр.). Експерти Ліги були залучені до складу робочих груп МОЗ України з розробки нормативно-правових актів з питань ПХД, у т. ч. проектів «Державної програми розвитку паліативної допомоги в Україні» та «Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 р.».

Також у регіонах активно працюють обласні, міські та районні організації Товариства Червоного Хреста України (ТЧХУ), громадські і релігійні організації та благодійні фонди, метою яких є сприяння розвитку ПХД та підтримка ПП і їх сімей, залучення волонтерів до надання паліативного догляду вдома, адвокація, фандрейзинг тощо. Зокрема, у Львові за кошти МБФ «Карітатас» і УГКЦ утримується «Шпиталь імені Митрополита Андрея Шептицького», у складі якого функціонує відділення ПХМ, здійснюється догляд за ПП вдома, проводиться навчання персоналу тощо. Житомирська обласна організація ТЧХУ та Ольгинське

братство УПЦ утримують «Будинок сестринського догляду «Хоспіс Святої Олени» у м. Коростені на 27 ліжок геріатричного та медико-соціального профілю. Запорізька обласна організація ТЧХУ була співзасновником і співвласником Благодійного закладу «Хоспіс Архангела Михаїла» у м. Запоріжжя на 25 ліжок онкологічного, геріатричного та медико-соціального профілю.

Впродовж останніх років у Київській обл. успішно функціонує мережа приватних спеціалізованих пансіонатів для догляду за літніми людьми «Срібний Вік», «VERA» та інших, у яких надається і ПХД. Важливо передбачити при розробці Закону України «Про паліативну допомогу в Україні» або «Державної програми розвитку паліативної допомоги в Україні» регламентування діяльності НДО з питань ПХД, підпорядкування, координації, звітності тощо закладів ПХД приватної форми власності, а також закладів ПХД, що створюються і фінансуються НДО та релігійними громадами.

Висновки до Розділу 5

Системний медико-соціальний аналіз сучасного стану організації надання ПХД населенню в Україні дає змогу зробити наступні висновки:

1. Встановлено, що в Україні, незважаючи на збільшення кількості закладів ПХД впродовж останніх 10 років у 3,1 рази і кількості ліжок для ПП у 4,3 рази, поки що не створена система доступної, якісної та ефективної ПХД. Усього станом на 01.01.2019 р. в Україні функціонували 2977 ліжок для ПП, що становить 69,9 % від розрахункової потреби. Спеціалізована стаціонарна ПХД надавалась у 2 центрах ПХД і 17 лікарнях «Хоспіс», в яких було розгорнуто 622 ліжка для ПП, 2 лікарнях сестринського догляду на 35 ліжок, у 71 відділенні ПХМ у ЗОЗ різного профілю (1546 ліжок) та у 2 закладах паліативного догляду системи соціальної опіки (51 ліжко). Крім цього у стаціонарних ЗОЗ різного профілю (переважно ЦРЛ) було розгорнуто 723 ліжка для ПП. Стаціонарні ЗОЗ ПХД педіатричного профілю функціонують лише у 4 містах України.

2. Встановлено, що доступність стаціонарної спеціалізованої ПХД, як у містах, так і, особливо в сільській місцевості, є недостатньою. Результати проведеного соціологічного дослідження засвідчили, що впродовж 2017 р. стаціонарну ПХД

одержали 22397 ПП (у середньому, по Україні – 52,8 на 100 тис. населення), або у 1,6 рази менше від розрахункової потреби. Загальна кількість ПП, яким була надана стаціонарна ПХД у 2017 р., коливається від 202,4 на 100 тис. населення у Чернігівській і 183,5 – у Полтавській областях до 3,9 на 100 тис. населення в Одеській, 5,1 – у Житомирській і 6,5 – у Рівненській областях.

3. Встановлено, що недостатня забезпеченість стаціонарними ліжками у ЗОЗ ПХД спричиняє проблеми/труднощі з госпіталізацією ПП. Результати соціологічних досліджень серед М/П свідчать, що проблеми/труднощі з госпіталізацією ПП відчували: $55,8 \pm 7,6$ % лікарів-спеціалістів, $51,7 \pm 9,3$ % керівників ЗОЗ, $43,5 \pm 7,3$ % лікарів ЗП-СЛ та лікарів закладів ПМСД. Основною причиною цього респонденти зазначили відсутність вільних місць у хоспісі/ВПХМ, зокрема: лікарі ЗОЗ ПХД – $72,7 \pm 7,8$, лікарі неспеціалізованих ЗОЗ – $51,2 \pm 2,7$. Про значну потребу у стаціонарній ПХД зазначили в анкетах $72,1 \pm 6,8$ % лікарів-спеціалістів, $71,3 \pm 6,6$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ЗОЗ ПМСД, $69,0 \pm 8,6$ % керівників ЗОЗ. В Україні існує нагальна потреба у створенні центрів паліативної допомоги дітям у кожній адміністративній території з орієнтовного розрахунку 20 ліжок на 100 тис. дитячого населення (з огляду наявності від 8 до 16 тис. дітей, які мають важкі інкурабельні захворювання).

4. Встановлено, що стан надання амбулаторної ПХД також відрізняється в розрізі регіонів. Так, станом на 01.01.2018 р. амбулаторну ПХД населенню вдома в Україні надавали тільки 11 виїзних бригад ПХД і 5 виїзних бригад ПД дітям, функціонували лише 2 кабінети протибольової терапії. Аналіз вибіркового даних, які надійшли з регіонів, засвідчив, що кількість ПП, яким у 2017 р. була надана амбулаторна ПХД, коливався від 983,4 на 100 тис. населення у Кіровоградській обл. і 308,1 – у Закарпатській обл. до 43,8 – у Тернопільській обл. та 29,0 – у Івано-Франківській обл., а кількість ПП, яким була надана ПХД лікарями ЗП-СЛ вдома коливався від 126,3 на 100 тис. населення у Сумській обл. до $77,7$ – у Житомирській обл. У той же час, про велику потребу в організації МД виїзних бригад ПХД вдома зазначили в анкетах $86,2 \pm 6,4$ % керівників ЗОЗ, $80,4 \pm 5,8$ % лікарів ЗП-СМ і ЗОЗ ПМСД. Досвід більшості розвинених країн Європи, США, Канади, Австралії свідчить, що надання ПХД саме в амбулаторних умовах

дозволяє забезпечити доступність і належну якість життя ПП та членів їх сімей і є оптимальним щодо фінансових витрат.

5. Аналіз результатів соціологічного дослідження засвідчив, що регіональні і муніципальні органи влади беруть недостатню участь в організації надання ПХД населенню. Станом на 2017 р. в Україні було затверджено лише 6 обласних (24,0 %) та 17 районних і міських програм розвитку ПХД, міжвідомчі координаційні ради створені лише при 5 ОДА/РДА, хоча, як показав досвід м. Дніпра, наявність міської програми розвитку ПХД дозволяє суттєво підвищити доступність, якість та ефективність надання ПХД.

6. Результати наших досліджень свідчать, що установи соціального захисту населення та ЗОЗ ПМСД беруть недостатню участь у наданні ПХД в амбулаторних умовах і вдома, хоча це регламентовано відповідними нормативно-правовими актами. Головними умовами впровадження цієї форми надання ПХД є політична підтримка регіональних та муніципальних органів влади, належна мотивація і забезпечення відповідних умов праці медичних і соціальних працівників, їх професійна підготовка, що дозволить забезпечити відповідну якість надання ПХД і виконання Стандартів СППД.

7. Виявлено недостатню участь представників громадянського суспільства у створенні і розвитку системи ПХД в Україні, що не сприяє формуванню політики держави та громадської думки щодо важливості створення системи надання ПХД населенню, розвитку меценатства і благодійності, волонтерського руху тощо. Поки що в нашій країні відсутнє законодавче врегулювання такої діяльності.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

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. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз матеріалу та формулювання частини висновків).*

2. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір і обробка матеріалу, формулювання частини висновків).*

3. 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.

4. 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, формулювання частини висновків).*

5. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / В. І. Іволгін, Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич, Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – С. 266–293. *(Дисертантові належить збір та аналіз частини матеріалу, написання та формулювання частини висновків).*

6. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока, Ю. І. Губський, Р. О. Моїсеєнко, А. В. Царенко та ін. // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 284–301. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз частини матеріалу, написання статті та формулювання частини висновків).*

7. Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір та аналіз частини матеріалу, формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

8. 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. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

9. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 68–74. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

10. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір і аналіз частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

6.1. Кваліфікаційні вимоги до медичних працівників з питань надання ПХД населенню

Згідно з міжнародними стандартами і підходами, адекватне кадрове забезпечення є обов'язковою умовою створення і успішного розвитку системи ПХД. Одним з основних завдань сучасної професійної підготовки М/П в галузі ПХД повинне стати формування у них пацієнт-сім'я-орієнтованої позиції, навичок МД і командної співпраці. Також важливо забезпечити ретельний відбір і відповідну мотивацію кадрів. До надання ПХД після відповідної професійної підготовки можуть залучатися лікарі будь-якої спеціальності, а також фельдшери сільських ФАПів, молодші медичні спеціалісти амбулаторій і центрів ПМСД та стаціонарних ЗОЗ. Оскільки в основі сучасної системи ПХД лежить МД, міжвідомчий та міжсекторальний підхід, до процесу надання ПХД і догляду за ПП крім М/П залучаються психологи, соціальні працівники/робітники, юристи та священнослужителі, волонтери НДО та БФ, представники місцевих громад та приватних структур, а також самі ПП та члени їх сімей або опікуни.

Сучасна ПХМ висуває високі вимоги до М/П, які не тільки повинні мати глибокі знання з клінічної медицини, фармакології та психології, але й володіти навичками спілкування, бути чуйними і милосердними, вміти працювати в команді. М/П, які працюють у стаціонарних ЗОЗ ПХД, крім зазначених вище знань та вмінь, повинні знати особливості перебігу захворювань у термінальних та декомпенсованих стадіях, основи танатології, розуміти і адекватно реагувати на психо-емоційний стан ПП та його рідних, володіти навичками співпраці у складі МД бригади/команди з іншими медичними спеціалістами та фахівцями-немедиками. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, документів міжнародних професійних організацій дозволяють сформулювати кваліфікаційні вимоги до М/П

з питань надання ПХД населенню. Отже, М/П, які залучені до надання ПХД, повинні бути спроможними забезпечити:

- 1) надання симптоматичного/паліативного лікування, зокрема: адекватний контроль ХрБС та інших важких симптомів захворювань;
- 2) організацію психологічної, соціальної і духовної/релігійної підтримки ПП та членів його сім'ї під час хвороби ПП і в період жалоби після його смерті;
- 3) максимально досягнути якість і повноцінне активне життя ПП та їх сімей;
- 4) навчання членів сім'ї ПП, доглядальників/законних представників навичкам догляду та полегшення його страждань;
- 5) встановлення партнерських стосунків і комунікації між ПП, його сім'єю та іншими працівниками і особами, які надають ПХД і СППД;
- 6) організацію МД, міжвідомчої і міжсекторальної координації та співпраці при наданні ПХД і СППД;
- 7) дотримання людської гідності і права на гідне людини завершення життя, утвердження життя та ставлення до смерті як до природного процесу;
- 8) дотримання права ПП на автономію і прийняття усвідомленого рішення. [70, 83, 97, 124, 142, 249, 321, 341, 401, 414, 426 та ін.]

М/П, які надають ПХД, повинні бути готовими реалізувати головне завдання паліативної медицини: якщо пацієнта не можна вилікувати, треба зробити усе можливе, щоб полегшити біль і страждання, допомогти зберегти людську гідність та забезпечити належну якість життя ПП. Очевидно, що це потребує спеціальної професійної підготовки і навіть впровадження спеціалізації «Паліативна і хоспісна медицина» для лікарів і молодших медичних спеціалістів, як це практикується у багатьох країнах світу. Крім того, М/П, які надають ПХД, разом із психологами та соціальними працівниками повинні бути готовими опікуватися і членами сім'ї ПП, як у період хвороби, так і після смерті ПП, що дозволить зменшити шкідливу дію стресу, горя і негативних емоцій, забезпечити профілактику, ранню діагностику і своєчасне лікування психосоматичних захворювань. У навчальних програмах безперервного професійного розвитку (БПР) М/П в Україні необхідно також приділяти увагу вивченню оптимальних організаційних заходів протидії та

подолання професійного вигорання у персоналу ЗОЗ ПХД та осіб, які залучаються до надання ПХД [127, 148, 189, 190, 259, 356, 361, 362 та інші].

ПХД вимагає від персоналу значних витрат часу, фізичного і психо-емоційного навантаження, тому так важливо мати достатню кількість медичних та немедичних кадрів у кожному ЗОЗ, який залучений до надання ПХД. У своєму ставленні до ПП та членів їх сімей крім бажання і прагнення забезпечити якісну медичну допомогу та догляд, М/П мають керуватися такими морально-етичними принципами, як шанобливе ставлення до життя ПП, до його гідності та автономії.

Таким чином, надзвичайно важливою складовою та умовою створення сучасної системи ПХД в Україні є організація і впровадження моделі професійної підготовки М/П з питань ПХД, ретельний відбір і відповідна мотивація кадрів.

6.2. Оцінка кадрового потенціалу ЗОЗ, де надають паліативну і хоспісну допомогу населенню в Україні

Враховуючи, що сьогодні в Україні відсутні затверджені штатні нормативи і стандарти забезпечення кадрами ЗОЗ ПХД, з метою вивчення стану і оцінки кадрового потенціалу ЗОЗ, в яких надають ПХД населенню, було проведене соціологічне дослідження за допомогою розроблених нами опитувальників (Додатки Б, В, Ж 1, Ж 2), методика якого описана в Розділі 2.

Аналіз опитувальників, які надійшли з регіонів, засвідчив, що в Україні існують значні проблеми з комплектуванням персоналом ЗОЗ ПХД. Станом на 2017 р., у середньому, по Україні укомплектованість стаціонарних ЗОЗ ПХД лікарями складає $32,7 \pm 9,4$ %, а молодшими медичними спеціалістами – $38,5 \pm 7,4$ %. Лише менше половини ($44,4 \pm 11,7$ %) стаціонарних ЗОЗ ПХД повністю укомплектовані лікарями і тільки $57,9 \pm 11,3$ % ЗОЗ – молодшими медичними спеціалістами. (Табл. 6.1). Наприклад, ВПХМ на 40 ліжок Миколаївського протитуберкульозного диспансеру в с. Надбузьке, Миколаївського району, Миколаївської обл., та ВПХМ на 40 ліжок Міського протитуберкульозного диспансеру м. Торецька, Донецької обл., де надають ПХД хворим на хронічний хіміорезистентний ТБ, укомплектовані лікарями лише на 50,0 % і 58,5 %, відповідно, а ВПХМ «Хоспіс з ППТ», на 35 ліжок, Вінницької МКЛ № 3 та ВПХМ «Хоспіс», на 30 ліжок, Київської МКЛ № 2,

де надають ПХД пацієнтам онкологічного та терапевтичного профілю, укомплектовані лікарями на 60,0 % і 62,5 % відповідно. Лише 33,3 % стаціонарних ЗОЗ ПХД укомплектовані штатними посадами психолога/психотерапевта, 20,0 % – соціального працівника, і тільки в штатному розписі Будинку сестринського догляду «Хоспіс Святої Олени», на 27 ліжок геріатричного та медико-соціального профілю, ТЧХУ і Ольгинського братства УПЦ у м. Коростені, Житомирської обл., є посада капелана.

Також значною проблемою є досить висока плинність кадрів у ЗОЗ ПХД. Так, впродовж 2017 р. у ЗОЗ ПХД, які взяли участь в опитуванні, звільнилися: 15,4±4,5 % лікарів, 12,4±2,1 % молодших медичних спеціалістів і 7,9±1,7 % молодших м/п, що, відповідно, у 7,7, у 6,2 і у 3,9 рази більше, ніж серед адміністративно-технічного персоналу. (Табл. 6.2).

Причинами низької укомплектованості та високої плинності кадрів можуть бути значне психо-емоційне і фізичне професійне навантаження, низька заробітна плата, високий ризик і рівень емоційного вигорання, що було показано у працях О. З. Децик і Ж. М. Золотарьової (2015), І. Р. Кужель (2011) та інших.

Для вивчення проблем, які мають місце у М/П стосовно надання ПХД, ми провели соціологічні дослідження. Результати соціологічного дослідження засвідчили, що найбільші проблеми/труднощі відчували респонденти щодо забезпечення контролю психо-емоційного стану ПП. Зокрема, це зазначили в анкетах 57,6±8,6 % лікарів спеціалізованих ЗОЗ ПХД і 52,4±2,7 % М/П, які працюють у неспеціалізованих ЗОЗ. Більше половини (54,5±8,7 %) респондентів 1-ої групи і 31,7±2,5 % респондентів 2-ої групи зазначили проблеми/труднощі щодо надання допомоги у термінальній стадії захворювання/агонії, а також 51,5±8,7 % і 42,5±2,7 %, відповідно, спілкування з родичами ПП. (Табл. 6.3. Рис. 6.1).

Результати аналізу анкет також засвідчили, що на запитання «Чи маєте Ви бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами?» лікарі спеціалізованих ЗОЗ ПХД відповіли: «Так» 84,8±6,2 %; «Не можу відповісти» – 15,2 ±6,2 % і жодної відповіді (0 %) – «Ні». Серед м/п, які працюють у неспеціалізованих ЗОЗ, більше половини (51,1±2,5 %) відповіли: «Ні». (Рис. 6.2. Табл. 6.4).

Укомплектованість ЗОЗ ПХД персоналом (2017 р.)

| Укомплектованість лікарями: | Кількість закладів ПХД (n=18) | % закладів ПХД |
|---|--------------------------------------|-----------------------|
| на 100 % | 8 | 44,4±11,7 |
| на 85–99 % | 1 | 5,6±5,4 |
| на 70–84 % | 2 | 11,1±7,7 |
| на 55–69 % | 6 | 33,3±11,1 |
| менше 55 % | 1 | 5,6±5,4 |
| у середньому по Україні | | 32,7±9,4 |
| Укомплектованість молодшими медичними спеціалістами: | | |
| на 100 % | 11 | 57,9±11,3 |
| на 85–99 % | 3 | 15,8±8,4 |
| на 70–84 % | 2 | 10,5±7,0 |
| на 55–69 % | 2 | 10,5±7,0 |
| менше 55 % | 1 | 5,3±5,1 |
| в середньому по Україні | | 38,5±7,4 |
| Укомплектованість молодшими М/П: | | |
| на 100 % | 15 | 78,9±9,4 |
| на 85–99 % | 2 | 10,5±7,0 |
| на 70–84 % | - | - |
| на 55–69 % | 1 | 5,3±5,1 |
| менше 55 % | 1 | 5,3±5,1 |
| у середньому по Україні | | 64,0±5,8 |

Таблиця 6.2.

Показники плинності кадрів у стаціонарних ЗОЗ ПХД (2017 р.)

| категорія персоналу | кількість персоналу | звільнилися впродовж року | |
|------------------------------------|---------------------|---------------------------|----------|
| | | кількість | % |
| лікарі | 65 | 10 | 15,4±4,5 |
| молодші медичні спеціалісти | 250 | 31 | 12,4±2,1 |
| молодші М/П | 241 | 19 | 7,9±1,7 |
| адміністративно-технічний персонал | 148 | 3 | 2,0±1,2 |

Найбільший відсоток респондентів ($62,8 \pm 4,5$ %), які не бажають працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами, був серед лікарів ЗП-СЛ/лікарів ЗОЗ ПМСД, $52,9 \pm 5,6$ % – серед молодших медичних спеціалістів і $45,8 \pm 4,2$ % – серед лікарів-спеціалістів. (Рис. 6.3). Залежно від стажу роботи респондентів у медицині, найвищий відсоток ($59,7 \pm 6,2$ %), хто не бажає працювати з інкурабельними пацієнтами, був серед М/П, які працюють у медицині до 5 років, а найнижчий ($33,3 \pm 12,2$ %) – серед М/П зі стажем роботи 46 і більше років. (Рис. 6.4. Табл. 6.4).

Результати опитування дозволяють стверджувати про важливість і необхідність створення та впровадження системи БПР медичних працівників з питань надання ПХД і паліативного догляду, а також забезпечення належної мотивації роботи М/П, які надають ПХД і паліативний догляд інкурабельним хворим.

6.3. Організація системи післядипломної підготовки медичних фахівців з питань надання ПХД

6.3.1. Актуальність проблеми та стан підготовки медичних працівників з питань надання ПХД в Україні і в світі

Результати наших соціологічних досліджень, аналіз наукової літератури та базових міжнародних документів з організації ПХД свідчать, що МД професійна підготовка М/П, яка ґрунтується на компетентнісному підході, має велике значення для забезпечення якості надання ПХД населенню і ставить перед ЗВМО України особливі вимоги до підготовки М/П, які залучені до надання ПХД населенню, як самостійно, так і у складі МД команди [71, 83, 106, 125, 148, 327 та інші].

Виходячи із зазначеного вище, провідні експерти ВООЗ та авторитетних фахових міжнародних організацій рекомендують усім країнам створювати і розвивати систему до- і післядипломного навчання М/П з питань ПХД. ЕАРС у своїх настановах рекомендує впроваджувати уніфікацію навчальних програм. ВООЗ ще у 1990 р. рекомендувала усім країнам:

- включити в навчальні програми підготовки всіх м/п вивчення основних засад і положень ПХД та основних принципів і підходів контролю ХрБС;

**Результати соціологічного дослідження лікарів спеціалізованих ЗОЗ ПХД та
неспеціалізованих ЗОЗ з питань надання ПХД**

| Запитання/відповіді | лікарі, які працюють у спеціалізованих ЗОЗ ПХД (осіб/%) (n=33) | лікарі, які працюють у неспеціалізованих ЗОЗ (осіб/%) (n=334) | χ^2 | p |
|---|---|--|----------|--------|
| Які найбільші проблеми/труднощі Ви відчували при наданні паліативної допомоги? | | | | |
| забезпечити контроль психо-емоційного стану ПП | 19/57,6±8,6 % | 175/52,4±2,7 % | 0,03 | =0,874 |
| надання допомоги у термінальній стадії захворювання/агонії | 18/54,5±8,7% | 106/31,7±2,5 % | 2,47 | =0,116 |
| спілкування з родичами ПП | 17/51,5±8,7% | 142/42,5±2,7 % | 0,20 | =0,654 |
| забезпечити адекватне знеболення із застосуванням ОА | 11/33,3±8,2% | 149/44,6±2,7 % | 0,41 | =0,524 |
| спілкування з ПП | 10/30,3±8,0% | 104/31,1±2,5 % | 0,01 | =0,908 |
| забезпечити адекватне знеболення без застосування ОА | 9/27,3±7,8 % | 126/37,7±2,7 % | 0,43 | =0,514 |
| контроль симптомів декомпенсації захворювання | 9/27,3±7,8 % | 77/23,1±2,3 % | 0,05 | =0,828 |

Таблиця 6.4.

Результати соціологічного дослідження М/П стосовно бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами (залежно від спеціальності та стажу роботи в медицині)

| Спеціальність респондентів | Бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами (кількість респондентів/%) | | |
|--|---|----------------|--------------------|
| | Так | Ні | Не можу відповісти |
| лікарі ЗОЗ ПХД (n=33) | 28/84,8±6,2 % | 0/0 % | 5/15,2±6,2 % |
| М/П, які працюють у неспеціалізованих ЗОЗ, разом (n=415) | 79/19,0±1,9 % | 212/51,1±2,5 % | 124/29,9±2,2 % |
| зокрема, залежно від спеціальності | | | |
| лікарі-спеціалісти (n=142) | 28/19,7±3,3 % | 65/45,8±4,2 % | 49/34,5±4,0 % |
| керівники ЗОЗ (n=45) | 12/27,3±6,6 % | 17/38,6±7,2 % | 15/34,1±7,0 % |
| молодші медичні спеціалісти | 26/32,1±5,2 % | 42/52,9±5,6 % | 13/16,0±4,1 % |

| | | | |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| (n=81) | | | |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ЗОЗ ПМСД (n=113) | 9/8,0±2,5 % | 71/62,8±4,5 % | 33/29,2±4,3% |
| лікарі-інтерни (n=34) | 7/20,6±6,9 % | 14/41,2±8,4 % | 13/38,2±8,3 % |
| залежно від стажу роботи в медицині | | | |
| до 5 років (n=62) | 15/24,2±5,4 % | 37/59,7±6,2 % | 10/16,1±4,7 % |
| 6-15 років (n=102) | 19/18,6±3,8 % | 48/47,1±4,9 % | 35/34,3±4,7 % |
| 16-25 років (n=90) | 13/14,4±3,7 % | 46/51,1±5,3 % | 31/34,4±5,0 % |
| 26-35 років (n=91) | 16/17,6±4,0 % | 47/51,6±5,2 % | 28/30,8±4,8 % |
| 36-45 років (n=55) | 9/16,4±5,0 % | 27/49,1±6,7 % | 19/34,5±6,4 % |
| 46 та більше років (n=15) | 6/40,0±12,6 % | 5/33,3±12,2 % | 4/26,7±11,4 % |

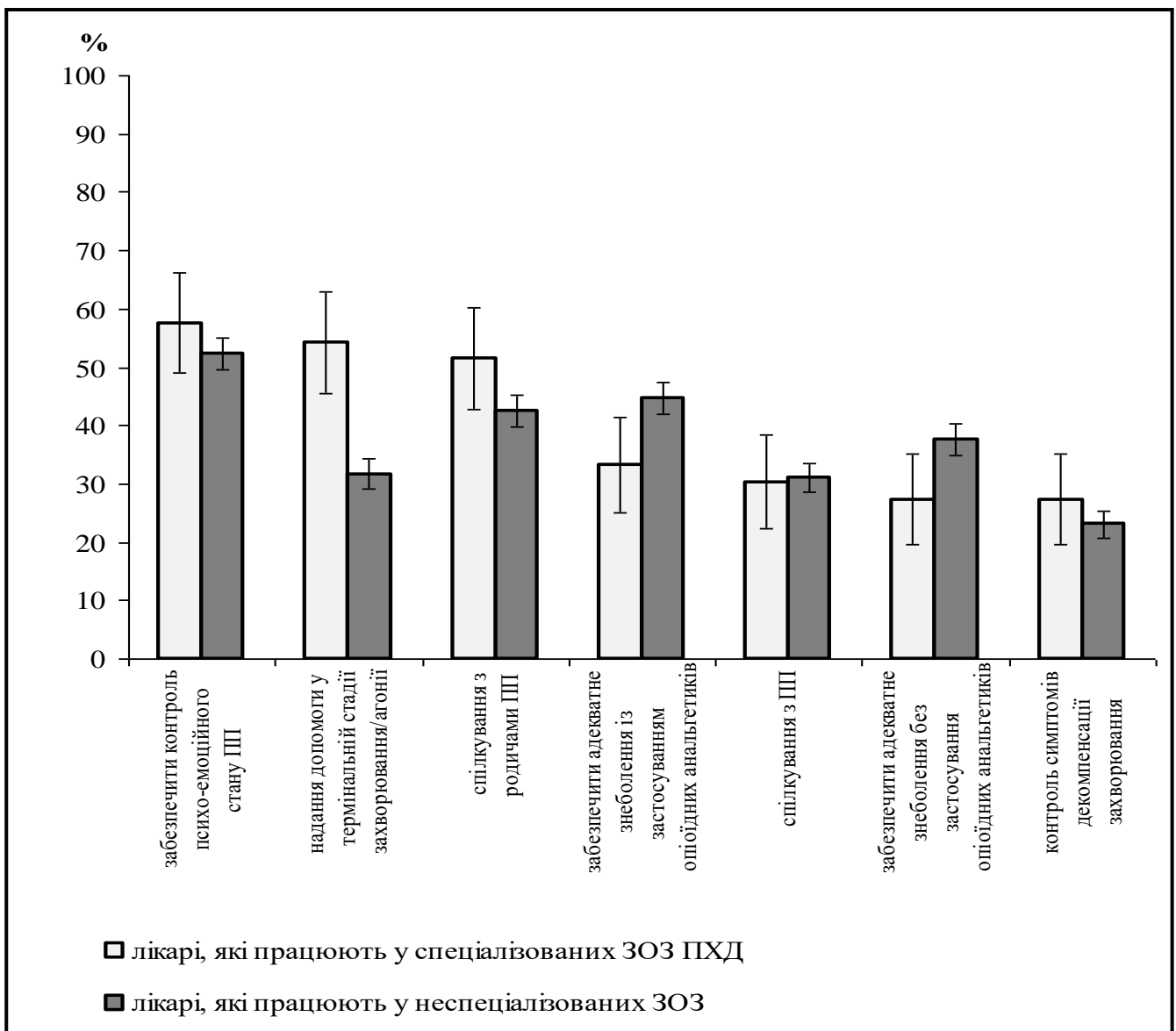


Рис.6.1. Результати соціологічного дослідження щодо найбільших проблем/труднощів, які відчували лікарі при наданні ПХД (на 100 опитаних).

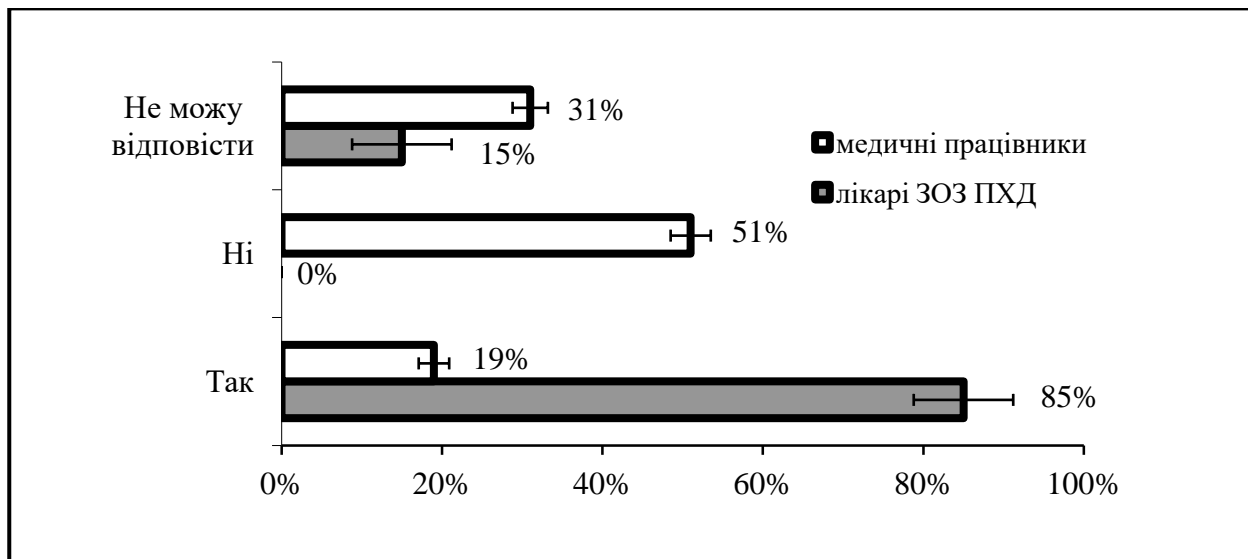


Рис. 6.2. Результати соціологічного дослідження щодо бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами у респондентів-лікарів ЗОЗ ПХД і М/П неспеціалізованих ЗОЗ (на 100 опитаних).

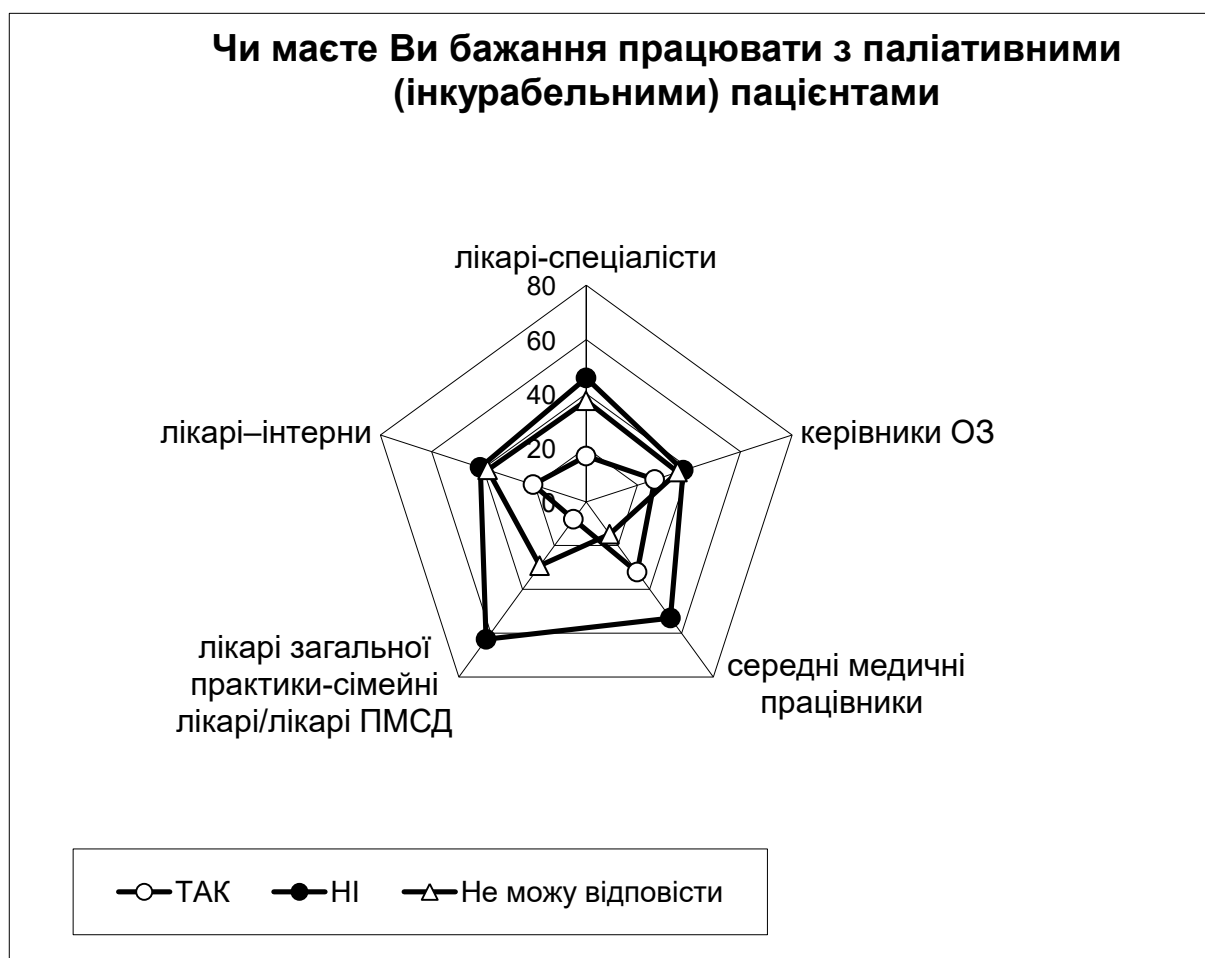


Рис. 6.3. Результати соціологічного дослідження щодо бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами М/П неспеціалізованих ЗОЗ (на 100 опитаних), залежно від спеціальності.



Рис. 6.4. Результати соціологічного дослідження щодо бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами м/п неспеціалізованих ЗОЗ, залежно від стажу.

- проводити післядипломне навчання М/П з питань ПХД на базі вищих навчальних закладів з видачею документа, що засвідчує підвищення кваліфікації в даній галузі;

- у кожній країні залучати провідних фахівців у галузі паліативної медицини до навчання лікарів різних спеціальностей та студентів-медиків тощо. [409, 411, 412, 414, 517, 521, 526 та інші].

Важливість БПР М/П, насамперед лікарів, з питань ПХД також підкреслюється в основних міжнародних документах щодо організації служби ПХД, зокрема: у «Рекомендаціях 24 (2003) Комітету Міністрів Ради Європи з організації паліативної допомоги в державах-учасницях»; посібнику «Паліативна допомога: рекомендації ВООЗ для здійснення ефективних програм» – Модуль 5 «Боротьба з раком: знання – в практику» (2007); настанові ЕАРС «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі» (2009, 2010), у Празькій хартії «Отримання паліативної допомоги – право людини» (2013) та інших [139, 140, 300, 517].

Відповідно до сучасних міжнародних підходів, усі спеціалізовані служби ПХД повинні мати у своєму розпорядженні належним чином мотивовані лікарські і

сестринські кадри, що мають спеціальну підготовку і склали іспит з питань ПХД. У багатьох країнах така підготовка проводиться на 3 рівнях:

1) базовий рівень – для всіх медичних працівників;

2) середній рівень – для підвищення кваліфікації медичних працівників окремих спеціальностей;

3) вищий (спеціалізований) рівень – для лікарів і медичних сестер, які отримують спеціалізацію з паліативної та хоспісної медицини або працюють в закладах ПХД [409, 411, 412, 414, 507, 522, 523 та інші].

Вважаємо, що велике значення для підвищення якості надання ПХД та мотивації М/П до БПР з питань ПХД має затвердження відповідної спеціалізації/субспеціалізації «Паліативна і хоспісна медицина» та введення в Україні в номенклатуру спеціальностей лікарів та молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності «Лікар з паліативної і хоспісної медицини» та «Молодший медичний спеціаліст з паліативної і хоспісної медицини», як це має місце у багатьох країнах світу. Так, у Великій Британії вперше паліативна медицина була визнана самостійною медичною спеціалізацією в 1987 р. Паліативна медицина була визнана самостійною спеціальністю або самостійним напрямком медицини у рамках окремих спеціальностей в Ірландії в 1995 р., у США – в 1996 р., у Новій Зеландії та Гонконгу – в 1998 р., у Швеції і Польщі – в 1999 р., у Румунії – у 2000 р., у Тайвані – у 2001 р., в Австралії та Словаччині – у 2005 р., у Німеччині – у 2006 р., у Франції – у 2007 р. Після 1–2 років післядипломного навчання на 50 кафедрах вищих навчальних закладів США лікарі можуть отримати спеціалізацію з паліативної медицини та відповідний сертифікат [148, 327, 414, 507, 523 та інші].

У програмах професійної підготовки лікарів, які надають ПХД, крім знань і навичок контролю ХрБс та інших симптомів і станів у ПП, вивчаються методи оцінювання стану ПП за відповідними шкалами, користування медичним обладнанням та засобами догляду за ПП і контролю їх виконання середніми та молодшими М/П, родичами або доглядальниками. Це, зокрема: догляд за стомами (цисто-, гастро-, трахео-, колостомами), центральним венозним катетером, вентрикуло-перитонеальним шунтом, забезпечення оксигенотерапії або штучної вентиляції легень (концентратор кисню або апарат ШВЛ), контролю SaO_2 ,

зондового або парентерального харчування та гідратації тощо. Надаючи ПХД вдома, лікар разом з медсестрами і молодшими М/П або доглядальниками та членами сім'ї повинен також вміти забезпечити належну гігієну тіла ПП, догляд за шкірою, ротовою порожниною, годування хворих через стому або зонд, профілактику та лікування пролежнів, обробку різного виду ран, забезпечення випорожнення кишківника, катетеризацію сечового міхура, обробку стом тощо [5, 24, 278, 401, 405, 409, 411 та ін.].

Робота з сім'ями ПП є складною, забирає багато часу, але вона – вкрай необхідна, адже це дає можливість підвищити якість життя ПП, що є головною метою ПХД. Знання етики і деонтології, спілкування, поєднане з високим професіоналізмом, сприяє успішному подоланню труднощів, що виникають у ПП наприкінці життя, тому ці питання мають обов'язково бути включені до програм підготовки М/П. Неминуча і близька смерть рідної людини обумовлює загрозову/кризову ситуацію для членів сім'ї – у сім'ях відбуваються порушення звичного сімейного укладу, фінансового та морально-психологічного стану. Тому адекватну медичну та психологічну допомогу мають отримувати також і члени сім'ї ПП. Часто, медико-психологічний супровід членів сім'ї продовжується і після смерті ПП. Тому М/П також необхідні педагогічні уміння та навички, щоб навчити пацієнта і його родичів елементам догляду, гігієни та контролю симптомів. [24, 126, 131, 148, 278, 405, 409, 411 та ін.].

Згідно з Рекомендаціями ЕАРС (2009, 2013) при розробці навчальних програм з ПХД для студентів ЗВМО необхідно обов'язково передбачити 7 основних розділів, що дозволяє забезпечити відповідний рівень компетентностей:

1. ПХД, паліативна і хоспісна медицина (визначення, принципи, підходи, філософія тощо).
2. Контроль хронічного больового синдрому різної етіології.
3. Контроль психо-емоційних станів і симптомів (збудження, сплутаність свідомості, депресії, апатія або агресія, відчуття тривоги і страху тощо).
4. Контроль інших тяжких симптомів (задишка, нудота, набряки, ураження шкіри, у т. ч. пролежні, та слизових тощо).
5. Етичні та правові аспекти ПХД і догляду.

6. Пацієнт/родина/доглядальники. Неклінічні аспекти догляду за ПП.

7. Навички спілкування. [410, 413].

Відсутність в Україні окремої спеціальності з паліативної і хоспісної медицини зумовлюють суттєві прогалини з підготовки М/П для надання ПХД. У ЗВМО України практично відсутня додипломна підготовка лікарів з питань ПХД. Вивчення стану підготовки студентів з питань надання ПХД засвідчило, що факультативний курс з паліативної і хоспісної медицини, який впроваджено у ЗВМО та університетах, не відповідає сучасним потребам та вимогам до підготовки лікарів щодо лікування ПП, як на рівні ПМСД, так і у стаціонарних ЗОЗ вторинної і третинної медичної допомоги. Проведений нами аналіз навчальних програм до- та післядипломної підготовки лікарів засвідчив, що питання надання медичної допомоги у термінальних станах, лікування ХрБС та розладів функцій життєдіяльності в інкурабельних, у т. ч. термінальних хворих, розглядаються при вивченні курсів онкології, анестезіології, хірургії, неврології, терапії тощо. Але ні студенти під час навчання у ЗВМО, ні інтерни та лікарі під час навчання у закладах післядипломної освіти не проходять інтегрований курс паліативної і хоспісної медицини. У навчальних програмах майже не висвітлюються теми стосовно значення та забезпечення психологічної, соціальної та духовної/релігійної підтримки помираючих хворих, особливостей спілкування з родичами ПП, організації роботи волонтерів НДО в ЗОЗ ПХД та у складі МД команд/бригад ПХД.

Не регламентовані питання до- та післядипломної підготовки лікарів та молодших медичних спеціалістів щодо надання ПХД і в наказах МОЗ України, які стосуються медичної допомоги пацієнтам онкологічного та фтизіатричного профілю, хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, людям похилого віку та дітям тощо.

Навчальними планами підготовки студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа» (затверджені наказами МОЗ України від 19.10.2009 р. № 749 та від 08.07.2010 р. № 539) та «лікар-психолог» за спеціальністю «Медична психологія» (затверджені наказами МОЗ України від 19.10.2009 № 750 та від 08.07.2010 № 540) передбачено вивчення елективного

курсу «Паліативна та хоспісна медицина» на 6-му році навчання (обсягом 4 кредити, 120 год., для лікарів, та обсягом 3 кредити, 90 год., для лікарів-психологів). Але це, практично, не здійснюється, про що свідчать результати нашого соціологічного дослідження. 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» (Табл. 6.8).

Дещо краща ситуація щодо підготовки з питань надання ПХД студентів медичних училищ, коледжів та інститутів медсестринства. Є затверджені МОЗ України навчальні програми, що розроблені співробітниками Львівського державного медичного коледжу імені Андрея Крупинського, зокрема: «Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині. Програма для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I—III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 “Сестринська справа”»; викладається курс ПХД для студентів-бакалаврів і магістрів у Тернопільському інституті медсестринства тощо. Затверджені навчальні програми: «Медсестринство в онкології з елементами паліативного догляду» (спеціальність «Сестринська справа»), «Геронтологія, геріатрія та паліативна медицина», «Онкологія» («Лікувальна справа»), «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (програми підготовки медичних сестер і медичних сестер-бакалаврів), «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (програми циклів спеціалізації та удосконалення для слухачів відділень післядипломної освіти, а також циклу удосконалення для викладачів основ медсестринства ЗВМО).

У Куп'янському медичному училищі (Харківська обл.) створено факультет по підготовці фахівців для роботи у хоспісній службі. У деяких медичних коледжах та медичних училищах, зокрема, Берегівському медичному коледжі (Закарпатської обл.), Дубенському медичному коледжі (Рівненської обл.), Черкаському медичному коледжі розроблені навчальні програми та викладається курс «Медсестринство у паліативній та хоспісній медицині», організована практика по догляду за ПП на базі відділень ПХМ.

Залишається актуальною проблема професійної підготовки молодшого медичного персоналу, затвердження професій молодших сестер з догляду або

сестер-доглядальниць, оскільки санітарки, які виконують цілий ряд функцій з догляду за ПП, не мають спеціальної фахової підготовки.

У зв'язку із відсутністю лікарської та медсестринської спеціальності «Паліативна та хоспісна медицина» післядипломна підготовка та підвищення кваліфікації фахівців ЗОЗ з питань ПХД здійснюється лише на курсах тематичного удосконалення (ТУ). З 2009 р. на першій і поки-що єдиній в Україні кафедрі паліативної та хоспісної медицини Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика розпочато викладання циклів ТУ з організації та надання ПХД, а також, починаючи з 2011 р., проведення циклів удосконалення «Основи медсестринської допомоги в паліативній та хоспісній медицині» для молодших медичних спеціалістів. Впродовж 10 років викладачі кафедри, у т. ч. за участі дисертанта, розробили 15 навчальних програм та навчальних планів циклів ТУ, що затверджені вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика (Додаток А-6). Сьогодні на кафедрі паліативної та хоспісної медицини проводяться двотижневі і місячні цикли ТУ з питань організації та надання ПХД для лікарів ЗП-СЛ, лікарів ЗОЗ ПМСД, лікарів-спеціалістів, які відповідно до своїх професійних та службових обов'язків надають ПХД, як вдома та в ЗОЗ ПМСД, так і стаціонарних ЗОЗ вторинного та третинного видів медичної допомоги. З 2013 р. питання ПХД викладаються на суміжних циклах при підготовці інтернів, які одержують спеціалізацію «Сімейна медицина» (24 год.) та «Терапія» (22 год.) і лікарів, які одержують спеціалізацію «Сімейна медицина», «Гематологія» та «Трансфузіологія» (6 год.).

Метою розроблених нами навчальних програм є формування у М/П відповідних знань, навичок та переконань, які необхідні для надання якісної ПХД, умінь та навичок роботи у складі МД команди. Саме пацієнт-сім'я-орієнтована парадигма, МД, міжвідомчий та міжсекторальний підходи надання ПХД населенню, а також компетентнісний принцип при підготовці слухачів на циклах ТУ та лікарів-інтернів і лікарів-спеціалістів на суміжних циклах покладено співробітниками кафедри паліативної та хоспісної медицини в основу розроблених навчальних програм з ПХД. Завданнями навчальних програм є:

- показати, що паліативна медична допомога – це значно ширше, ніж лише діагностичні дослідження і симптоматичне/паліативне лікування, а ПП потребує цілісного/холістичного підходу та піклування;

- навчити слухачів ефективним методам контролю симптомів (ХрБС, задишка, набряки, ураження шкіри та слизових тощо), застосовуючи адекватні фармакотерапевтичні та немедикаментозні засоби;

- показати, що ПХД – це не лише допомога в кризових ситуаціях або термінальних стадіях хвороби, а й включає превентивне лікування та догляд;

- показати, що ПХД та СППД повинні надаватися з урахуванням індивідуальних потреб, побажань і особливостей ПП і їх сімей;

- показати, що паліативна медична допомога буде якісною та ефективною тільки тоді, якщо лікуючий лікар буде мати відповідні знання щодо особливостей перебігу інкурабельного захворювання, розвитку термінальної стадії/танатогенезу/ смерті ПП, а також періоду скорботи для його родини;

- показати, що якість паліативної медичної допомоги можна покращити як за рахунок поглиблення знань і умінь, так і за рахунок оволодіння та удосконалення навичок МД командної роботи, ефективного спілкування і готовності обговорювати біоетичні питання.

Особлива увага в розроблених нами навчальних програмах ТУ приділяється формуванню у лікарів та молодших медичних спеціалістів вмінь і навичок:

- адекватної оцінки стану ПП, ранньої та точної діагностики порушених або втрачених функцій: ковтання, мови, рухової активності, сприйняття і мислення, порушення функцій тазових органів тощо;

- розуміння форм невербальної поведінки ПП у термінальних стадіях захворювань – міміка, погляд, жести, що свідчать про його стан та відображають його потреби;

- інформування та спілкування з ПП і його родичами, від чого залежить якість життя ПП та членів його сім'ї.

Впродовж 10 років функціонування кафедри було проведено більше 100 циклів ТУ, на яких одержали підготовку понад 3 тис. лікарів і молодших медичних

спеціалістів з багатьох регіонів України. За участі дисертанта було розроблено необхідне методичне і дидактичне забезпечення.

Певний досвід післядипломної освіти лікарів з питань ПХД є також на кафедрі терапії та сімейної медицини Івано-Франківського НМУ, Інституті післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ, в Українському тренінговому центрі сімейної медицини НМУ імені О. О. Богомольця, молодших медичних спеціалістів – в Навчально-науковому інституті медсестринства Тернопільського НМУ імені І. Я. Горбачевського, Дубенському медичному коледжі, а соціальних працівників/робітників в Інституті геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України та інших. На підставі системного аналізу національного і закордонного досвіду розроблена схема підготовки лікарів з ПХМ, яка представлена на Рис. 6.5.



Рис. 6.5. Схема системи БПР лікарів з паліативної і хоспісної медицини.

Слід зазначити, що навчально-методичне забезпечення підготовки студентів, лікарів та молодших медичних спеціалістів з питань надання ПХД населенню потребує постійного удосконалення. У Донецьку під керівництвом Г. В. Бондаря було видано навчальний посібник «Паллиативная медицинская помощь» (2006) для студентів V-VI курсів ЗВМО і лікарів-інтернів [24], а також деякі інші посібники,

зокрема, у Житомирському інституті медсестринства, але вони, на нашу думку, недостатньо висвітлюють питання організації та філософії ПХД, психологічної, соціальної та духовної/релігійної підтримки ПП та членів їх родин, особливостей комунікацій з близькими ПП та іншими фахівцями, що залучені до надання ПХД. Розробка посібників для студентів ЗВМО потребує удосконалення, що можна вирішити шляхом проведення МОЗ України відповідного конкурсу.

У 2013 р. співробітники Івано-Франківського НМУ розробили «Типову наскрізну навчальну програму з питань паліативної та хоспісної допомоги» для додипломної підготовки студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, на основі якої за участі дисертанта було розроблено і видано перший в Україні підручник «Паліативна та хоспісна допомога» (2017) для студентів ЗВМО, лікарів-інтернів, сімейних лікарів [278], а також навчальні посібники «Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги в практиці сімейного лікаря» (2017) [5] і «Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення» (2019), в яких використані дані дисертаційного дослідження.

6.3.2. Аналіз рівня знань, ставлення і потреби професійної підготовки медичних працівників в Україні з питань ПХД

Соціологічні дослідження за допомогою розроблених нами анкет (Додатки Б, В) дозволили визначити рівень знань, ставлення і потреби М/П у БПР з питань організації та надання ПХД. Аналіз анкет засвідчив значні прогалини у знаннях респондентів. Так, на запитання «Чи знаєте Ви, що таке паліативна допомога?» лікарі стаціонарних ЗОЗ ПХД відповіли: «Знаю точно» – 87,9±5,7 %, «Дещо знаю» – 12,1±5,7 % і «Не знаю» – 0 %. Серед М/П неспеціалізованих ЗОЗ відповіді розподілилися наступним чином – відповіли: «Знаю точно» – лише 54,7±2,4 %, «Дещо знаю» – 35,4±2,3 % і «Не знаю» – 9,9±1,5 %, що в 1,6 рази, 2,9 рази і 9,9 разів, відповідно, менше, ніж у респондентів 1-ої групи. Залежно від стажу роботи в медицині найбільший відсоток респондентів, які стверджували, що вони точно знають, що таке ПХД, був серед М/П зі стажем 46 та більше років – 80,0±10,3 %, 36-45 років – 63,6±6,5 % і 26-35 років – 61,5±5,1 %. (Табл. 6.5. Рис. 6.6–6.8).

Щоб в'ясувати глибину розуміння М/П поняття «Паліативна допомога» ми задали респондентам ще декілька уточнюючих запитань. Зокрема, на запитання «Кому потрібно надавати паліативну допомогу?» переважна більшість респондентів обох груп відповіли «Онкологічним хворим» ($100,0 \pm 0,0$ % і $91,1 \pm 1,4$ % відповідно) і «Хворим на тяжкі соматичні захворювання в термінальній стадії» ($75,8 \pm 7,5$ % і $84,1 \pm 1,8$ % відповідно), тоді як решта категорій ПП, М/П неспеціалізованих ЗОЗ знали значно гірше, ніж лікарі ЗОЗ ПХД. Найбільша різниця виявилася у відповіді «Членам сім'ї інкурабельних хворих» ($78,8 \pm 7,1$ % – 1-ша група і $14,9 \pm 1,7$ % – 2-га група). (Табл. 6.6. Рис. 6.9). Це свідчить про недостатні знання М/П неспеціалізованих ЗОЗ, що члени сім'ї ПП також повинні одержувати ПХД.

Про недостатні знання М/П неспеціалізованих ЗОЗ свідчить також низький відсоток респондентів, що вказали такі цільові групи ПХД як люди похилого і старечого віку ($40,0 \pm 2,4$ %), діти ($35,9 \pm 2,4$ %). Мало опитаних з обох груп зазначили серед ПП хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД ($36,4 \pm 8,4$ % і $32,0 \pm 2,3$ % відповідно) та хворих на туберкульоз ($15,2 \pm 6,2$ % і $14,0 \pm 1,7$ % відповідно). (Табл. 6.6. Рис. 6.9). Також низький рівень знань показали респонденти відповідаючи на запитання «В яких закладах/установах сьогодні повинна надаватися ПХД?». Лише $42,4 \pm 8,6$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $29,9 \pm 2,2$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ зазначили, що ПХД може надаватися вдома; у терапевтичних/хірургічних відділеннях багатопрофільних лікарень – $36,4 \pm 8,4$ % і $21,0 \pm 2,0$ % відповідно; у геріатричних лікарнях/відділеннях/інтернатах – $51,5 \pm 8,7$ % і $31,1 \pm 2,3$ % відповідно; у протитуберкульозних закладах – $42,4 \pm 8,6$ % і $8,0 \pm 1,3$ % відповідно. (Табл. 6.6. Рис. 6.10). Зазначене вище свідчить про необхідність удосконалення навчальних програм до- і післядипломної освіти з питань надання ПХД.

Аналіз анкет також показав недостатнє розуміння респондентами ролі лікарів ЗП-СЛ в організації та наданні ПХД. Лише $54,5 \pm 8,7$ % респондентів 1-ої і $54,9 \pm 2,4$ % 2-ої групи вказали, що лікарі ЗП-СЛ/дільничні лікарі повинні залучатися до надання ПХД. Хоча саме лікарі ЗОЗ ПМСД повинні забезпечити ПХД в амбулаторних умовах, у т. ч. і вдома, що є найбільш доступною і економічно доцільною формою ПХД у багатьох країнах світу. (Табл. 6.6. Рис. 6.11).

На запитання «Чи маєте Ви спеціальні знання з питань надання ПХД населенню?» відповіли: «Так» – $57,6 \pm 8,6$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $34,8 \pm 2,3$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ; відповіли: «Частково» – $33,3 \pm 8,2$ % респондентів 1-ої та $8,7 \pm 1,4$ % – 2-ої групи і «Ні» – $9,1 \pm 5,0$ % респондентів 1-ої і аж $56,5 \pm 2,4$ % – 2-ої групи. (Табл. 6.7. Рис. 6.12). Отже, більше половини М/П неспеціалізованих ЗОЗ вважають, що вони не мають спеціальних знань з питань надання ПХД населенню. Це абсолютно не відповідає сучасним міжнародним підходам і стандартам, згідно яких усі М/П повинні мати базові знання з питань надання ПХД. Залежно від спеціальності, найбільше респондентів, які зазначили, що не мають спеціальних знань з ПХД, були лікарі-інтерни – $64,8 \pm 8,2$ %, молодші медичні спеціалісти – $59,3 \pm 5,5$ %, лікарі-спеціалісти – $57,0 \pm 4,2$ % і лікарі ЗП-СЛ/лікарі ЗОЗ ПМСД – $56,6 \pm 4,7$ %. (Табл. 6.7. Рис. 6.13).

Аналіз відповідей на запитання: з яких джерел респонденти здобували знання з питань ПХД, засвідчив, що лише $9,1 \pm 5,0$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $7,0 \pm 1,3$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ зазначили, що «під час додипломного навчання у ВМНЗ». За рахунок різних форм післядипломної освіти одержали знання з питань ПХД також незначна частка М/П, які працюють у неспеціалізованих ЗОЗ: на циклах ТУ – $13,0 \pm 1,7$ %, курсах спеціалізації і інтернатурі – по $7,0 \pm 1,3$ % і циклах ПАЦ – $5,1 \pm 1,1$ %. Цикли ТУ і спеціальні тренінги/семінари як джерело знань з питань ПХД зазначили $48,5 \pm 8,7$ % і $45,5 \pm 8,7$ % лікарів ЗОЗ ПХД відповідно. Головними джерелами знань з питань ПХД вважають власний досвід $72,7 \pm 7,8$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $34,0 \pm 2,3$ % м/п неспеціалізованих ЗОЗ та самопідготовку – $48,5 \pm 8,7$ % респондентів 1-ої і $21,9 \pm 2,0$ % – 2-ої групи (Табл. 6.8. Рис. 6.14, 6.15).

Але відомо, що інформація, що отримана емпіричним шляхом, з точки зору доказової медицини часто може бути необґрунтованою та недостовірною.

Про нагальну потребу М/П у спеціальних знаннях з питань організації та надання ПХД також свідчать результати нашого соціологічного дослідження. Так, абсолютна більшість респондентів – $84,8 \pm 6,2$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $79,0 \pm 2,0$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ зазначили, що мають потребу в спеціальних знаннях з питань надання ПХД, і лише $6,1 \pm 4,2$ % опитаних з 1-ої групи і $8,0 \pm 1,3$ % – з 2-ої групи вважали, що їм не потрібні такі знання. (Табл. 6.9. Рис. 6.16).

**Результати соціологічного дослідження медичних працівників стосовно
знань з питань надання ПХД**

| Респонденти | Чи знаєте Ви, що таке паліативна допомога? | | |
|---|--|----------------------------------|------------------------------------|
| | Знаю точно (к-сть респонд./%) | Не знаю (к-сть респонд./%) | Дещо знаю (к-сть респонд./%) |
| лікарі ЗОЗ ПХД (n=33) | 29/87,9±5,7 | 0/0 | 4/12,1±5,7 |
| медичні працівники, які працюють у неспеціалізованих ЗОЗ, разом (n=415) | 227/54,7±2,4 | 41/9,9±1,5 | 147/35,4±2,3 |
| Залежно від стажу роботи в медицині | | | |
| до 5 років (n=62) | 35/56,5±6,3 | 11/17,7±4,9 | 16/25,8±5,6 |
| 6-15 років (n=102) | 39/38,2±4,8 | 16/15,7±3,6 | 47/46,1±4,9 |
| 16-25 років (n=90) | 50/55,6±5,2 | 8/8,9±3,0 | 32/35,5±5,0 |
| 26-35 років (n=91) | 56/61,5±5,1 | 5/5,5±2,4 | 30/33,0±4,9 |
| 36-45 років (n=55) | 35/63,6±6,5 | 1/1,8±1,8 | 19/34,5±6,4 |
| 46 та більше років (n=15) | 12/80,0±10,3 | 0/0 | 3/20,0±10,3 |

Таблиця 6.6.

**Результати соціологічного дослідження медичних працівників стосовно
знань з питань організації та надання ПХД.**

| Запитання | Відповіді респондентів | |
|---|---|--|
| | лікарі ЗОЗ ПХД (к-сть респонд./%) (n=33) | м/п неспеціалізованих ЗОЗ (к-сть респонд./%) (n=415) |
| Кому потрібно надавати паліативну допомогу? | | |
| онкологічні хворі | 33/100,0±0,0% | 378/91,1±1,4% |
| хворі на тяжкі соматичні захворювання в термінальній стадії | 25/75,8±7,5% | 349/84,1±1,8% |
| люди похилого і старечого віку | 21/63,6±8,4% | 166/40,0±2,4% |
| діти | 15/45,5±8,7% | 149/35,9±2,4% |
| хворі з пошкодженнями хребта та опорно-рухового апарату | 18/54,5±8,7% | 137/33,0±2,3% |

| | | |
|---|---------------|---------------|
| хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД | 12/36,4±8,4% | 133/32,0±2,3% |
| хворі на туберкульоз | 5/15,2±6,2% | 58/14,0±1,7% |
| хворі після інсульту | 19/57,6±8,6 % | 116/28,0±2,2% |
| хворі на наркоманію | 4/12,1±5,7% | 54/13,0±1,7% |
| члени сім'ї інкурабельних хворих | 27/81,8±6,7 % | 62/14,9±1,7% |
| Хто найчастіше надає паліативну допомогу? | | |
| сімейні/дільничні лікарі | 18/54,5±8,7% | 228/54,9±2,4% |
| лікарі-спеціалісти | 23/69,7±8,0% | 183/44,1±2,4% |
| середні медичні працівники | 29/87,9±5,7% | 270/65,1±2,3% |
| молодші медичні працівники | 27/81,8±6,7% | 137/33,0±2,3% |
| соціальні працівники | 24/72,7±7,8% | 166/40,0±2,4% |
| психологи | 29/87,9±5,7% | 149/35,9±2,4% |
| члени сім'ї | 26/78,8±7,1% | 133/32,0±2,3% |
| священнослужителі | 26/78,8±7,1% | 100/24,1±2,1% |
| волонтери | 24/72,7±7,8% | 141/34,0±2,3% |
| В яких закладах/установах сьогодні повинна надаватися ПХД? | | |
| у терапевтичних/хірургічних відділеннях багатoproфільних лікарень | 12/36,4±8,4% | 87/21,0±2,0% |
| вдома | 14/42,4±8,6% | 124/29,9±2,2% |
| в онкологічних лікарнях/диспансерах | 21/63,6±8,4% | 145/34,9±2,3% |
| у хоспісах | 33/100,0±0,0% | 365/88,0±1,6% |
| у лікарнях/відділеннях сестринського догляду | 23/69,7±8,0% | 137/33,0±2,3% |
| у геріатричних лікарнях/відділеннях/інтернатах | 17/51,5±8,7% | 129/31,1±2,3% |
| у відділеннях паліативної медицини багатoproфільних лікарень | 28/84,8±6,2% | 257/61,9±2,4% |
| у протитуберкульозних закладах | 14/42,4±8,6% | 33/8,0±1,3% |
| у психоневрологічних лікарнях/диспансерах | 19/57,6±8,6% | 50/12,0±1,6 % |
| у центрах ВІЛ/СНІД | 20/60,6±8,5% | 91/21,9±2,0 % |
| у будинках-інтернатах для інвалідів | 23/69,7±8,0% | 112/27,0±2,2% |
| у госпіталях для ветеранів війн | 20/60,6±8,5% | 79/19,0±1,9% |

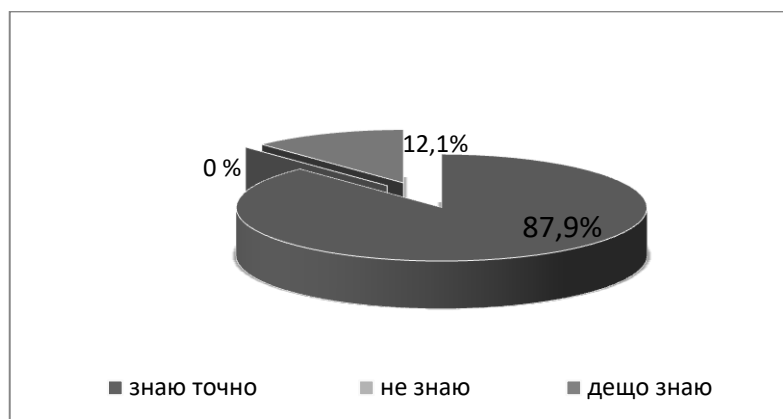


Рис. 6.6. Результати соціологічного дослідження лікарів стаціонарних ЗОЗ ПХД щодо запитання «Чи знаєте Ви, що таке паліативна допомога?» (на 100 опитаних)

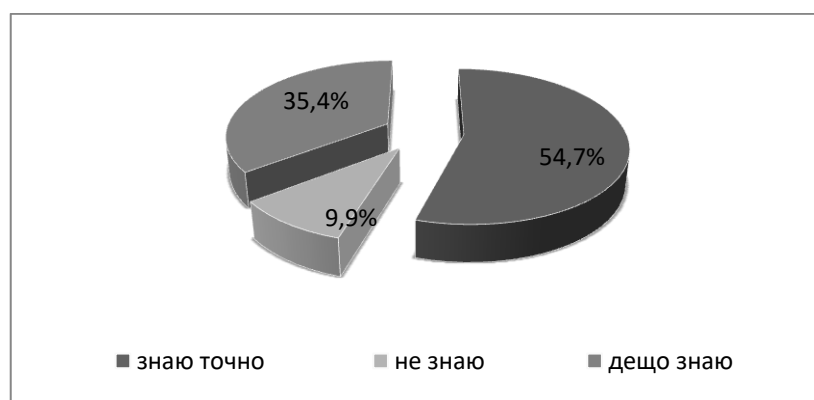


Рис. 6.7. Результати соціологічного дослідження М/П неспеціалізованих ЗОЗ щодо запитання «Чи знаєте Ви, що таке паліативна допомога?» (на 100 опитаних)

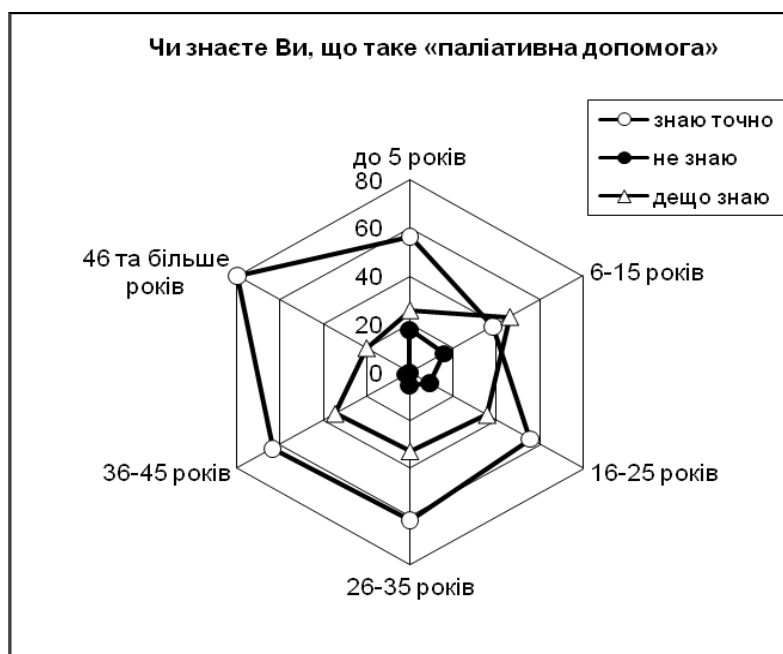


Рис. 6.8. Результати соціологічного дослідження М/П щодо відповіді на запитання «Чи знаєте Ви, що таке паліативна допомога?» (на 100 опитаних), залежно від стажу роботи в медицині

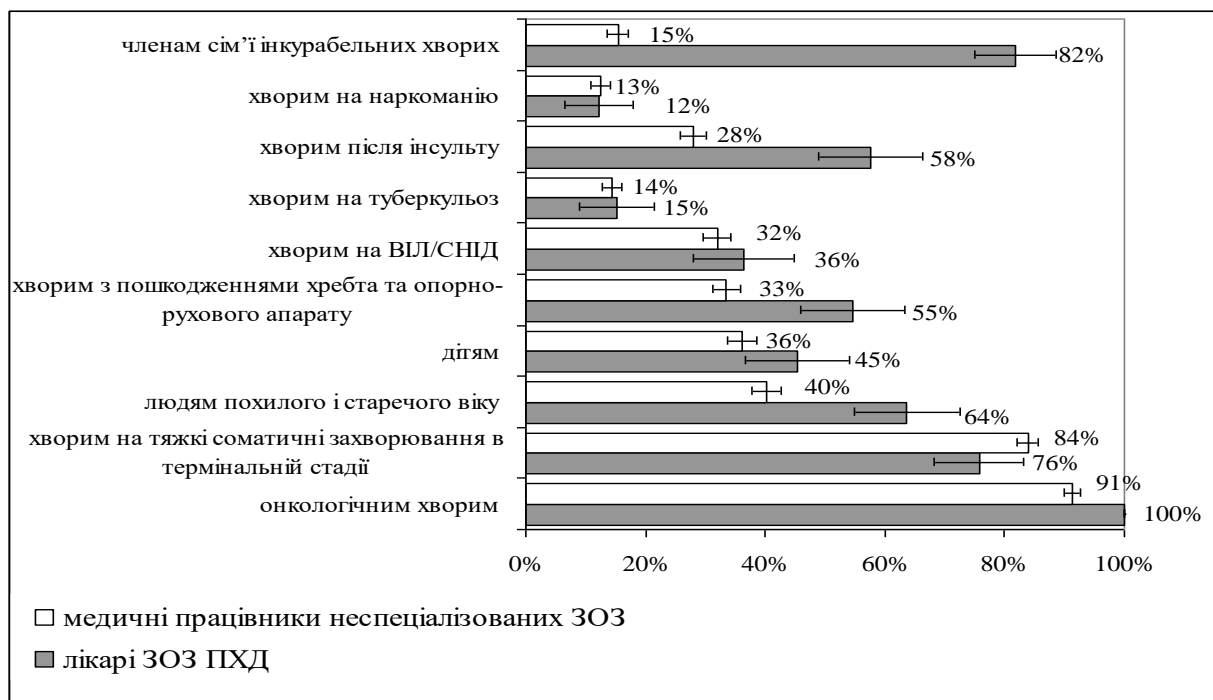


Рис. 6.9. Результати соціологічного дослідження М/П щодо відповіді на запитання «Кому потрібно надавати паліативну допомогу?» (на 100 опитаних)



Рис. 6.10. Результати соціологічного дослідження М/П щодо відповіді на запитання «У яких закладах/установах сьогодні повинна надаватися ПХД?» (на 100 опитаних)

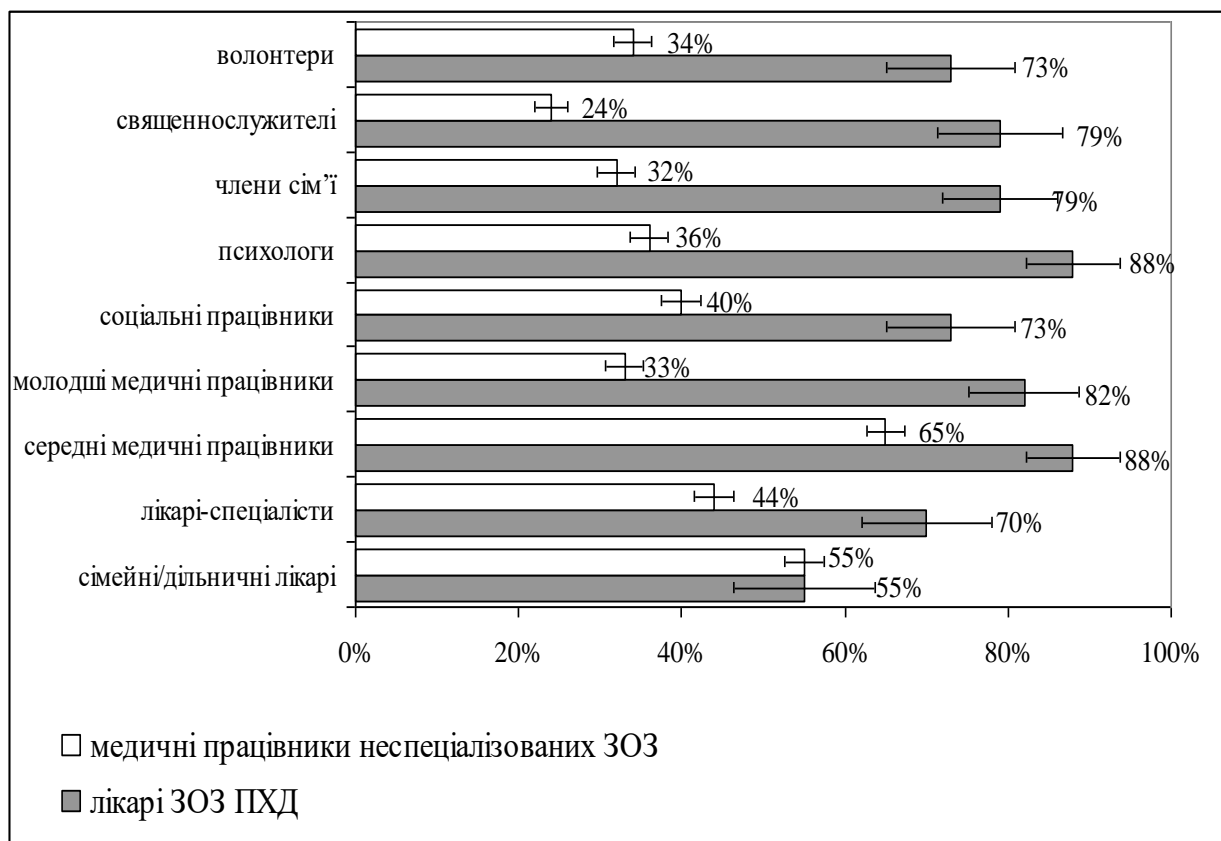


Рис. 6.11. Результати соціологічного дослідження М/П щодо відповіді на запитання «Хто найчастіше надає паліативну допомогу?» (на 100 опитаних)

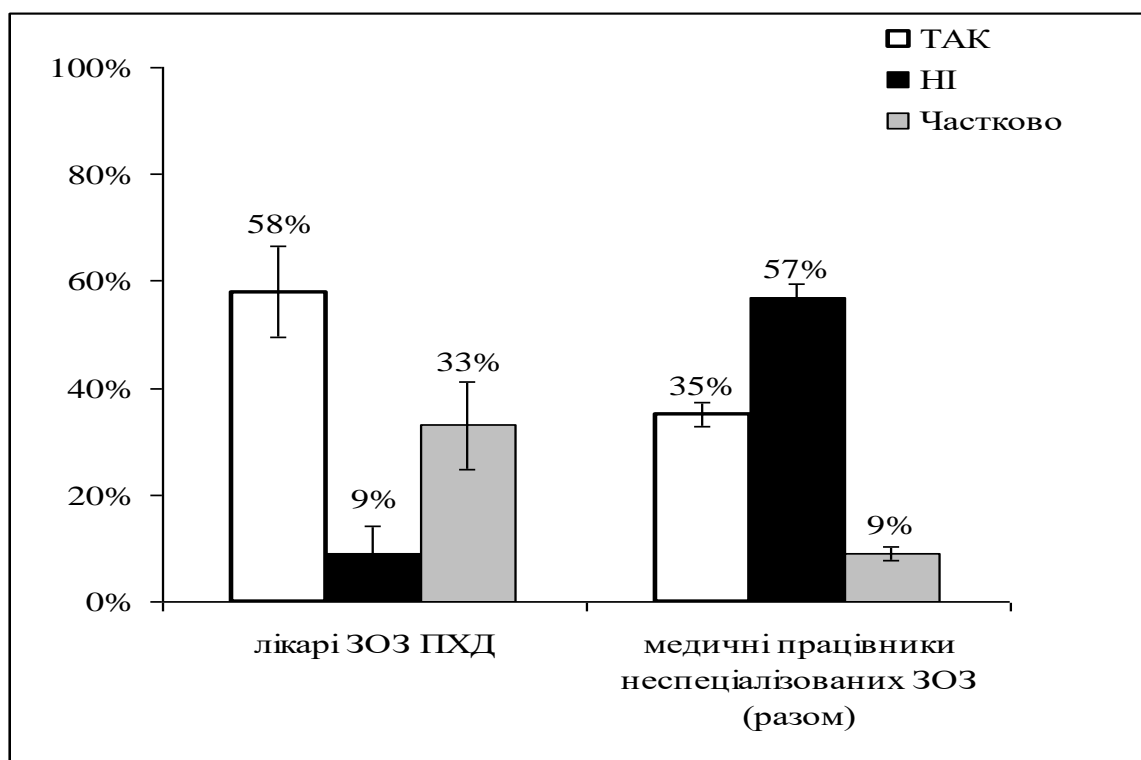


Рис. 6.12. Результати соціологічного дослідження М/П щодо відповіді на запитання «Чи маєте Ви спеціальні знання з питань надання ПХД населенню?» (на 100 опитаних)

**Результати соціологічного дослідження медичних працівників стосовно
знань з питань надання ПХД**

| Категорія респондентів | Чи маєте Ви спеціальні знання з питань надання ПХД населенню? | | |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| | Так (к-сть респонд./%) | Ні (к-сть респонд./%) | Частково (к-сть респонд./%) |
| лікарі ЗОЗ ПХД (n=33) | 19/57,6±8,6 % | 3/9,1±5,0 % | 11/33,3±8,2 % |
| медичні працівники неспціалізованих ЗОЗ, разом (n=415) | 145/34,8±2,3 % | 235/56,5±2,4% | 35/8,7±1,4 % |
| залежно від спеціальності | | | |
| лікарі-спеціалісти (n=142) | 45/31,7±3,9 % | 81/57,0±4,2 % | 16/11,3±2,7 % |
| керівники ОЗ (n=45) | 23/51,2±7,5 % | 20/44,4±7,4 % | 2/4,4±3,1 % |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=113) | 36/31,9±4,4 % | 64/56,6±4,7 % | 13/11,5±3,0 % |
| лікарі-інтерни (n=34) | 9/26,4±7,6 % | 22/64,8±8,2 % | 3/8,8±4,9 % |
| молодші медичні спеціалісти (n=81) | 31/38,2±5,4 % | 48/59,3±5,5 % | 2/2,5±1,7 % |

Таблиця 6.8.

**Результати соціологічного дослідження медичних працівників стосовно
джерела знань з питань надання ПХД**

| Де Ви отримали спеціальні знання з питань надання ПХД? | Категорія респондентів | |
|--|---|---|
| | лікарі ЗОЗ ПХД (к-сть респонд./%) (n=33) | м/п неспеціалізо- ваних ЗОЗ (к-сть респонд./%) (n=415) |
| додипломне навчання у ВУЗі | 3/9,1±5,0% | 29/7,0±1,3% |
| післядипломне навчання | 30/90,9±5,0% | 386/93,0±1,3% |
| зокрема: | | |
| інтернатура | 0/0 % | 29/7,0±1,3% |
| курси спеціалізації | 10/30,3±8,0% | 29/7,0±1,3% |
| цикли ПАЦ | 4/12,1±5,7% | 21/5,1±1,1% |
| цикли ТУ | 16/48,5±8,7% | 54/13,0±1,7% |
| спеціальні тренінги/семінари | 15/45,5±8,7% | 24/5,8±1,1% |
| самопідготовка | 16/48,5±8,7% | 91/21,9±2,0% |
| власний досвід | 24/72,7±7,8% | 141/34,0±2,3% |

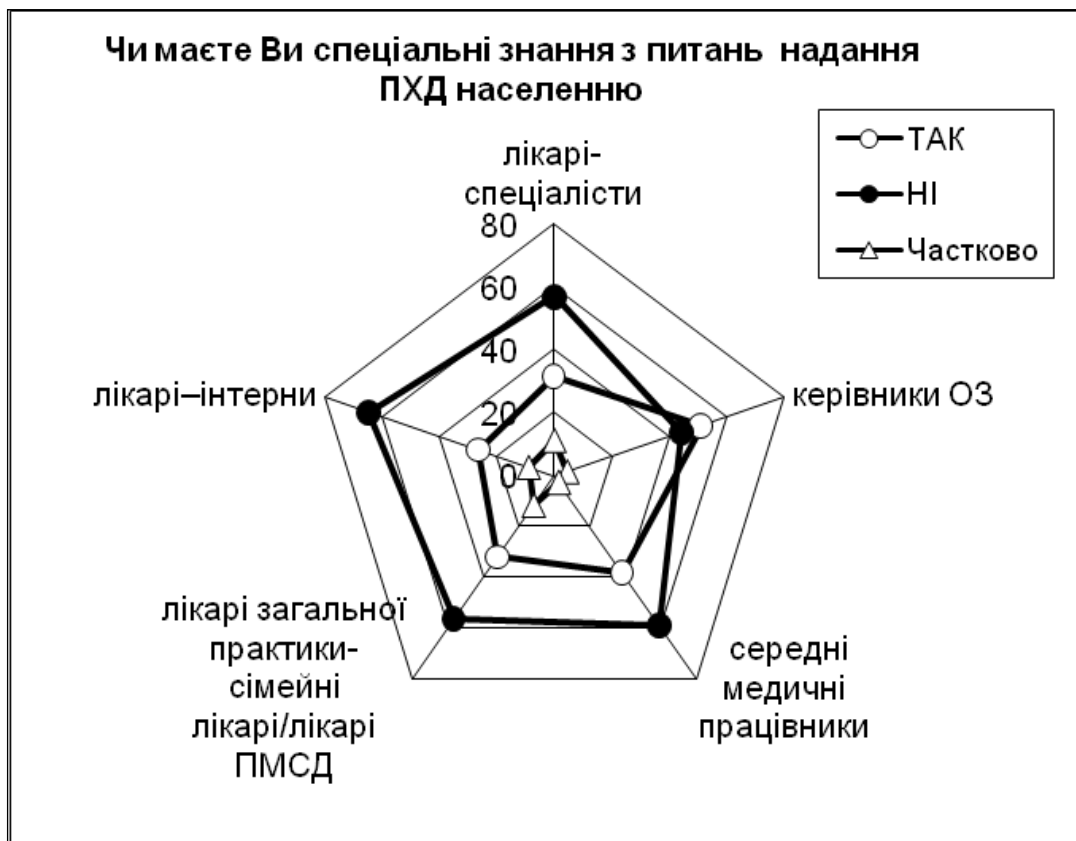


Рис. 6.13. Результати соціологічного дослідження М/П щодо відповіді на запитання «Чи маєте Ви спеціальні знання з питань надання ПХД населенню?» (на 100 опитаних)

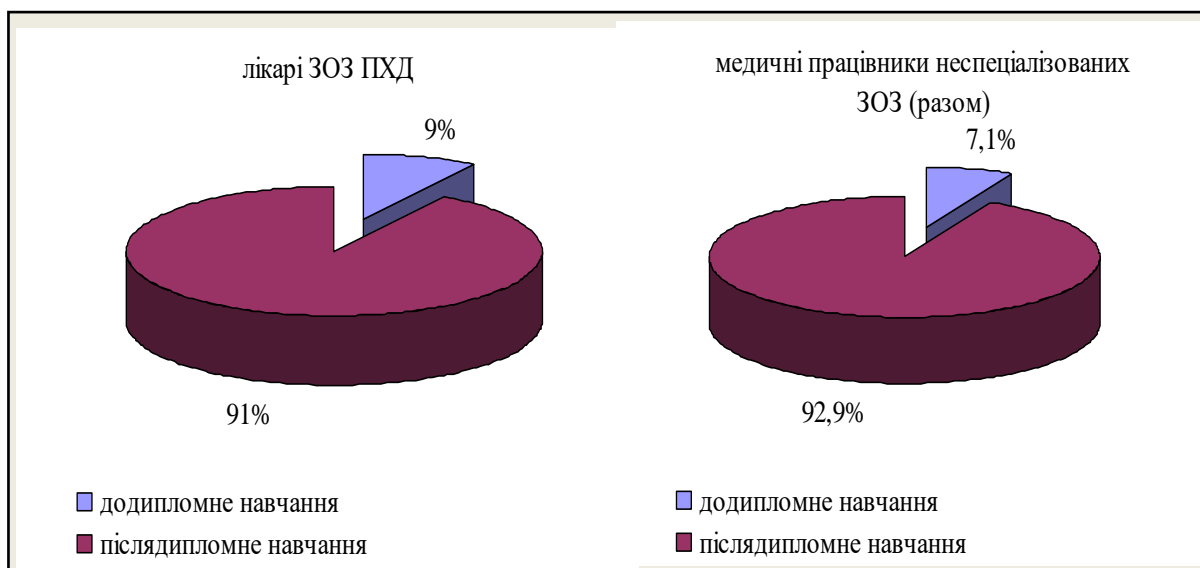


Рис. 6.14. Результати соціологічного дослідження М/П щодо відповіді на запитання «Де Ви отримали спеціальні знання з питань надання паліативної допомоги?» (на 100 опитаних)

Слід зауважити, що залежно від спеціальності, найбільш переконаними у потребі спеціальних знань з питань надання ПХД були лікарі-інтерни – $88,2 \pm 5,5$ %, керівники ЗОЗ – $84,4 \pm 5,4$ % і молодші медичні спеціалісти – $84,0 \pm 4,1$ %, лікарі-спеціалісти – $75,4 \pm 3,6$ % і лікарі ЗП-СЛ/лікарі закладів ПМСД – $75,2 \pm 4,1$ %. (Табл. 6.9. Рис. 6.17).

З метою визначення та деталізації потреби у професійній підготовці з питань ПХД ми провели у 2019 р. друге соціологічне дослідження. Враховуючи велике значення, яке сьогодні у багатьох країнах Європи та світу приділяється наданню ПХД в амбулаторних умовах, у т. ч. і вдома, ми спробували з'ясувати думку лікарів про їх знання і навички надавати медичну допомогу ПП вдома. Зокрема, в анкеті ми задали запитання: «Чи Ви вважаєте себе достатньо компетентним надавати медичну допомогу ПП вдома?». Аналіз відповідей засвідчив, що найменш компетентними надавати медичну допомогу ПП вдома вважають себе лікарі-інтерни ($94,6 \pm 5,0$ %) і лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД ($78,7 \pm 7,3$ %). Також більше половини лікарів-спеціалістів ($65,8 \pm 7,6$ %) і керівників ЗОЗ ($51,4 \pm 8,8$ %) вважають себе неготовими надавати медичну допомогу ПП вдома. (Табл. 6.10). На запитання «Чи Ви вважаєте себе достатньо компетентним щодо контролю хронічного больового синдрому у ПП вдома?» найбільший відсоток респондентів, які відповіли «Ні», був також серед лікарів-інтернів ($84,6 \pm 5,0$ %). Відповіли також: «Ні» – $58,7 \pm 7,3$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД, $55,8 \pm 7,6$ % лікарів-спеціалістів та $41,4 \pm 9,1$ % керівників ЗОЗ. (Табл. 6.10).

Враховуючи потребу ПП і членів їх сімей у комплексній допомозі значно збільшується роль лікаря як організатора/менеджера МД ПХД вдома, що, безперечно, потребує відповідних знань і навичок. Але, як свідчать результати опитування, навіть керівники ЗОЗ вважають себе недостатньо підготовленими до виконання такої функції. Так, про свою некомпетентність у цих питаннях зазначили $96,2 \pm 2,7$ % лікарів-інтернів, $76,7 \pm 6,4$ % лікарів-спеціалістів, $70,9 \pm 7,2$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД і $65,5 \pm 8,8$ % керівників ЗОЗ.

Також встановлено, що лікарі гостро потребують знань та навичок з інтегрованого курсу мультидисциплінарної ПХД.

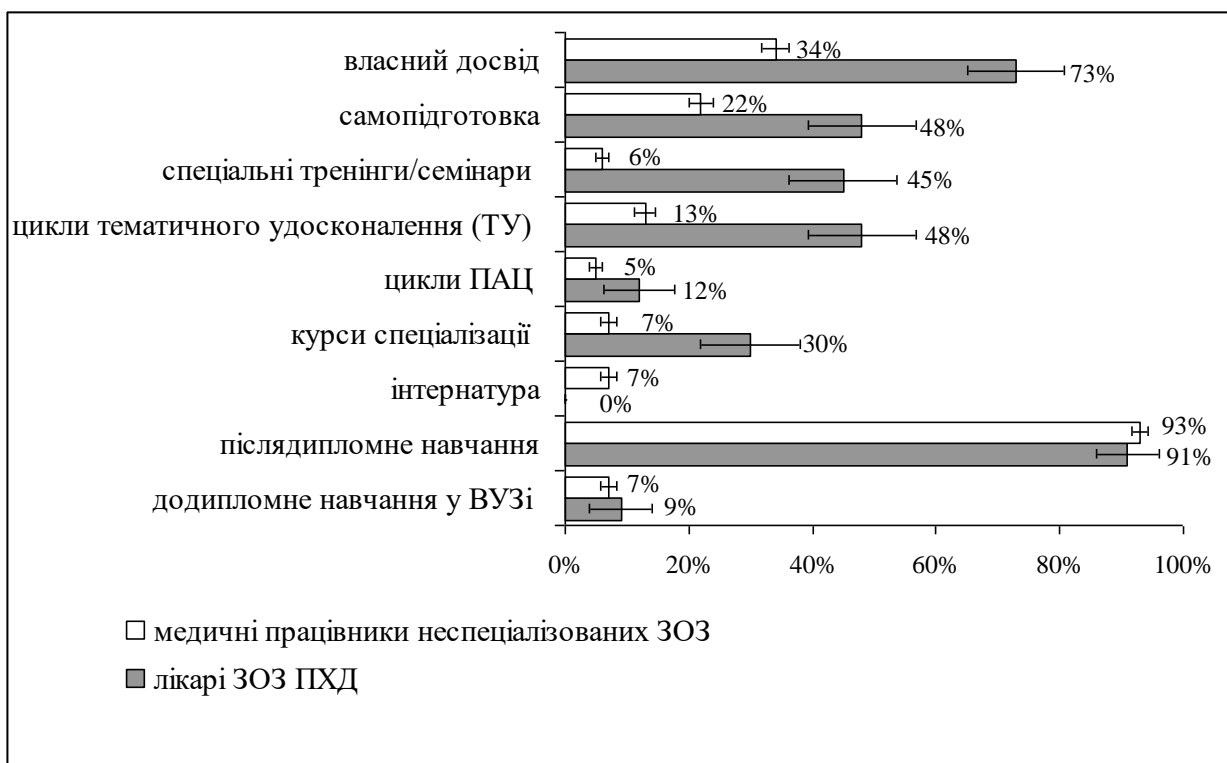


Рис. 6.15. Результати соціологічного дослідження м/п щодо відповіді на запитання «Де Ви отримали спеціальні знання з питань надання паліативної допомоги?»

Таблиця 6.9.

Результати соціологічного дослідження медичних працівників стосовно потреби в спеціальних знаннях з питань надання ПХД

| Категорія респондентів | Чи відчуваєте Ви потребу в спеціальних знаннях з питань надання ПХД? | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| | Так (к-сть респонд./%) | Ні (к-сть респонд./%) | Не можу відповісти (к-сть респонд./%) |
| лікарі ЗОЗ ПХД (n=33) | 28/84,8±6,2 % | 2/6,1 ± 4,2 % | 3/9,1 ± 5,0 % |
| м/п неспеціалізованих ЗОЗ, разом (n=415) | 328/79,0±2,0 % | 33/8,0±1,3 % | 54/13,0±1,7 % |
| залежно від спеціальності | | | |
| лікарі-спеціалісти (n=142) | 107/75,4±3,6% | 14/9,9 ± 2,5% | 21/14,7 ± 3,0% |
| керівники ОЗ (n=45) | 38/84,4 ± 5,4% | 2/4,4 ± 3,1% | 5/11,2 ± 4,7% |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=113) | 85/75,2 ± 4,1% | 15/13,3±3,2% | 13/11,5 ± 3,0% |
| лікарі-інтерни (n=34) | 30/88,2 ± 5,5% | 1/2,9 ± 2,9% | 3/8,9 ± 4,9% |
| молодші медичні спеціалісти (n=81) | 68/84,0 ± 4,1% | 2/2,5 ± 1,7% | 11/13,5 ± 3,8% |

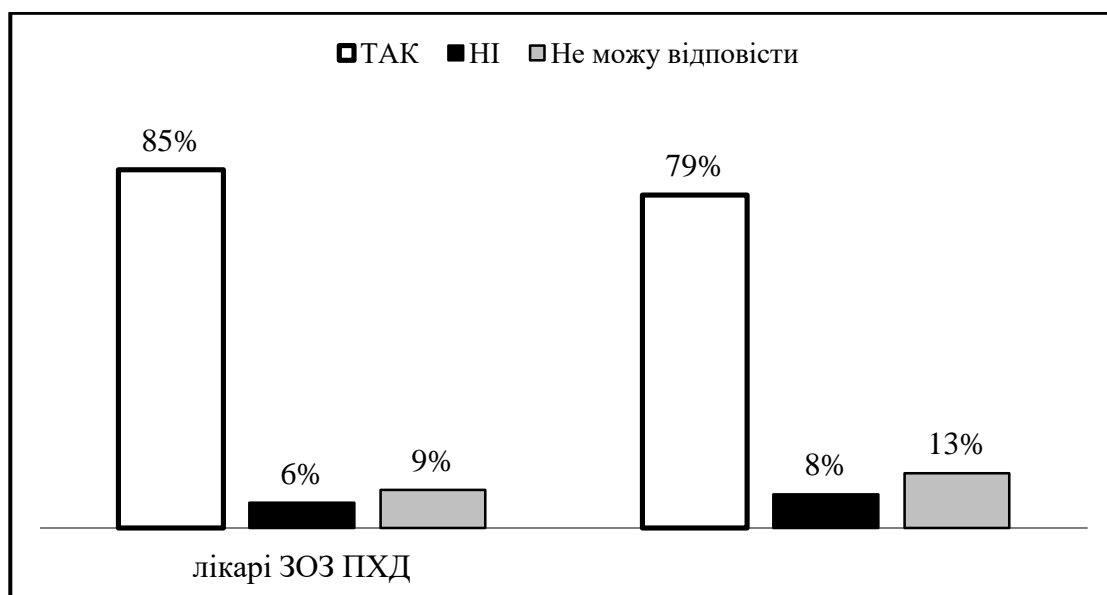


Рис. 6.16. Результати соціологічного дослідження м/п – відповіді на запитання «Чи відчуваєте Ви потребу в спеціальних знаннях з питань надання ПХД?»



Рис. 6.17. Результати соціологічного дослідження медичних працівників – відповіді на запитання «Чи відчуваєте Ви потребу в спеціальних знаннях з питань надання ПХД?», залежно від спеціальності.

Так, на запитання «Чи маєте Ви потребу вдосконалити теоретичні знання, професійні навички та вміння щодо надання мультидисциплінарної ПХД?» найбільший відсоток респондентів, які відповіли «Так», був серед інтернів (96,2±2,7 %) і лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД (95,7±3,0 %); серед керівників ЗОЗ – 93,1±4,7 % і лікарів-спеціалістів – 93,0±3,9 %. (Табл. 6.10).

Важливим, з точки зору розробки та удосконалення навчальних програм з питань ПХД, є аналіз відповідей респондентів на запитання «У якому напрямку Ви бажаєте вдосконалювати знання та навички для професійної роботи з ПП?». Як свідчать результати опитування, майже усі респонденти (у середньому, 95,2 %) зазначили своє бажання вдосконалювати знання та навички з паліативної медицини. Значний інтерес висловили респонденти (у середньому, 70,4 %) до вивчення форм і методів психологічної допомоги. Свою зацікавленість у підготовці з питань догляду за ПП висловили 75,9±7,9 % керівників ЗОЗ, 60,9±7,2 % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД і майже половина інтернів та лікарів-спеціалістів – 53,8±6,9 % і 53,5±7,6 % відповідно. Питаннями соціального забезпечення ПП цікавляться найбільше керівники ЗОЗ і найменше лікарі-інтерни – 65,5±8,8 % і 51,9±6,9 %, відповідно (Табл. 6.10).

Найбільш суттєво відрізняються результати опитування щодо бажання вдосконалювати свої знання та навички з питань правового забезпечення – від 89,7±5,7 % у керівників ЗОЗ до 21,2±5,7 % у лікарів-інтернів. Найменший інтерес респонденти виявили до питань духовної опіки ПП – від 58,6±9,1 % у керівників ЗОЗ і 50,0±7,4 % у лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД до 34,9±7,3 % у лікарів-спеціалістів і 25,0±6,0 % у лікарів-інтернів. (Табл. 6.10).

Таким чином, результати наших досліджень свідчать, що сьогодні актуальною проблемою в Україні є створення системи професійної підготовки М/П з питань ПХД, оскільки адекватна додипломна підготовка та БПР кваліфікованих фахівців є однією з головних умов створення і розвитку системи якісної та ефективної ПХД.

Результати соціологічного дослідження лікарів стосовно знань, ставлення і потреби професійної підготовки з питань надання ПХД

| Категорія респондентів (n=170) | Чи Ви вважаєте себе достатньо компетентним надавати медичну допомогу ПП вдома? | | |
|-----------------------------------|---|------------|-------|
| | Так | Ні | p |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 21,3±7,3 % | 78,7±7,3 % | <0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 34,2±7,6 % | 65,8±7,6 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 48,6±8,8 % | 51,4±8,8 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 5,4±5,0 % | 94,6±5,0 % | <0,05 |
| | Чи Ви вважаєте себе достатньо компетентним щодо контролю ХрБС у ПП вдома? | | |
| | Так | Ні | p |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 41,3±7,3 % | 58,7±7,3 % | <0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 44,2±7,6 % | 55,8±7,6 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 58,6±9,1 % | 41,4±9,1 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 15,4±5,0 % | 84,6±5,0 % | <0,05 |
| | Чи Ви вважаєте себе достатньо компетентним щоб організувати надання мультидисциплінарної паліативної допомоги ПП вдома? | | |
| | Так | Ні | p |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 29,1±7,2 % | 70,9±7,2 % | >0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 23,3±6,4 % | 76,7±6,4 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 34,5±8,8 % | 65,5±8,8 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 3,8±2,7 % | 96,2±2,7 % | <0,05 |
| | Чи маєте Ви потребу вдосконалити теоретичні знання, професійні навички та вміння щодо надання мультидисциплінарної ПХД? | | |
| | Так | Ні | p |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 95,7±3,0 % | 4,3±3,0 % | >0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 93,0±3,9 % | 7,0±3,9 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 93,1±4,7 % | 6,9±4,7 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 96,2±2,7 % | 3,8±2,7 % | >0,05 |

| | У якому напрямку Ви бажали би вдосконалювати знання та навички для професійної роботи з ПП? | | |
|---------------------------------|--|------------|----------|
| | Так | Ні | p |
| | а) паліативної медицини | | |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 93,5±3,6% | 6,5±3,6% | >0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 95,3±3,2 % | 4,7±3,2 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 93,1±4,7 % | 6,9±4,7 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 96,2±2,7 % | 3,8±2,7 % | >0,05 |
| | б) догляду | | |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 60,9±7,2 % | 39,1±7,2 % | >0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 53,5±7,6 % | 46,5±7,6 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 75,9±7,9 % | 24,1±7,9 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 53,8±6,9 % | 46,2±6,9 % | >0,05 |
| | в) соціального забезпечення | | |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 54,3±7,3 % | 45,7±7,3 % | <0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 58,1±7,5 % | 41,9±7,5 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 65,5±8,8 % | 34,5±8,8 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 51,9±6,9 % | 48,1±6,9 % | <0,05 |
| | г) формам і методам психологічної допомоги | | |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 71,7±6,6 % | 28,3±6,6 % | >0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 69,8±7,0 % | 30,2±7,0 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 69,0±8,6 % | 31,0±8,6 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 76,9±5,8 % | 23,1±5,8 % | >0,05 |
| | д) правового забезпечення | | |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 37,0±7,1 % | 63,0±7,1 % | >0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 69,8±7,0 % | 30,2±7,0 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 89,7±5,7 % | 10,3±5,7 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 21,2±5,7 % | 78,8±5,7 % | >0,05 |
| | е) духовної опіки | | |
| лікарі ЗП-СЛ/лікарі ПМСД (n=46) | 50,0±7,4 % | 50,0±7,4 % | <0,05 |
| лікарі-спеціалісти (n=43) | 34,9±7,3 % | 65,1±7,3 % | >0,05 |
| керівники ОЗ (n=29) | 58,6±9,1 % | 41,4±9,1 % | >0,05 |
| лікарі-інтерни (n=52) | 25,0±6,0 % | 75,0±6,0 % | <0,05 |

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».

Таким чином, результати дослідження свідчать про необхідність комплексного і системного вирішення проблеми професійної підготовки М/П з питань ПХД та державної підтримки, зокрема з боку МОЗ України і МОН України. Пропозиції до МОЗ України щодо впровадження системи до- і післядипломної освіти М/П з питань ПХД подано у Додадатку 3 1.

Висновки до Розділу 6

1. Встановлено, що сьогодні в Україні існують значні проблеми з укомплектуванням персоналом стаціонарних ЗОЗ ПХД. Так, за результатами соціологічного дослідження, у 2017 р., у середньому, по Україні укомплектованість стаціонарних ЗОЗ ПХД лікарями складала $32,7 \pm 9,4$ %, а молодшими медичними спеціалістами – $38,5 \pm 7,4$ %. Також досить високою є плинність кадрів. У стаціонарних ЗОЗ ПХД, де проводилося опитування, впродовж 2017 р. звільнилися $15,4 \pm 4,5$ % лікарів і $12,4 \pm 2,1$ % молодших медичних спеціалістів.

2. Встановлено, що $62,8 \pm 4,5$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД, $52,9 \pm 5,6$ % молодших медичних спеціалістів і $45,8 \pm 4,2$ % лікарів-спеціалістів зазначили, що не бажають працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами. Отже, велике

значення для забезпечення системи ПХД кваліфікованими М/П має впровадження заходів матеріальної та моральної мотивації кадрів. Крім підвищеної заробітної плати, пільгового пенсійного забезпечення, збільшення тривалості відпустки та оптимізації професійного навантаження, також мотивацією для М/П може бути введення в номенклатуру спеціальностей лікарів та молодших медичних спеціалістів медичної спеціальності «Паліативна і хоспісна медицина» та затвердження МОЗ України спеціалізації/субспеціалізації «Лікар паліативної і хоспісної медицини» і «Молодший медичний спеціаліст з паліативної і хоспісної медицини». Це має сьогодні особливе значення в умовах обмежених матеріальних і кадрових ресурсів.

3. Встановлено недостатній рівень знань і компетентностей М/П з питань організації та надання ПХД. Результати соціологічного дослідження засвідчили, що лише $54,7 \pm 2,4$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ відповіли в анкетах, що вони точно знають, що таке паліативна допомога, і $56,5 \pm 2,4$ % респондентів цієї групи зазначили, що вони не мають спеціальних знань з питань надання ПХД населенню. Зазначене не відповідає сучасним міжнародним підходам і стандартам, згідно з якими усі М/П повинні володіти базовими знаннями з питань надання ПХД, і свідчить про нагальну потребу впровадження системи підготовки М/П з питань ПХД. Хоча, майже усі респонденти зазначили про своє бажання і потребу вдосконалювати знання та навички з паліативної і хоспісної медицини, зокрема – $96,2 \pm 2,7$ % лікарів-інтернів, $95,7 \pm 3,0$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД, $93,1 \pm 4,7$ % керівників ЗОЗ, $93,0 \pm 3,9$ % лікарів-спеціалістів, $84,8 \pm 6,2$ % лікарів ЗОЗ ПХД і $79,0 \pm 2,0$ % М/П неспеціалізованих ЗОЗ. Зазначене слід врахувати при розробці та удосконаленні навчальних програм післядипломної освіти М/П з питань ПХД.

4. Показано, що створення і впровадження системи доступної, якісної та ефективної ПХД висуває високі вимоги до мотивації та професійної підготовки М/П. Оскільки провідну роль у наданні ПХД населенню разом із фахівцями спеціалізованих ЗОЗ ПХД повинні відігравати М/П ЗОЗ ПМСД, і в першу чергу – лікарі ЗП-СМ, особливо актуальним питанням є професійна підготовка М/П для надання ПХД в умовах первинної медичної допомоги, зокрема вдома. Разом з тим, за результатами соціологічного дослідження, $70,9 \pm 7,2$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів

ПМСД вважають себе недостатньо підготовленими до виконання такої функції як організатора/менеджера МД ПХД вдома.

5. Встановлено, що ЗВМО приділяють недостатню увагу додипломній 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».

6. Отже, адекватна додипломна освіта та БПР кваліфікованих фахівців є однією з головних умов створення і розвитку системи якісної та ефективної ПХД. Ставши на шлях інтеграції в Європейське співтовариство, Україна має враховувати міжнародний досвід щодо підготовки, залучення і відповідної мотивації М/П до надання ПХД. Впровадження запропонованої моделі професійної освіти М/П з питань ПХД сприятиме створенню системи ПХД і забезпеченню належної якості життя ПП та членів їх сімей. Зазначене потребує комплексного і системного вирішення та державної підтримки, зокрема з боку МОЗ України і МОН України.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

1. 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. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

2. Mykhalchuk V. M. Professional postgraduate training of family doctors - an important part and condition of the optimal paliative and hospise care system implementation in Ukraine / V. M. Mykhalchuk, N. G. Goida, A. V. Tsarenko // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. 73. - № 5. – P. 525 – 530. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

3. Царенко А. В. Післядипломна підготовка сімейних лікарів з питань надання паліативної допомоги населенню – важлива складова впровадження системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні / А. В. Царенко, Н. Г. Гойда, Ю. І.

Губський // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 4. – С. 165–167. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

4. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

5. 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. *(Дисертантові належить аналіз і обробка матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

6. Стаднюк Л. А. Перспективи оптимізації всеукраїнської міжвідомчої системи багаторівневої підготовки до надання паліативної і геріатричної допомоги / Л. А. Стаднюк, Ю. І. Губський, А. В. Царенко та ін. // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2-3 (1). – С. 70–77. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу та формулювання частини висновків).*

7. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

8. Губский 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз матеріалу та формулювання частини висновків).*

9. 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.

10. Висоцька О. І. Актуальні проблеми підготовки сімейних лікарів з питань паліативної та хоспісної допомоги / О. І. Висоцька, А. В. Царенко, Л. І. Андріішин та ін. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – Т. 9. – № 1. – С. 115–116. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір і аналіз матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

11. Tsarenko A. Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine / A. Tsarenko, Yu. Gubskiy, V. Tchaykovska et all. // 11-th Congress of the EAPC. 7–10.05.2009. Abstracts. – Austria. Vienna, 2009. – P.149. *(Дисертантові належить збір та аналіз матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

12. Tsarenko A. Improving of palliative care specialists' training in Ukraine. /A. Tsarenko, V. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres et all. // Palliative Care in Different Cultures. The 2-nd International Conference in Palliative Care. – Eilat, Israel, 2008. – P. 80. *(Дисертантові належить збір даних і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

РОЗДІЛ 7

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ОПТИМАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

7.1. Організаційні засади створення та розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні

Системно-історичний аналіз міжнародного досвіду організації надання ПХД дозволив визначити, що у різних країнах, незважаючи на соціально-економічні та національні особливості, є обов'язкові умови і складові для створення і розвитку системи або служби ПХД. Це – наявність політичної волі і підтримка державними, регіональними і місцевими органами влади; створення і удосконалення адекватної НПБ, що відповідає сучасним міжнародним підходам, стандартам і нормам; підбір, навчання і мотивація кадрів; адекватне фінансування, забезпечення лікарськими засобами і обладнанням; підтримка суспільства, розвиток благодійності і волонтерства. Однією з найважливіших умов створення і розвитку системи ПХД є підтримка держави – політична, законодавча, економічна, інформаційна тощо. (Рис. 7.1).



Рис. 7.1. Обов'язкові умови і складові системи ПХД

Згідно з сучасними міжнародними підходами і стандартами, ПП мають право та повинні одержувати доступну, якісну і ефективну ПХД, яка може надаватися як у стаціонарних ЗОЗ незалежно від форми власності і підпорядкування, у т. ч. фізичними особами-підприємцями (ФОП), так і в амбулаторних умовах, у т. ч. вдома. Хоспісна допомога надається ПП у термінальних стадіях захворювань – наприкінці життя, що в широкому сенсі означає надання МД допомоги протягом від одного до двох років, коли медичний персонал, ПП та члени його сім'ї знають про те, що захворювання невдовзі неминуче призведе до смертельного результату; у вузькому сенсі – надання комплексної допомоги помираючим пацієнтам в останні кілька тижнів, днів або годин життя.

У 2014 р. Всесвітній альянс хоспісної і паліативної допомоги (WHPCA) та ВООЗ видали «Всесвітній Атлас паліативної допомоги наприкінці життя» [526], де за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) визначені діагнози захворювань у дорослого населення (від 15 років і старше) і у дітей (до 15 років), що потребують ПД (Табл. 7.1 – Додаток І 1). Також в Атласі зазначається, що необхідно з обережністю визначати статус ПП лише на підставі діагнозу, оскільки не всім пацієнтам з тим чи іншим діагнозом необхідна паліативна допомога. [436, 526] .

Отже, згідно з рекомендаціями ВООЗ і WHPCA [523, 526], пацієнтів, які потребують ПХД, можна розділити на 3 групи:

1) пацієнти із швидко прогресуючим захворюванням;

2) пацієнти із стабільним безсимптомним перебігом захворювання або з відносно малою кількістю симптомів, коли погіршення і смерть можуть настати раптово;

3) пацієнти, які страждають на важке хронічне захворювання без явного прогресування, але можуть бути окремі періоди прогресування і проявів симптоматики, коли пацієнтам необхідна ПД, а потім знову наступають періоди ремісії.

Аналіз міжнародної та національної літератури дозволяє рекомендувати МОЗ України перелік захворювань і патологічних станів у дорослих і дітей, які зумовлюють необхідність надання ПХД. Медичними критеріями для надання ПХД дорослим є захворювання та клінічні стани, що загрожують або обмежують життя

пацієнта, а лікування, що спрямоване на одужання, є неефективним або безперспективним, у т. ч. у декомпенсованих або термінальних стадіях хвороби, при неможливості досягти ремісії захворювання або стабілізації стану пацієнта (Додаток І 2). ПХД жодним чином не виключає надання етіо-патогенетичної (радикальної) терапії.

Пацієнтів, які потребують стаціонарної ПХД, можна розділити на 3 групи:

1. Пацієнти з медичними показаннями, зокрема: з нестерпним ХрБС, у т. ч. який неможливо зменшити навіть при застосуванні великих доз НПА; пацієнти з важкими побічними реакціями та ускладненнями фармакотерапії, зокрема при застосуванні НПА – неконтрольованими нудотою, блюванням, закрепам, розладами з боку ССС і ЦНС, важкими алергіями тощо; хворі з сильною задишкою при плевритах, асцитах, при ураженнях обох легень; хворі, які потребують цілодобового ліжкового режиму і професійного догляду тощо.

2. Пацієнти, що потребують госпіталізації за соціальними показаннями, зокрема інкурабельні хворі, які через певні причини не можуть перебувати вдома: самотні немічні люди похилого віку; пацієнти з неблагополучних сімей; пацієнти із сімей з дуже низькими доходами; у разі відсутності відповідних житлових умов, щоб забезпечити лікування і догляд вдома; коли в сім'ї проживають більше одного інкурабельного хворого тощо.

3. Пацієнти, які госпіталізуються до ЗОЗ ПХД для того, щоб дати родичам або особам, які доглядають за ними, можливість перепочити або самим одержати лікування («респісна допомога – *respitecare*»). Як правило, таких ПП – не більше 5% від загального обсягу, і терміни їх госпіталізації обмежені відповідним договором.

Спираючись на досвід впровадження ПХД у багатьох країнах світу, ВООЗ, ЕАРС та інші авторитетні міжнародні фахові організації пропонують усім країнам впроваджувати трирівневу модель надання ПХД. На кожному з трьох рівнів ПХД у різних країнах може бути різною, в залежності від національних умов: зокрема: медико-демографічних (структури і рівня смертності, показників захворюваності населення), соціально-економічних (рівня фінансування та моделі організації системи охорони здоров'я і ступеня інтеграції в неї ПХД). У країнах з високим

рівнем доходу частка спеціалізованої ПХД може складати 30–45 % [60, 374, 375, 409, 411, 423, 526].

Системний аналіз найкращого міжнародного досвіду надання ПХД населенню дозволяє запропонувати до впровадження в Україні **трирівневу модель організації системи ПХД**, яку ми адаптували до системи охорони здоров'я країни:

1. Паліативний підхід або первинна ПХД (рис. 7.2) застосовується на початковому етапі після діагностування захворювання, що загрожує або обмежує життя пацієнта, у т. ч. з обмеженим прогнозом тривалості життя:

1.1. Паліативна медична допомога надається одночасно (паралельно) з етіопатогенетичним лікуванням, спрямованим на вилікування пацієнта.

1.2. Заходи паліативної медичної допомоги є складовою частиною Клінічного протоколу лікування основного захворювання і здійснюються лікуючим лікарем, а в амбулаторних умовах – лікарем ЗП-СЛ і персоналом ЗОЗ ПМСД. На цьому рівні застосовуються фармакотерапевтичні методи контролю ХрБС та симптомів порушень діяльності органів і систем організму пацієнта, забезпечуються принципи ефективного спілкування з пацієнтом і його рідними, обговорюються та приймаються усвідомлені рішення щодо планування ведення хворого відповідно до засад ПХД.

1.3. Паліативне лікування і догляд надається переважно в амбулаторних умовах, залежно від важкості захворювання і бажання пацієнта та можливостей членів сім'ї забезпечити адекватний догляд вдома.

1.4. За потреби, можуть залучатися фахівці спеціалізованої виїзної служби/бригади ПХД, або лікарі стаціонарного ЗОЗ ПХД, які надають консультації щодо оцінки стану пацієнта та прогнозу розвитку хвороби, контролю ХрБС та симптомів захворювання, планування ведення хворого та допомогу членам сім'ї ПП і разом з лікарем ЗП-СЛ забезпечують ПХД вдома.

1.5. За потреби, можлива госпіталізація пацієнта у спеціалізований ЗОЗ ПХД або використання телемедичних технологій.

Паліативний підхід забезпечується медичними працівниками ЗОЗ, які періодично займаються наданням допомоги ПП та членам їх родин: лікарі ЗП-СЛ, педіатри та інші лікарі-спеціалісти ЗОЗ ПМСД, медичні та соціальні працівники

установ соціального захисту тощо. За необхідності, повинні залучатися: психолог/психотерапевт, молодші медичні спеціалісти та соціальні працівники/робітники, священнослужитель, інші спеціалісти виїзної МД бригади/служби ПХД, волонтери. Усі фахівці і волонтери мають одержати підготовку з ПХД.

2. Загальна або вторинна паліативна допомога (рис. 7.2) застосовується при прогресуванні загрозливого для життя або що обмежує тривалість життя пацієнта/інкурабельного захворювання (advanced life-limiting disease):

2.1. ПХД надається разом з хвороба-модифікуючою терапією (ХМТ).

2.2. Частка/обсяг заходів з ПХД, у порівнянні з ХМТ, збільшується. Часто виникає потреба надавати ПХД пацієнтам з інтенсивним ХрБС, важкими порушеннями діяльності органів та систем організму в декомпенсованих і термінальних стадіях захворювання, на фоні депресій та інших психо-емоційних розладів, обмеження рухової активності і здатності до самообслуговування. На цьому рівні застосовуються фармакотерапевтичні, хірургічні, радіологічні та інші доступні методи симптоматичного лікування, забезпечуються принципи ефективного спілкування з пацієнтом і його рідними, обговорюються та приймаються усвідомлені рішення щодо планування паліативної медичної допомоги відповідно до засад ПХД.

2.3. Як правило, паліативну медичну допомогу і догляд ПП та членам його родини надає лікуючий лікар стаціонарного ЗОЗ вторинної або третинної медичної допомоги, бажано, спільно з МД бригадою/службою ПХД.

2.4. За потреби, ПХД і догляд можуть надаватися на ліжках/у палатах паліативної медичної допомоги багатопрофільного чи спеціалізованого ЗОЗ або в амбулаторних умовах, залежно від важкості захворювання і бажання пацієнта та можливостей родини організувати адекватний догляд вдома. Бажано залучати фахівців-консультантів спеціалізованої МД виїзної служби/бригади ПХД.

Загальна ПХД надається лікарями-спеціалістами стаціонарних спеціалізованих і високоспеціалізованих ЗОЗ, які регулярно надають допомогу ПП: онкологами, геріатрами, педіатрами, психіатрами, кардіологами, нефрологами, інфекціоністами, гастроентерологами, фтизіатрами тощо. За необхідності, повинні залучатися: психолог/психотерапевт, молодші медичні спеціалісти та соціальні працівники/

робітники, священнослужитель, інші спеціалісти виїзної МД бригади/служби ПХД, волонтери. Усі фахівці і волонтери повинні одержати додаткову професійну підготовку з питань надання ПХД.

3. Спеціалізована ПХД (рис. 7.2) (у т. ч. хоспісна допомога або допомога наприкінці життя – «end of life care»), надається, коли пацієнту визначається шестимісячний прогноз тривалості життя, коли лікування і догляд фокусуються повністю на забезпеченні комфорту та максимально досяжної якості життя ПП і членів його сім'ї:

3.1. Усі складові ПХД (медична, психологічна, соціальна і духовна/релігійна) надаються у повному обсязі, відповідно до потреб і бажань ПП та членів його сім'ї/законних представників.

3.2. На цьому рівні застосовуються фармакотерапевтичні, хірургічні, радіологічні та інші доступні методи контролю ХрБС і симптомів порушень діяльності органів та систем організму ПП, забезпечуються принципи ефективного спілкування з пацієнтом і його рідними, обговорюються та приймаються усвідомлені рішення щодо планування хоспісної допомоги/допомоги наприкінці життя відповідно до засад ПХД.

3.3. Спеціалізована ПХД надається лікарями та іншими фахівцями спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД і ВПХМ багатoproфільних чи спеціалізованих ЗОЗ та установ соціального захисту населення. Спеціалізована ПХД може надаватися також в амбулаторних умовах, у т. ч. вдома, фахівцями МД виїзних бригад/служб ПХД, залежно від важкості захворювання і бажання ПП та можливостей його родини організувати адекватний догляд вдома.

3.4. Спеціалізовані МД виїзні служби/бригади ПХД надають ПХД пацієнтам вдома або у стаціонарних ЗОЗ та установах соцзахисту і створюються на базі стаціонарних ЗОЗ ПХД, багатoproфільних або спеціалізованих ЗОЗ (онкологічного, педіатричного, геріатричного, психоневрологічного профілів тощо), ЗОЗ ПМСД (центрів ПМСД, консультативно-діагностичних центрів, поліклінік тощо), до складу яких входять лікарі, медичні сестри, молодші медичні працівники/доглядальники, психолог/психотерапевт, соціальні працівники/

робітники, священнослужитель/капелан та інші фахівці і волонтери, які отримали спеціальну підготовку з надання ПХД, родичі або законні представники ПП.

3.5. Для попередження професійного вигорання та забезпечення професійного розвитку важливо застосовувати систему ротації персоналу між стаціонарним ЗОЗ ПХД і виїзною МД бригадою/службою ПХД, а також консультації психолога/психотерапевта, навчання персоналу з питань протидії синдрому емоційного вигорання, створення відповідних умов праці і застосування заходів моральної та матеріальної мотивації.

3.6. За потреби, може надаватися перепочинок членам родини/опікуну (респісна допомога – respite care), які доглядають ПП вдома.

Якісна та кваліфікована ПХД повинна бути інтегрована в систему медичної допомоги і соціального захисту населення, оскільки надання ПХД вже на ранніх етапах важкої або інкурабельної хвороби може значно поліпшити якість життя і зменшити страждання пацієнта. При визначенні клінічного маршруту ПП, важливо керуватися як медичними показаннями та потребою ПП у цілодобовій або щоденній ПХД, так і територіальною доступністю пацієнта до ЗОЗ ПХД, його гендерними та віковими особливостями, а також враховувати місце проживання, соціальні умови та психолого-емоційний клімат у сім'ї, згоду ПП на госпіталізацію тощо. Схема клінічного маршруту ПП, представлена на Рис. 7.3.

За бажанням ПП та членів їх родин, вони можуть одержувати ПХД амбулаторно, у т. ч. вдома, або стаціонарно у ЗОЗ будь-якої форми власності. При цьому, можуть застосовуватись різні організаційні форми надання ПХД.

Організаційні форми надання ПХД і паліативного догляду:

Амбулаторні (не передбачають цілодобового медичного догляду), у т. ч. **вдома**; надання ПХД забезпечується (рис. 7.4):

- 1) лікарями ЗП-СЛ та персоналом ЗОЗ ПМСД;
- 2) фахівцями спеціалізованих МД виїзних служб/бригад ПХД вдома, у т. ч. мобільними службами/бригадами респіраторної підтримки;
- 3) фахівцями консультативних кабінетів ПХД, які створюються на базі спеціалізованих ЗОЗ ПХД;

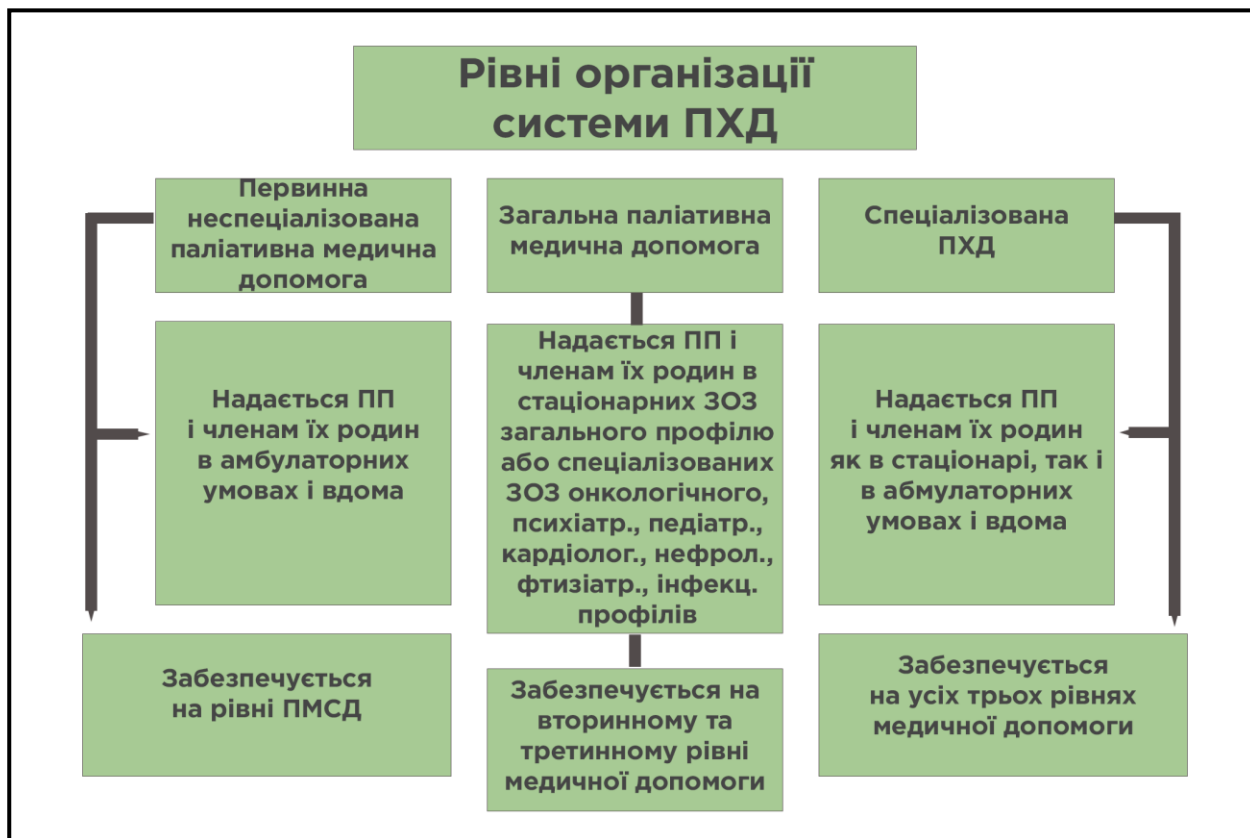


Рис. 7.2. Трирівнева модель організації надання ПХД.

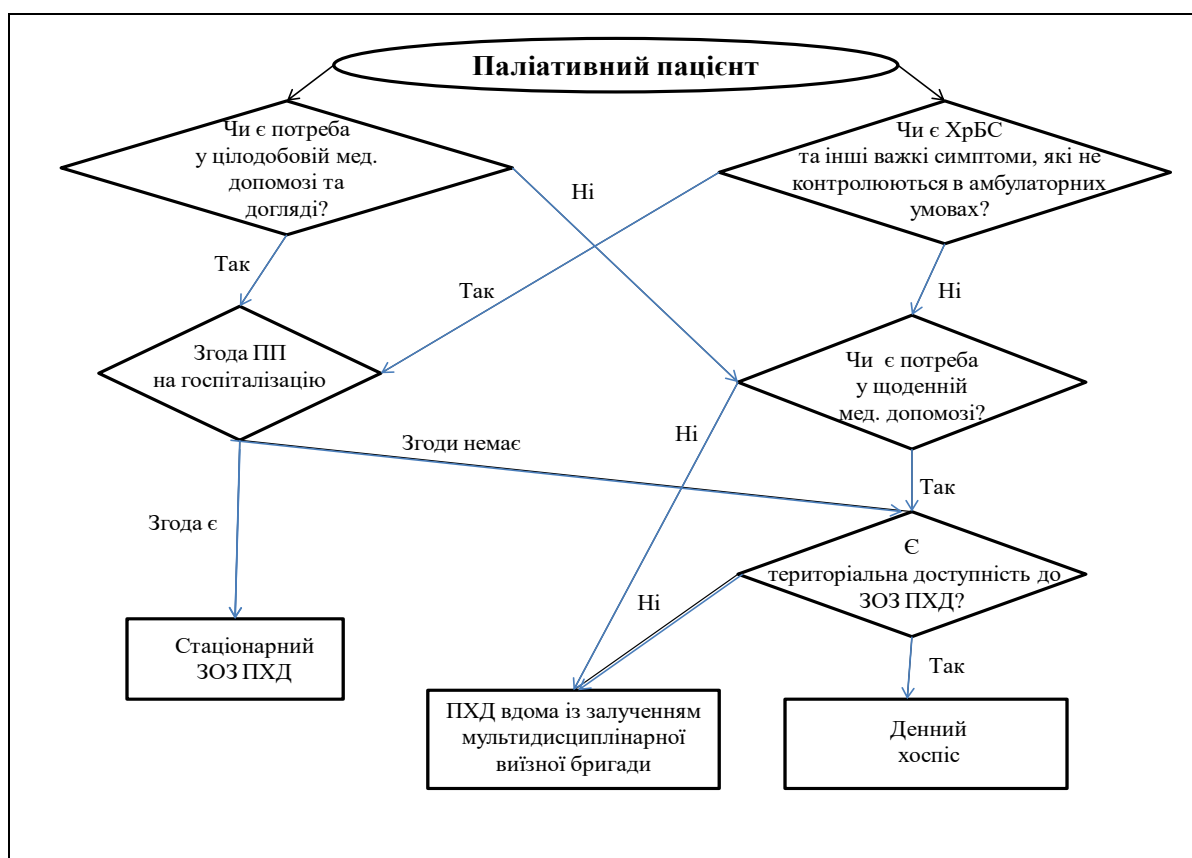


Рис. 7.3. Схема клінічного маршруту ПП.

4) фахівцями кабінетів контролю ХрБС і ПХД, які створюються на базі спеціалізованих ЗОЗ (зокрема онкологічного, геріатричного, психо-неврологічного профілів тощо);

5) фахівцями денних стаціонарних ЗОЗ ПХД/денних хоспісів, які створюються на базі спеціалізованих ЗОЗ ПХД, багатопрофільних і спеціалізованих ЗОЗ;

б) соціальними працівниками/робітниками та фахівцями ТЦСО населення при наданні СППД вдома, у т. ч. МД виїзних бригад СППД вдома, які створюються на базі ТЦСО;

7) соціальними працівниками/робітниками та фахівцями відділень денного догляду за особами похилого віку, пацієнтами з деменціями тощо, які створюються на базі ТЦСО та геріатричних закладів;

8) фахівцями служби догляду вдома закладів державної/комунальної і недержавної форм власності.

Стаціонарні (забезпечують цілодобову паліативну медичну допомогу та догляд); **надання ПХД забезпечується** (рис. 7.4, 7.5):

1) фахівцями спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД – хоспісів, центрів ПХД;

2) фахівцями ВПХМ стаціонарних ЗОЗ (загального профілю або спеціалізованих), у т. ч. онкологічного, педіатричного, психіатричного, геріатричного, терапевтичного, фтизіатричного профілю, центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, військових госпіталів, закладів недержавної форми власності (приватні, благодійних, громадських та релігійних організацій тощо);

3) фахівцями лікарень/відділень сестринського догляду;

4) фахівцями, що обслуговують паліативні ліжка/палати у ЗОЗ (загального профілю або спеціалізованих), за умови створення цілодобового медсестринського поста та адекватного забезпечення основних складових ПХД (медичної, психологічної, соціальної та духовної/релігійної) або залучення фахівців виїзної МД служби/бригади ПХД;

5) фахівцями, що обслуговують паліативні ліжка/відділення паліативного догляду у стаціонарних закладах соціального захисту населення (інтернатні заклади для людей похилого віку та для дітей, для осіб з інвалідністю, для ветеранів війни та праці, ТЦСО тощо).



Рис. 7.4. Організаційні форми надання ПХД і паліативного догляду.

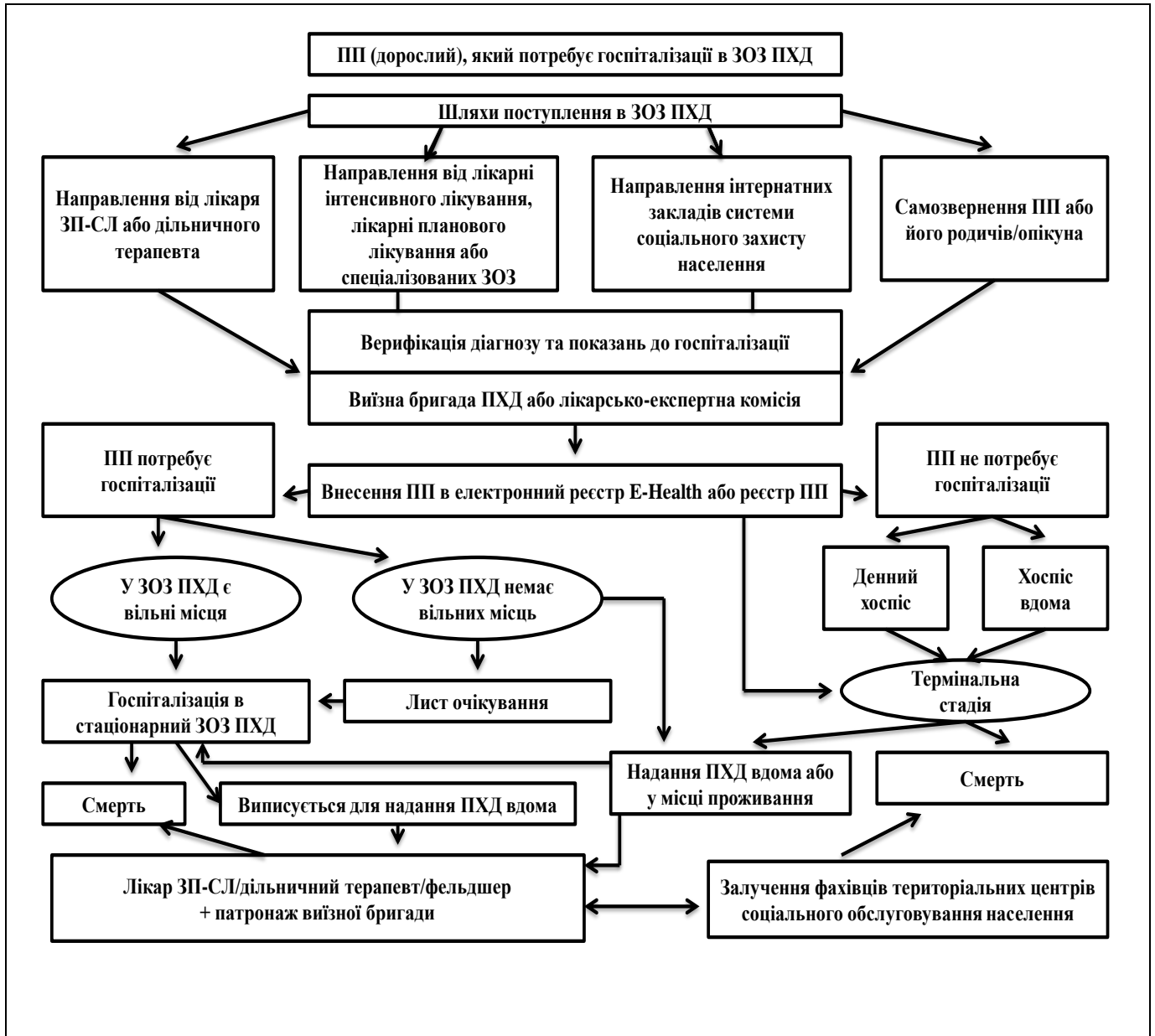


Рис. 7.5. Схема клінічного маршруту пацієнта, який потребує госпіталізації у спеціалізований ЗОЗ ПХД.

Результати дослідження дозволили адаптувати міжнародний і національний досвід і визначити завдання системи ПХД, що інтегрована в охорону здоров'я:

1) надання адекватної паліативної медичної допомоги ПП (контроль ХрБС, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших важких симптомів хвороби, що погіршують якість життя ПП) із застосуванням адекватних і ефективних ЛЗ, у т. ч. НПА, а також, за показаннями, допоміжних засобів лікування (лікувальної фізкультури та масажу, фізіо-, арома-, арт-терапії та відволікання, керованої візуалізації, релаксації, медитації, самогіпнозу тощо);

- 2) виявлення, діагностування, проведення кваліфікованого відбору хворих, які потребують ПХД, та верифікація/підтвердження статусу ПП;
- 3) професійний догляд за ПП у стаціонарних або в амбулаторних умовах, у т. ч. вдома, а також передсмертний догляд;
- 4) надання психологічної/психотерапевтичної допомоги і підтримки ПП;
- 5) надання медико-соціальної і психологічної реабілітації/абілітації ПП, з метою максимального продовження їх трудової та соціальної активності;
- 6) релігійний/духовний супровід і опіка ПП та членів їх сімей;
- 7) надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та підтримки членам сімей ПП/доглядальникам/опікунам з метою попередження та лікування синдрому емоційного вигорання, психо-соматичних розладів, депресій тощо;
- 8) забезпечення оптимальної трудової та соціальної активності родичів ПП шляхом надання їм медичної допомоги, психосоціального супроводу та моральної/духовної/релігійної підтримки до і після смерті пацієнтів;
- 9) соціальна допомога і правовий захист ПП та членів їх сімей/законних представників та медичних і соціальних працівників;
- 10) забезпечення професійної до- і післядипломної підготовки/навчання медичних і соціальних працівників з питань надання ПХД населенню;
- 11) запобігання професійному/емоційному вигоранню персоналу закладів/служб ПХД шляхом диспансерного медичного спостереження, залучення психологів та психотерапевтів, застосування заходів моральної і матеріальної мотивації, забезпечення БПР;
- 12) впровадження заходів моральної і матеріальної мотивації персоналу ЗОЗ ПХД шляхом встановлення підвищених посадових окладів або надбавок до заробітної плати, додаткової відпустки та пільгового пенсійного забезпечення, створення належних умов праці та запобігання професійному/виробничому перевантаженню;
- 13) включення надання ПХД та СППД до індикаторів якості діяльності ЗОЗ ПМСД та терцентрів/закладів соціального захисту населення;
- 14) забезпечення політичної підтримки ПХД та розвиток НПБ, що регулює надання ПХД населенню в Україні;

15) забезпечення адекватного фінансування надання ПХД населенню: в амбулаторних умовах, у т. ч. вдома, та у спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД, незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування, шляхом фінансування за рахунок бюджету та цільових державної/регіональних/муніципальних програм розвитку ПХД, сприяння розвитку і підтримці благодійності і меценатства;

16) забезпечення координації та управління надання ПХД та СППД для усіх видів надання медичної допомоги шляхом створення і функціонування відповідних структурних підрозділів в органах управління охороною здоров'я та соціального захисту населення, міжвідомчих координаційних рад при органах управління на державному/регіональному/місцевому рівнях.

7.2. Обґрунтування концепції оптимальної системи і моделей надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні

Концепція запропонованої нами системи ПХД населенню в Україні ґрунтується на визнанні пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми та людино-центричних цінностей, що дасть можливість реалізувати її мету: забезпечити максимально досяжний рівень якості життя ПП і членів їх сімей/законних представників під час хвороби і після смерті ПП, та гарантується державою шляхом пріоритетного дотримання права на повагу та гідність ПП до останньої миті земного життя.

Концепція системи ПХД населенню в Україні забезпечується реалізацією наступних 6 основоположних принципів і підходів:

1. Інтеграції ПХД в системи охорони здоров'я та соціального захисту населення, що забезпечить доступність, якість та ефективність надання ПХД дорослим і дітям, які мають змогу отримати адекватну стану/важкості захворювання та індивідуальним потребам і побажанням ПХД у повному обсязі в стаціонарних або амбулаторних умовах.

2. Оптимізації державного управління і децентралізації, гарантії бюджетного фінансування згідно з чинним законодавством, що забезпечується шляхом створення та впровадження державної і регіональних/місцевих програм розвитку ПХД та умов для розвитку закладів ПХД усіх форм власності, що забезпечить

доступність і ефективність надання ПХД населенню. Фінансування ПХД забезпечується за рахунок бюджетів усіх рівнів (державного, регіональних, місцевих), благодійних пожертв, особистих коштів громадян, що визначається формою власності закладів ПХД і не заборонено чинним законодавством.

3. Економічної доцільності та ефективності, раціонального використання бюджетних ресурсів, що забезпечується шляхом оптимізації використання ресурсів та зниження неефективних витрат, пріоритетного впровадження амбулаторних/позастаціонарних форм надання ПХД, що забезпечить доступність надання ПХД населенню.

4. Впровадження мультидисциплінарного підходу, що дозволяє забезпечити на належному рівні усі 4 складових ПХД: медичну, психологічну, соціальну та духовну/релігійну, і досягається шляхом наступності, координації та співпраці фахівців, які залучені до надання ПХД, незалежно від форми власності та відомчої приналежності, залученню спеціально навчених М/П, психологів, соціальних працівників/робітників і доглядальників стаціонарних ЗОЗ ПХД та виїзних МД служб/бригад ПХД, М/П ЗОЗ ПМСД, священнослужителів/капеланів, а також волонтерів/представників НДО та БФ, родичів і друзів ПП тощо. Це забезпечить якість та ефективність системи ПХД в Україні.

5. Міжвідомчої співпраці і координації діяльності ЗОЗ із закладами системи соціального захисту населення, спільного використання ресурсів, створення мережі закладів і служб для надання ПХД і СППД, підпорядкованих як МОЗ, так і Мінсоцполітики та Міністерству оборони України, залучення МОН України до підготовки кадрів для надання ПХД і СППД тощо, що забезпечить доступність та ефективність надання ПХД населенню.

6. Міжсекторального підходу, що досягається шляхом законодавчого забезпечення і гарантування рівних умов для створення та функціонування закладів ПХД різних форм власності: державних/муніципальних, приватних, громадських, благодійних та релігійних організацій тощо, за умови дотримання чинних стандартів та нормативно-правових актів, а також дієвих механізмів моніторингу і контролю якості надання ПХД. Це забезпечить доступність та якість ПХД. (Рис. 7.6, 7.7, 7.8).

Також важливими є наступні принципи і підходи:

1. Рівності, дотримання гідності та прав ПП і членів їх сімей/законних представників, у т. ч. права на автономію прийняття рішень, згідно з чинним національним законодавством та міжнародними стандартами і нормами.

2. Етичного та гуманного ставлення, недопущення дискримінації та стигматизації ПП; врахування індивідуальних особливостей і потреб ПП та членів їх сімей/законних представників, зокрема фізичних, психоемоційних, культурних, релігійних, соціальних економічних тощо.

3. Доступності (зокрема територіальної і фінансової), що передбачає мінімальні затрати часу та коштів ПП і членів їх сімей для отримання ПХД; паліативна медична допомога, зокрема, контроль ХрБС або інших тяжких симптомів чи розладів життєдіяльності, повинна бути доступною ПП цілодобово, незалежно від статі, віку, нозології захворювання, місця їх перебування/проживання, соціального статусу і майнового стану тощо.

4. Безперервності і наступності, що передбачає наскрізну інтеграцію ПХД до процесу надання медичної допомоги, організацію та забезпечення взаємодії і наступності, координації та співпраці фахівців та волонтерів, які залучені до надання ПХД, відповідно до потреб ПП; ПП одержують ПХД в ЗОЗ ПМСД, вторинної та третинної медичної допомоги разом з етіо-патогенетичним лікуванням відповідно до клінічного маршруту ПП, залежно від ступеню прогресування захворювання та важкості стану ПП, що забезпечує належну якість життя ПП і членів його сім'ї.

5. Належної якості та безпеки шляхом забезпечення МД підходу, розробки та впровадження стандартів ПХД, клінічних протоколів і СОПів, акредитаційних вимог до ЗОЗ ПХД і контролю їх дотримання, моніторингу задоволеності ПП і членів їх сімей/законних представників, що мінімізує ризики медичних помилок і завдання шкоди ПП, впровадження системи БПР.

6. Планування що забезпечується за рахунок системності та комплексності та передбачає складання і регулярний перегляд/корекцію обсягу ПХД та плану спостереження ПП з врахуванням прогресування захворювання і важкості стану,

потреб та побажань ПП і членів їх сімей/законних представників; ПП має право на вибір місця одержання ПХД, яка може надаватися амбулаторно, у т. ч. вдома, або стаціонарно відповідно до показань та погодженого плану спостереження ПП.

7. Холістичного підходу – потреби ПП та членів їх сімей/законних представників повинні максимально задовольнятися на засадах холістичного (цілісного, всебічного) підходу з урахуванням їх згоди та права на автономію.

8. Інформаційного супроводу і підтримки – ПП має право одержати повну та правдиву інформацію щодо свого захворювання, у т. ч. прогнозу тривалості життя, та, за його згодою, надати цю інформацію членам сім'ї/законним представникам; ПП та члени його сім'ї регулярно забезпечуються доступною та зрозумілою інформацією щодо діагностики, лікування і догляду.

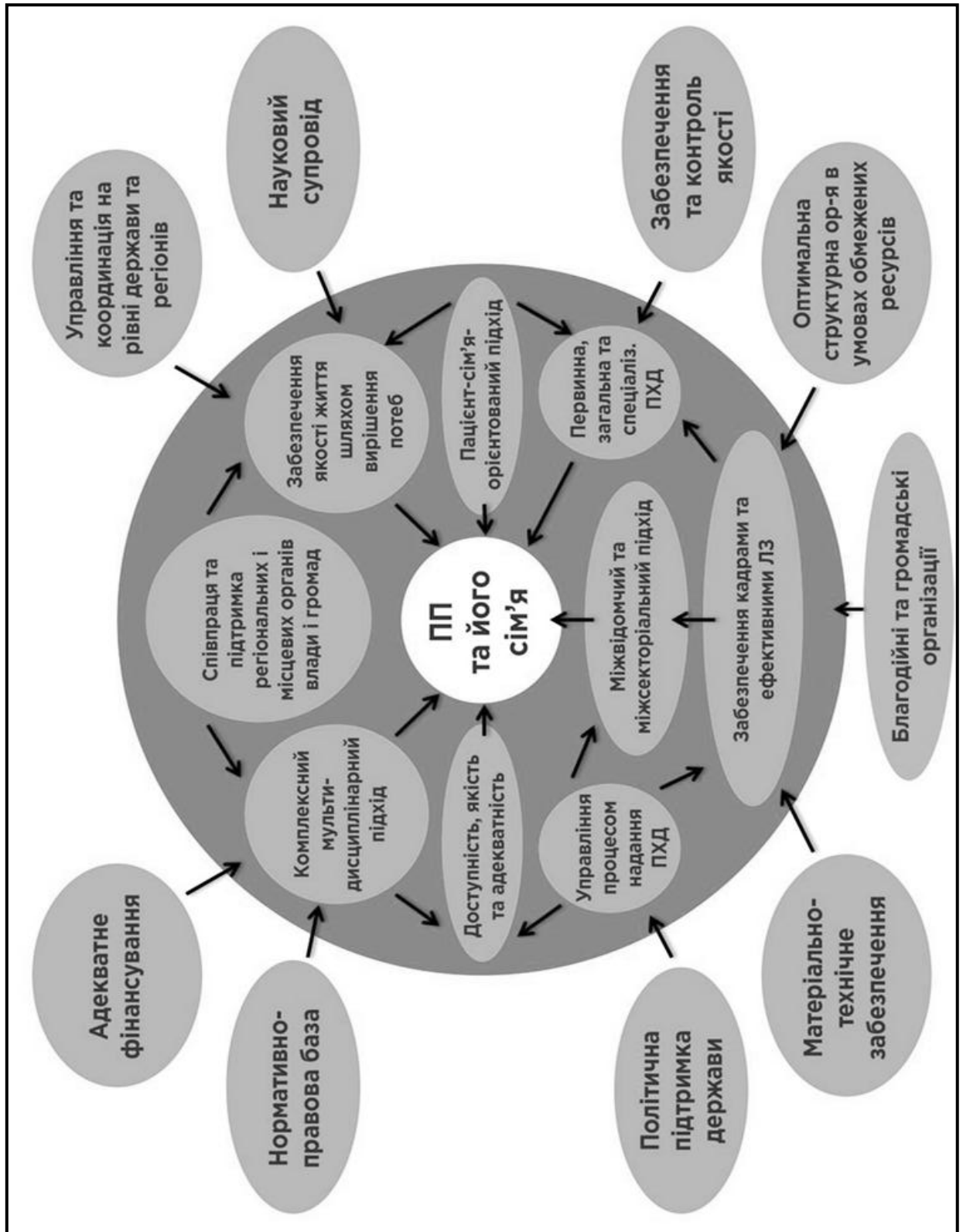
9. Ефективності та результативності, що передбачає надання ПХД на основі принципів доказової медицини, впровадження сучасних науково обґрунтованих методів і підходів, залучення відповідно навчених і вмотивованих кадрів, застосуванням адекватних ЛЗ і медичного обладнання та засобів догляду; індикатором ефективності/оцінки результатів ПХД є якість життя ПП і членів їх сімей/законних представників, зокрема: відчуття благополуччя, комфорту і людської гідності, їх фізичний стан (симптоми захворювання, рухова активність, можливість самообслуговування ПП), особиста автономія, емоційний, соціальний, духовний, когнітивний стан тощо; якість життя може бути визначена тільки самим ПП і членами його сім'ї. (Рис. 7.6, 7.7, 7.8).

7.3. Обґрунтування функціонально-організаційних моделей надання ПХД населенню в Україні

7.3.1. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання первинної ПХД населенню в Україні

На основі розробленої концепції системи ПХД була запропонована структурно-організаційна модель системи надання ПХД населенню в Україні в умовах ПМСД (Рис. 7.9).

Завдання, що повинен забезпечити лікар ЗП-СЛ з організації та надання ПХД та



СППД населенню в умовах ПМСД:

Рис 7.6. Концептуальна модель системи надання ПХД в Україні.

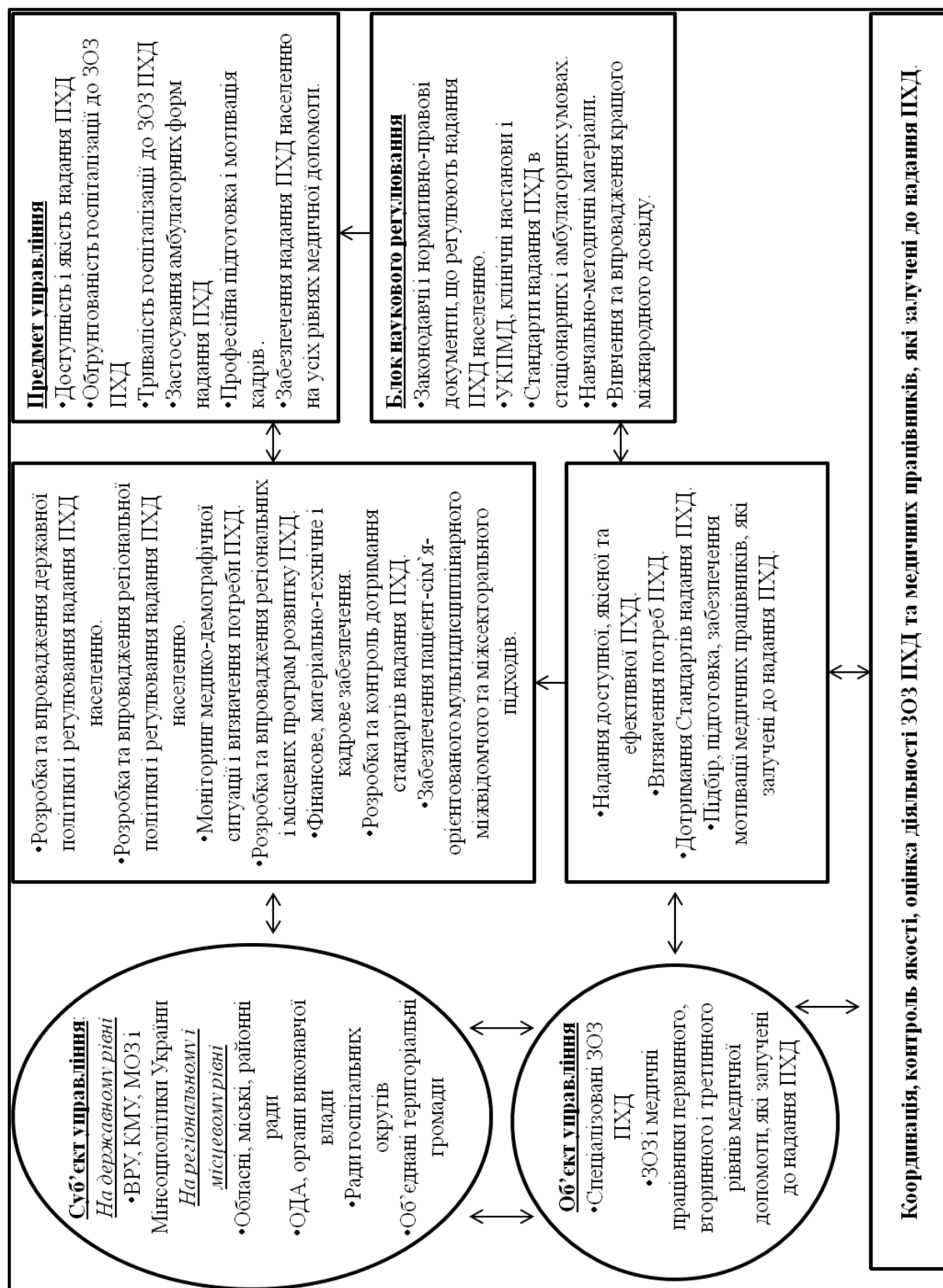


Рис. 7.7. Управління системою надання ПХД населенню.



Рис. 7.8. Концептуальна модель інтеграції ПХД в систему охорони здоров'я.

1) Виявлення пацієнтів, які потребують ПХД, організація визначення та верифікації статусу ПП, їх реєстрація з використанням МКХ-10 і сучасної «Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги» («International Classification of Primary Care» – ICPC-2) та облік в електронному Реєстрі пацієнтів системи e-Health та/або з використанням регіональних Реєстрів ПП.

2) Контроль ХрБС з використанням адекватних ЛЗ, при потребі, НПА, та фармакотерапія інших важких симптомів, що погіршують якість життя ПП.

3) Організація психологічної підтримки і супроводу ПП і членів його сім'ї, при потребі, шляхом залучення психолога/психотерапевта МД виїзної служби/бригади ПХД або ТЦСО населення.

4) Організація СППД/соціальної підтримки і супроводу ПП і членів його сім'ї, при потребі, шляхом залучення соціальних працівників/робітників МД виїзної служби/бригади ПХД або ТЦСО населення.

5) Організація, при потребі та бажанні ПП і членів його сім'ї, духовної/релігійної підтримки і супроводу.

6) Інформування ПП та за його згоди членів його сім'ї/законних представників стосовно перебігу захворювання, методів діагностики і лікування та прогнозу тривалості життя.

7) Навчання ПП і членів його сім'ї правилам та способам забезпечення гігієни тіла, адекватного харчування та догляду.

8) Координація та співпраця з виїзною МД бригадою/службою ПХД.

9) Координація та співпраця з лікарями спеціалізованого ЗОЗ ПХД.

10) Забезпечення госпіталізації ПП до спеціалізованого ЗОЗ ПХД, за показаннями.

11) Координація та співпраця із закладами соціального обслуговування населення.

12) Координація та співпраця з НДО, БФ, волонтерами.

ЗОЗ, що залучаються до надання ПХД та СППД на рівні ПМСД:

1) Амбулаторія лікаря ЗП-СЛ/лікарі ЗП-СЛ (у т. ч. ФОП), ФАП (у сільській місцевості), Центр ПМСД.

2) Консультативно-діагностичний центр/поліклініка.

3) Виїзна спеціалізована МД служба/бригада/команда ПХД – консультування, надання ПХД вдома (разом з лікарем ЗП-СЛ) або госпіталізація ПП.

4) Стаціонарний спеціалізований ЗОЗ ПХД – консультування або госпіталізація ПП;

5) Спеціалізовані ЗОЗ – консультування або госпіталізація ПП відповідно до нозології основного захворювання;

6) ТЦСО населення – забезпечення СППД. (Рис. 7.9)

Умови впровадження та функціонування моделі надання ПХД населенню на рівні ПМСД.

1) Можливість забезпечити в амбулаторних умовах, у т. ч. вдома, ефективний фармакотерапевтичний контроль ХрБС з використанням, при потребі, адекватних ЛЗ, у т. ч. НПА. Це забезпечується за умови наявності в ЗОЗ ПМСД ліцензії на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та/або наявності рецептурних бланків (ф. 3), а також за умови територіальної доступності ПП і членів його сім'ї/законних представників до аптечних закладів, які ліцензовані на відпуск контрольованих ЛЗ.

2) Можливість забезпечити лікування важких симптомів, що погіршують якість життя ПП, з використанням, при потребі, адекватних ЛЗ, хірургічних та інших методів паліативного/симптоматичного лікування амбулаторно, у т. ч. вдома.

3) Наявність у ЗОЗ ПМСД автотранспорту для забезпечення патронажних візитів або невідкладної допомоги ПП вдома, а при потребі, транспортування ПП.

4) Мотивація М/П ЗОЗ ПМСД шляхом встановлення підвищених коефіцієнтів або надбавок до заробітної плати за обслуговування ПП і членів їх сімей, включення надання паліативної медичної допомоги та паліативного догляду до індикаторів якості діяльності ЗОЗ ПМСД.

5) Забезпечення професійної підготовки М/П ЗОЗ ПМСД з питань ПХД.

6) Забезпеченість комп'ютерною технікою та Інтернетом для ведення Реєстру ПП, засобами зв'язку з ПП і членами їх сімей/законними представниками, фахівцями виїзної МД служби/бригади ПХД, стаціонарного ЗОЗ ПХД, спеціалізованими ЗОЗ та закладами соціального обслуговування населення.

7) Забезпеченість ЗОЗ ПМСД пакетом нормативно-правових документів, зокрема – відповідними Законами України, постановами КМУ, наказами МОЗ України та територіальних/регіональних органів охорони здоров'я, посадовими інструкціями та методичними рекомендаціями з надання ПХД в умовах ПМСД, локальним протоколом та маршрутом ПП тощо.

8) Адекватне фінансування за рахунок Державного бюджету (НСЗУ), регіональних і місцевих бюджетів (цільові програми розвитку ПХД) та інших джерел, що не заборонені чинним Законодавством. (Рис. 7.9).

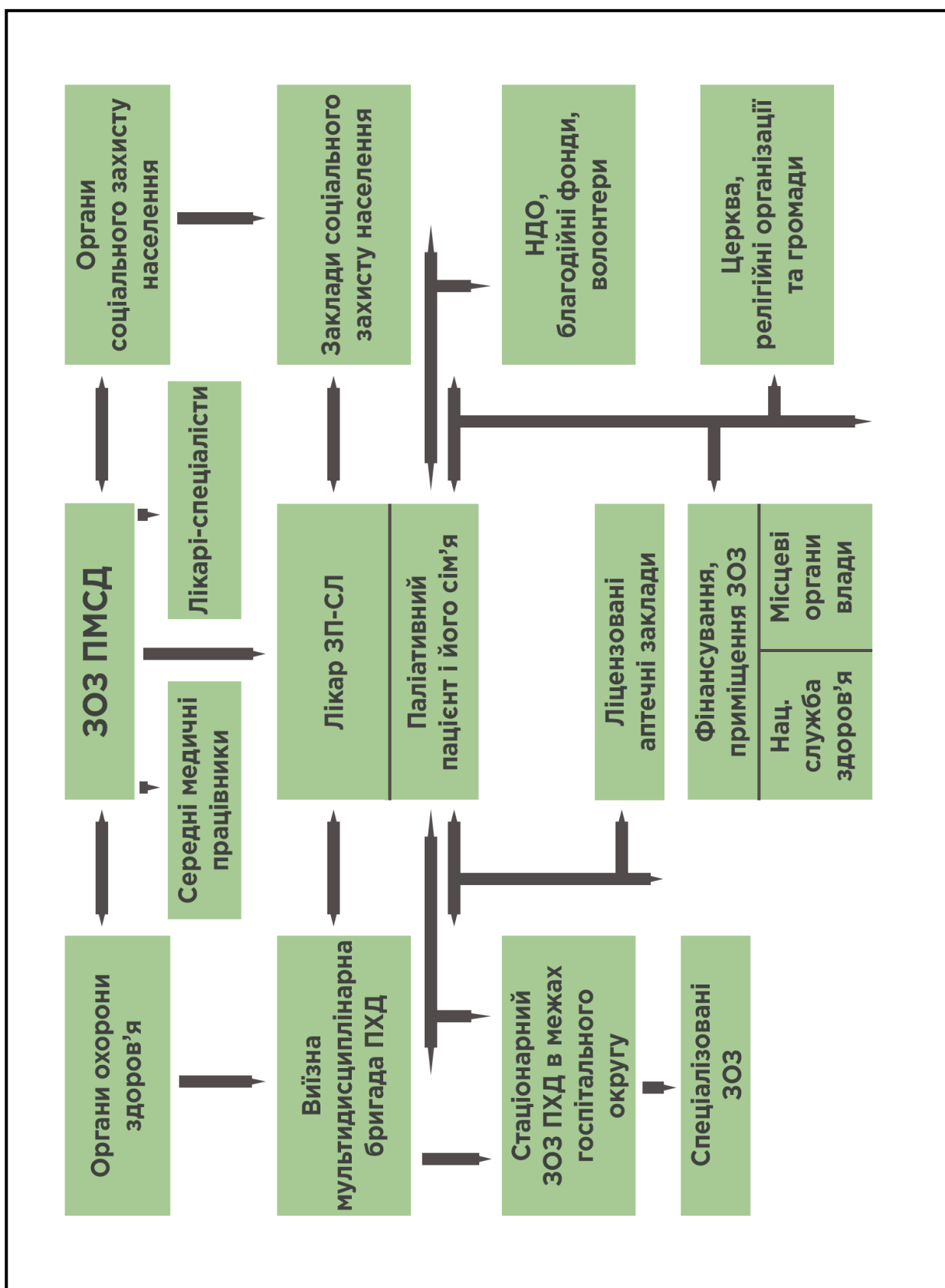


Рис. 7.9. Структурно-організаційна модель надання первинної ПХД населенню в Україні в умовах ПМСД.

Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам удома в Бельгії, Молдові, Нідерландах, Німеччині, Польщі, Республіці Білорусь, Словаччині, Угорщині та інших країнах засвідчили про значне поширення цієї форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дає змогу оптимізувати взаємодію та співпрацю фахівців ЗОЗ, закладів соцзахисту населення, НДО, БФ та волонтерів і забезпечити дотримання стандартів МД ПХД.

7.3.2. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання загальної ПХД населенню в Україні

Завдання, що повинні забезпечити лікарі-спеціалісти ЗОЗ вторинної і третинної медичної допомоги з організації та надання загальної ПХД населенню (Рис. 7.10):

1) Діагностування захворювань, що вимагають ПХД, та облік ПП з використанням електронного реєстру пацієнтів системи e-Health та/або регіональних Реєстрів ПП.

2) Консультування ПП і членів їх сімей/доглядальників та лікарів ЗОЗ ПМСД.

3) Контроль ХрБС та важких симптомів, що погіршують якість життя ПП, госпіталізація, при потребі, та використання адекватних фармакотерапевтичних, хірургічних та інших методів паліативного/симптоматичного лікування в умовах стаціонарного ЗОЗ.

4) Організація психологічної підтримки і супроводу ПП і членів їх сімей, при потребі, шляхом залучення психолога/психотерапевта спеціалізованого стаціонарного ЗОЗ ПХД, МД виїзної служби/бригади ПХД або ТЦСО населення.

5) Організація соціальної підтримки і супроводу ПП і членів їх сімей/ законних представників, при потребі, шляхом залучення соціальних працівників/робітників МД виїзної служби/бригади ПХД або ТЦСО населення.

6) Інформування ПП та за їх згодою членів сімей/законних представників ПП стосовно перебігу захворювання, методів діагностики і лікування та прогнозу тривалості життя.

7) Навчання ПП і членів їх сімей правилам та способам забезпечення гігієни тіла, адекватного харчування та догляду.

8) Координація та співпраця з лікарями-спеціалістами спеціалізованих ЗОЗ і ЗОЗ ПМСД відповідно нозології захворювання ПП.

9) Координація та співпраця з НДО, благодійними фондами, волонтерами.

ЗОЗ, що залучаються до надання загальної ПХД в Україні:

1) Стационарні ЗОЗ загального профілю та спеціалізовані ЗОЗ (паліативні ліжка/палати) за умови залучення МД виїзної служби/бригади ПХД.

2) Стационарні інтернатні заклади соціального захисту населення (паліативні ліжка/палати та відділення паліативного догляду) за умови співпраці з МД виїзною бригадою/службою ПХД або ЗОЗ ПХД.

3) Виїзна МД служба/бригада/команда ПХД – консультування, надання ПХД у стационарних ЗОЗ загального профілю та спеціалізованих ЗОЗ (разом з лікуючим лікарем) або госпіталізація ПП.

4) Стационарний ЗОЗ ПХД – консультування або госпіталізація ПП.

Умови впровадження та функціонування моделі надання загальної ПХД:

1) Можливість забезпечити ефективний контроль ХрБС з використанням, при потребі, адекватних ЛЗ (у т. ч. НПА), хірургічних та інших методів паліативного/симптоматичного лікування в умовах стационарного ЗОЗ. Це забезпечується за умови наявності в ЗОЗ ліцензії на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

2) Можливість забезпечити контроль важких симптомів, що погіршують якість життя ПП, з використанням, при потребі, адекватних фармакотерапевтичних, хірургічних та інших методів паліативного/симптоматичного лікування в умовах стационарного ЗОЗ.

3) Забезпечення професійної підготовки/навчання М/П ЗОЗ з питань ПХД.

4) Забезпеченість комп'ютерною технікою для ведення електронного реєстру пацієнтів в системі e-Health та/або регіонального Реєстру ПП, засобів зв'язку з ПП і членами їх сімей/законними представниками, лікарями ЗОЗ ПМСД, виїзної МД служби/бригади ПХД, спеціалізованого ЗОЗ ПХД та закладами соцзахисту.

5) Забезпеченість пакетом нормативно-правових документів з питань організації та надання ПХД, зокрема – відповідними Законами України, постановами КМУ, наказами Мінсоцполітики і МОЗ України та

територіальних/регіональних органів охорони здоров'я і соціального захисту населення, посадовими інструкціями та методичними рекомендаціями з надання ПХД, затвердженого локального протоколу та маршруту ПП тощо.

б) Адекватне фінансування за рахунок Державного бюджету (НСЗУ), регіональних та місцевих бюджетів (цільові програми ПХД) та інших джерел, що не заборонені чинним Законодавством. (Рис. 7.10).

7.3.3. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання спеціалізованої ПХД населенню в Україні

Регіональна мережа ЗОЗ ПХД складається з усіх спеціалізованих ЗОЗ ПХД, ВПХМ, які створені у структурі ЗОЗ різного профілю, служб та закладів недержавної форми власності, у т. ч. ФОП, які надають ПХД населенню на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці (у т. ч. об'єднаних територіальних громад, госпітальних округів). Адміністративно-територіальна одиниця, що обслуговується ЗОЗ ПХД, ліжковий фонд, штатна структура і чисельність персоналу, матеріально-технічне оснащення спеціалізованих ЗОЗ ПХД визначаються потребою населення у ПХД, а також медико-соціальними, демографічними, географічними та іншими особливостями регіону.

Порядок розрахунку потреби населення у паліативній допомозі, службах паліативної допомоги визначається МОЗ України.

Завдання, що повинні забезпечити лікарі спеціалізованих ЗОЗ ПХД з організації та надання спеціалізованої ПХД населенню в Україні:

1) Встановлення та підтвердження/верифікація діагнозу захворювань, що вимагають ПХД, визначення статусу ПП та облік ПП з використанням електронного Реєстру пацієнтів системи e-Health та/або регіональних Реєстрів ПП.

2) Госпіталізація та консультування ПП.

3) Контроль ХрБС з використанням адекватних фармакотерапевтичних ЛЗ (у т. ч. НПА, при потребі), хірургічних та інших методів симптоматичного/паліативного лікування у стаціонарних ЗОЗ ПХД, амбулаторних умовах і вдома. Контроль важких симптомів, що погіршують якість життя ПП, з

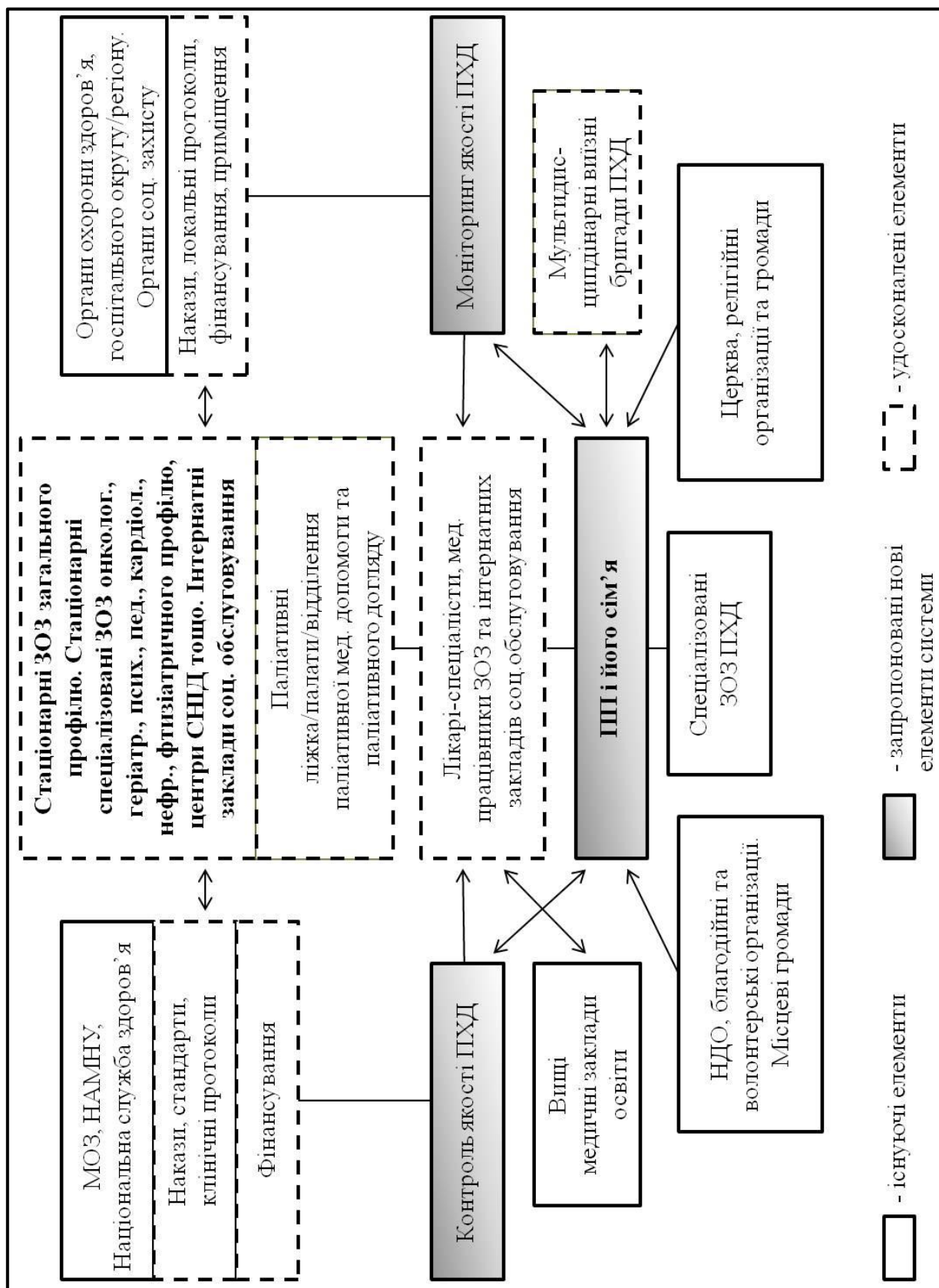


Рис.7.10. Функціонально-організаційна модель надання загальної паліативної медичної допомоги населенню.

використанням адекватних фармакотерапевтичних, хірургічних та інших методів паліативного/ симптоматичного лікування в стаціонарних та амбулаторних умовах і вдома.

4) Організація психологічної і соціальної підтримки та духовного/релігійного супроводу ПП і членів їх сімей у стаціонарних та амбулаторних умовах і вдома.

5) Інформування ПП та за їх згодою членів їх сімей/законних представників стосовно перебігу захворювання, методів діагностики і лікування та прогнозу тривалості життя.

6) Консультування та навчання ПП і членів їх сімей правилам та способам забезпечення гігієни тіла, харчування та догляду.

7) Консультування лікарів ЗОЗ ПМСД та стаціонарних ЗОЗ.

8) Координація та співпраця з установами/закладами соціального захисту.

9) Координація та співпраця з НДО, БФ, волонтерами.

10) Координація та співпраця з місцевими органами влади та громадами.

11) Організаційно-методичне забезпечення надання ПХД на закріпленій території та статистична звітність. На один із ЗОЗ ПХД, якщо в межах адміністративно-територіальної одиниці немає обласного/міського ЗОЗ ПХД, покладаються обов'язки координаційного центру. Координація надання ПХД передбачає взаємодію між органами управління охороною здоров'я та соціального захисту населення, ЗОЗ ПХД та іншими ЗОЗ (у т. ч. недержавної форми власності), закладами соціального обслуговування населення, освіти, благодійними та громадськими організаціями, волонтерами, щоб забезпечити збір, аналіз та подання статистичної звітності з питань ПХД, контроль дотримання НПБ та якості надання ПХД, наступність та безперервність надання ПХД. (Рис. 7.11).

ЗОЗ, що залучаються до надання спеціалізованої ПХД населенню:

1) Спеціалізовані стаціонарні ЗОЗ ПХД – хоспіси, спеціалізовані центри ПХД та ВПХМ/відділення паліативної медичної допомоги (у т. ч. центри/відділення паліативної допомоги дітям), що створюються у ЗОЗ онкологічного, геріатричного, педіатричного, психіатричного, фтизіатричного, терапевтичного профілю, СНІД-центрах тощо.

2) Мультидисциплінарні виїзні служби/бригади/команди ПХД, у т. ч. мобільні бригади респіраторної підтримки.

3) Лікарні/відділення сестринського догляду.

4) Кабінети контролю ХрБС та ПХД. (Рис. 7.11).

Умови впровадження та функціонування моделі надання спеціалізованої ПХД населенню:

1) Відповідність кадрового забезпечення затвердженому штатному розпису за умови спеціальної післядипломної професійної підготовки фахівців з питань ПХД за навчальними програмами, що погоджені МОЗ України, та забезпечення систематичного підвищення кваліфікації М/П згідно з вимогами БПР. За потреби, можуть залучатися фахівці немедичного профілю на умовах контракту.

2) Відповідність обладнання та засобів догляду затвердженим таблицям оснащення.

3) Відповідність умов лікування і утримання ПП чинним стандартам та вимогам НПБ і НСЗУ, зокрема ДБН В.2.2.-10:2018 «Інклюзивність будівель і споруд».

4) Можливість забезпечити належну роботу МД служби/бригади/команди, згідно з вимогами чинної НПБ, для надання усіх складових ПХД: медичної і психологічної допомоги, соціальної та духовної/релігійної підтримки і супроводу ПП та членів їх сімей/законних представників.

5) Можливість забезпечити адекватний контроль ХрБС з використанням фармакотерапевтичних ЛЗ (у т. ч. НПА, при потребі), хірургічних та інших методів паліативного/симптоматичного лікування в умовах стаціонарного ЗОЗ ПХД, в амбулаторних умовах і вдома; наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

6) Можливість забезпечити контроль важких симптомів, що погіршують якість життя ПП, з використанням адекватних фармакотерапевтичних, хірургічних та інших методів паліативного/симптоматичного лікування в умовах стаціонарного ЗОЗ ПХД, в амбулаторних умовах і вдома.

7) Забезпеченість автотранспортними засобами для транспортування ПП та фахівців ЗОЗ ПХД при наданні ПХД за місцем проживання/перебування ПП.

8) Забезпеченість комп'ютерною технікою та Інтернетом для ведення електронного Реєстру ПП в системі e-Health та/або регіонального Реєстру ПП, засобами зв'язку з ПП і членами їх сімей/законними представниками, лікарями ЗОЗ ПМСД, виїзної МД служби/бригади ПХД та закладами соціального обслуговування населення.

9) Забезпеченість пакетом нормативно-правових документів з питань організації та надання ПХД, зокрема – Законами України, постановами КМУ, наказами МОЗ і Мінсоцполітики України та територіальних регіональних органів охорони здоров'я, клінічними протоколами, посадовими інструкціями та методичними рекомендаціями, затвердженим локальним протоколом надання ПХД та маршрутом ПП тощо. (Рис. 7.11).

ВООЗ і Всесвітній Альянс Хоспісної і Паліативної Допомоги в «Атласі світу з паліативної допомоги» (2014) дають наступне визначення хоспіса: хоспіс – це заклад, який надає допомогу пацієнтам наприкінці життя силами фахівців-медиків і волонтерів. Хоспіс пропонує медичну, психологічну і духовну підтримку. Мета хоспісу – створити для інкурабельних вмираючих пацієнтів спокійну, комфортну обстановку і допомогти їм зберегти гідність. Працівники хоспісів прагнуть полегшити біль та інші симптоми, щоб, по можливості, максимально підтримати психо-емоційний стан і фізичну активність пацієнта і забезпечити йому комфорт та належну якість життя. Хоспіси також можуть мати програми підтримки для сімей пацієнтів. [526]. Хоча, згідно з рекомендаціями ЕАРС, оптимальна потужність хоспісу складає 8–12 ліжок, в Україні оптимальною потужністю хоспісу або відділення ПХМ вважається 25–30 ліжок.

У наказі МОЗ України від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» [231], зокрема у п. 1.6. «Примірне положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс» зазначається, що основною формою організації спеціалізованої ПХД в Україні є самостійний стаціонарний спеціалізований ЗОЗ ПХД – лікарня «Хоспіс» або «Центр ПХД». Також у складі багатопрофільних лікарень або спеціалізованих ЗОЗ онкологічного, педіатричного, психоневрологічного, геріатричного, фізійатричного профілю, центрів боротьби зі СНІД тощо можуть бути створені відділення ПХМ або ПХД.

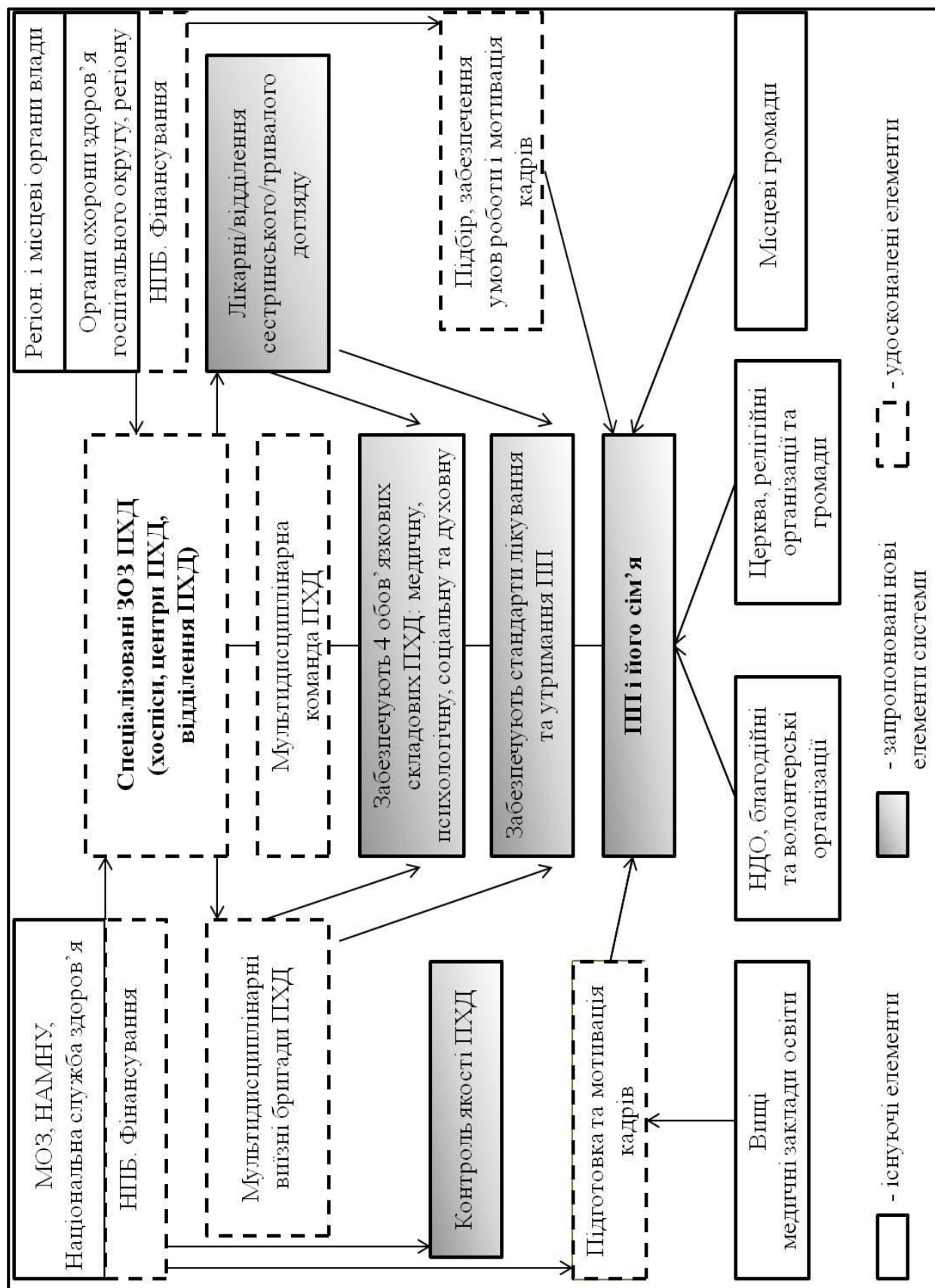


Рис. 7.11. Функціонально-організаційна модель надання спеціалізованої паліативної та хоспісної допомоги населенню.

У структуру спеціалізованого ЗОЗ ПХД, зокрема хоспісу, будь-якої форми власності входить:

1. Цілодобові стаціонарні відділення на 15–25 ліжок, що створюються для ПП різного нозологічного профілю: онкологічного, геріатричного, неврологічного, терапевтичного, педіатричного тощо. Згідно з чинними наказами МОЗ України, ПХД хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та ТБ надають у спеціалізованих ЗОЗ інфекційного та фтизіатричного профілю.

Приміщення цілодобового стаціонарного відділення спеціалізованого ЗОЗ ПХД повинні відповідати вимогам ДБН В.2.2.-10:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» і бути організовані таким чином, щоб забезпечувати адекватне паліативне/симптоматичне лікування, у т. ч. виконання відповідних діагностичних і медичних маніпуляцій, можливість вільного пересування, здійснення прогулянок, прийому відвідувачів у зручний для ПП час, комфортне перебування та безпеку ПП і персоналу. Необхідно створити умови для роботи психолога, волонтерів, приватних бесід з родичами і близькими, при потребі – усамітнення, здійснення релігійних обрядів і молитов, культурних заходів, відпочинку і дозвілля. Важливо, щоб були обладнані кімнати для психо-емоційного розвантаження ПП і персоналу, надання соціальної допомоги, для тимчасового перебування тіла померлого і прощання з покійним, каплиця або молитовна кімната (для використання представниками усіх конфесій) та інші, за потребою.

У палатах, холах і коридорах має бути створена домашня затишна атмосфера, усі приміщення повинні бути пристосовані для людей з обмеженими можливостями. У разі розміщення палат Пацієнтів на другому і вище поверхах, забезпечується функціонування ліфта.

Залежно від стану та за бажанням ПП, вони розміщуються в одно- та двомісних палатах, де також є умови для спільного перебування членів сім'ї ПП, у т. ч. і цілодобово, тощо. У кожній палаті має бути туалет, душова або ванна кімната для виконання санітарно-гігієнічних процедур.

Бажано, щоб із стаціонарного відділення був вихід для прогулянок у двір з достатньою кількістю дерев, кущів, квітів, доріжок з твердим покриттям, окремий в'їзд з пандусами або ліфтом для ПП на інвалідних візках.

2. Денний стаціонар або денний хоспіс – відділення ЗОЗ ПХД, де в денний час ПП надають медичну та психологічну допомогу, реабілітацію/абілітацію і лікувальну фізкультуру, професійний догляд, соціальну та духовну/релігійну опіку. Тут ПП можуть реалізувати свої творчі здібності шляхом участі в різних заходах та роботи з арт-терапевтом, соціальним працівником, волонтерами тощо, а також, за потреби, мають можливість спілкування з психологом/психотерапевтом, священнослужителями. Основна мета психо-соціальної допомоги, що надається в денному хоспісі – позбавити ПП від соціальної ізоляції, відволікти від страху і сумних роздумів про наближення смерті.

3. Мультидисциплінарна виїзна служба – хоспіс вдома створюється у складі ЗОЗ ПХД або як окрема юридична особа для надання ПХД вдома. Це може бути одна або декілька МД виїзних бригад/команд, що можуть бути різної форми власності (у т. ч. ФОП) і підпорядкування, та визначається наявним обсягом роботи і територією обслуговування. Також може створюватися пункт прокату медичного обладнання, де ПП та їх сім'ї можуть одержати для користування вдома функціональне ліжко, протипролежневий матрац, концентратор кисню, ходунки, милиці, інвалідний візок тощо. При наявності технічної можливості можуть також надаватися послуги по транспортуванню ПП (особливо ПП на інвалідних візках). МД виїзна служба/бригада ПХД надає спеціалізовану ПХД вдома або у палатах/ліжках ПХМ у стаціонарних ЗОЗ вторинної і третинної медичної допомоги, стаціонарних інтернатних закладах системи соцзахисту населення та здійснює підтримку членів сімей ПП і осіб, які здійснюють догляд. Фахівці виїзної служби також консультують лікарів ЗП-СЛ, лікарів-спеціалістів ЗОЗ та закладів соцзахисту населення, де лікуються ПП, вирішують питання про госпіталізацію ПП.

4. Консультативний кабінет ПХД або кабінет контролю ХрБС створюється у складі ЗОЗ ПХД або як окрема юридична особа і може розміщатися як у ЗОЗ ПХД, так і в консультативно-діагностичному центрі або поліклініці, центрі ПМСД тощо. Фахівці консультативного кабінету забезпечують спеціалізовану амбулаторну ПХД шляхом консультацій лікарів ЗП-СЛ, лікарів-спеціалістів ЗОЗ та закладів соціального захисту населення з питань діагностики і раціонального контролю ХрБС із застосуванням фармакологічних, хірургічних та інших методів паліативної/

симптоматичної терапії, інформаційної підтримки ПП і їх родин/законних представників щодо покращання доступності до знеболення.

5. Адміністрація і служба технічного забезпечення.

6. Організаційно-методичний кабінет – в обласному/регіональному ЗОЗ ПХД або ЗОЗ ПХД, на який покладені обов'язки координаційного центру – для збору даних та здійснення статистичної звітності на закріпленій території щодо надання ПХД населенню.

7. В обласному/регіональному спеціалізованому ЗОЗ ПХД/ координаційному центрі необхідно створити навчальний/тренінговий клас і умови для навчання персоналу та фахівців медичного і немедичного профілю, службу моніторингу і контролю дотримання стандартів надання ПХД.

До роботи у спеціалізованих ЗОЗ ПХД мають залучатися волонтери, які працюють відповідно до Закону України «Про волонтерську діяльність» від 19.04.2011 р. № 3236-VI. Для ефективного виконання своєї ролі партнерів при наданні ПХД необхідно, щоб волонтери були відповідним чином відібрані, вмотивовані, підготовлені і працювали під керівництвом координатора фахівця-співробітника ЗОЗ ПХД, як правило – соціального працівника або психолога. Волонтери не замінюють нікого з членів МД команди, але допомагають і доповнюють їх. Кількість волонтерів, яких потрібно залучити для надання ПХД, визначається ЗОЗ ПХД залежно від нозологічного профілю та кількості ПП. ЗОЗ ПХД, який залучає волонтерів, проводить контроль та регулярну оцінку їх діяльності, обговорює її результати.

Штатні нормативи хоспісів у різних країнах дуже відрізняються. Згідно з рекомендаціями ЕАРС, кількість посад медичних сестер зі спеціалізацією з паліативної медицини у спеціалізованому стаціонарному ЗОЗ ПХД має становити не менше 1,2 на одного пацієнта/ліжка, тут цілодобово працює лікар, який має спеціалізацію з паліативної медицини. Передбачені посади фахівців, які забезпечують психосоціальну і духовну/релігійну підтримку. Також до надання ПХД залучаються волонтери. У денному хоспісі мають працювати мінімум 2 медсестри зі спеціалізацією з паліативної медицини у зміну, з розрахунку не менше однієї медсестри на кожні сім щоденних відвідувачів. Посади лікарів виїзної

служби/бригади ПХД/хоспісу вдома встановлюються з розрахунку: одна посада лікаря, який має спеціалізацію з паліативної медицини, одна посада лікаря-онколога та 2 посади процедурної медсестри в кожній МД виїзній бригаді ПХД. Інші лікарі-спеціалісти та медичні сестри залучаються на контрактній основі, за потребою.

Системний аналіз міжнародного та національного досвіду свідчить, що до складу спеціалізованих ЗОЗ ПХД входять лікарі, психолог/психотерапевт, молодші спеціалісти з медичною освітою, капелан, сестри-доглядальниці, соціальний працівник/робітник, молодші медичні та технічні працівники. За потреби, онколог, анестезіолог, хірург, фізіотерапевт, арт-терапевт, лікар з медичної реабілітації та масажист, лікар з лікувального харчування та інші медичні і немедичні фахівці залучаються на умовах контракту. Усі штатні працівники повинні одержати спеціальну професійну підготовку з ПХД.

Отже, можна рекомендувати оптимальні для України штатні нормативи для спеціалізованого стаціонарного ЗОЗ ПХД на 20–25 ліжок: 3–3,5 посади лікарів (можна вузьких спеціалістів, залежно від профілю ЗОЗ ПХД – онколога, невролога, геріатра, педіатра, анестезіолога, лікаря ЗП-СЛ тощо, які одержали підготовку/спеціалізацію з ПХМ), один з яких призначається керівником; одна посада медичного/практичного психолога чи психотерапевта; одна посада соціального працівника та одна посада медичного капелана на заклад; медичні сестри і молодший медичний персонал – з розрахунку по одній посаді на 3–3,5 ліжка. На нашу думку, оптимальний перелік штатних посад у ЗОЗ ПХД та відділенні паліативного догляду ТЦСО населення, що розроблений на підставі кращого міжнародного та національного досвіду, відображено у Табл. 7.2 (Додаток І 3). Кількість та спеціалізація штатних посад лікарів визначається профілем/спеціалізацією закладу ПХД і кількістю ліжок та можливостями фінансування з державного/регіонального/місцевого бюджетів та залучених джерел фінансування.

Сьогодні в Україні значну групу ПП складають пацієнти з невиліковними захворюваннями, які потребують довготривалого лікування та професійного догляду, зокрема люди похилого і старечого віку з важкими хронічними захворюваннями, а також діти з вродженими вадами розвитку, генетичними та

орфанними захворюваннями тощо. Проте, в Україні практично відсутні ЗОЗ довготривалого лікування, як то, лікарні або відділення сестринського догляду, що обов'язково слід врахувати в процесі реформування системи охорони здоров'я і перепрофілювання ЗОЗ.

Джерелами фінансування системи ПХД можуть бути як бюджетні кошти (НСЗУ), кошти цільових державних/регіональних/місцевих програм розвитку ПХД, так і кошти БФ та НДО, добровільні пожертвування громадян і приватних організацій, платні послуги, а також інші джерела, дозволені законодавством.

Для визначення **економічної ефективності** запропонованих моделей системи ПХД в Україні нами були направлені запити до керівників ЗОЗ усіх видів медичної допомоги. Узагальнені результати представлені в Табл. 7.3. Аналіз результатів засвідчив, що амбулаторні/позастаціонарні моделі надання ПХД є найменш фінансово затратними і найбільш оптимальними, за умови координації та співпраці лікарів ЗП-СЛ і М/П ЗОЗ ПМСД зі спеціалізованими ЗОЗ ПХД. Зокрема, при залученні до надання ПХД вдома виїзної бригади ПХД один раз на тиждень впродовж місяця середня вартість надання ПХД одному ПП лікарем ЗП-СЛ впродовж однієї доби складає 84,52 грн (без вартості ЛЗ). Але такої ПХД потребують, переважно, пацієнти на початкових стадіях інкурабельних захворювань. По мірі прогресування захворювання виникає необхідність переводити ПП на загальну або спеціалізовану ПХД. Середня вартість надання загальної ПХД у стаціонарному ЗОЗ при залученні до надання ПХД виїзної бригади ПХД раз на тиждень впродовж місяця для одного ПП складає 1148,83 грн у стаціонарному ЗОЗ онкологічного профілю, 284,81 грн – хірургічного профілю і 148,17 грн – терапевтичного профілю.

При подальшому прогресуванні захворювання, виникненні побічної дії ЛЗ або ускладнень, зокрема пролежнів, ХСН, ХПН або ХНН, важких алергічних реакцій, розладів дихання тощо, виникає необхідність переводити ПП на спеціалізовану ПХД у стаціонарні ЗОЗ ПХД або вдома, за умови залучення до надання ПХД виїзної МД бригади ПХД щодня. Особливо збільшується потреба у спеціалізованій ПХД у термінальних стадіях захворювань. Середня вартість щоденного надання ПХД виїзною бригадою ПХД одному ПП становить 368,60 грн, а середня вартість

надання ПХД у спеціалізованому стаціонарному ЗОЗ ПХД складає, згідно з наданою інформацією, від 166,00 грн на день у відділенні ПХД терапевтичного профілю до 508,41 грн – у хоспісі або центрі ПХД. Незважаючи на здорожчання надання спеціалізованої ПХД, саме вона забезпечує комплексну МД ПХД і дозволяє реалізувати головне завдання ПХД – забезпечити максимально досяжну якість життя ПП і їх сімей. (Табл. 7.3).

В умовах реформування ситем охорони здоров'я і соціального захисту населення та після переходу повноважень від районного рівня до ОТГ також особливої актуальності набуває проблема обґрунтування і впровадження моделей управління системою фінансування (бюджетування) медико-соціальних та соціальних послуг, у т. ч. і СППД, що вимагає переходу від принципу утримання закладу до фінансування результатів наданих соціальних послуг. Існуюча практика застосування програмно-цільового методу потребує подальшого удосконалення, при цьому, важливе значення має стандартизація та уніфікація витрат шляхом розробки паспортів соціальних послуг по всім визначеним законодавством видам. Найбільш суттєвим резервом щодо зміцнення фінансування надання соціальних послуг у громадах є розширення сфери та умов застосування платних послуг.

Великі перспективи розвитку закладів соціальної сфери, у т. ч. при наданні СППД, пов'язані із застосуванням принципу державно-приватного партнерства, який позитивно себе зарекомендував у багатьох країнах Східної Європи. Приватними партнерами можуть виступати громадські, благодійні, релігійні організації, інвестори, інші юридичні та навіть фізичні особи. Мета – забезпечення вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності закладів соціальної сфери та внесення приватним партнером інвестицій. Приватний партнер бере в експлуатацію заклад із надання послуг, працює на умовах повного самофінансування та надає послуги згідно укладеного з ОТГ договору. При цьому, він отримує право самостійно використовувати матеріально-технічну базу, здійснювати різні види господарської діяльності, отримувати доходи.

Найбільш суттєвим резервом щодо зміцнення фінансування надання соціальних послуг у громадах є розширення сфери та умов застосування платних послуг. Крім того, надавачі послуг в ОТГ можуть запропонувати послуги, які не входять до

Середня вартість надання ПХД одному ПП впродовж 1 доби

| № за/п | Назва функціонально-організаційної моделі надання ПХД | Середня вартість надання ПХД 1 ПП впродовж 1 доби |
|--------|--|--|
| 1. | Функціонально-організаційна модель надання первинної ПХД на рівні ПМСД | <p><u>31,86 грн</u> (при наданні ПХД вдома лікарем ЗП-СЛ і сімейною медсестрою)</p> <p>+</p> <p><u>52,66 грн</u> (при залучені до надання ПХД вдома виїзної бригади ПХД 1 раз на тиждень впродовж 1 місяця)</p> <p><u>Разом: 84,52 грн</u></p> |
| 2. | Функціонально-організаційна модель надання загальної ПХД | <p><u>1148,83 грн</u> у стаціонарному ЗОЗ онкологічного профілю</p> <p><u>284,81 грн</u> у стаціонарному ЗОЗ хірургічного профілю</p> <p><u>148,17 грн</u> у стаціонарному ЗОЗ терапевтичного профілю</p> <p>+</p> <p><u>52,66 грн</u> (при залучені до надання ПХД у стаціонарному ЗОЗ виїзної бригади ПХД 1 раз на тиждень впродовж 1 місяця)</p> <p><u>Разом:</u></p> <p><u>1201,50 грн</u> у стаціонарному ЗОЗ онкологічного профілю</p> <p><u>336,47 грн</u> у стаціонарному ЗОЗ хірургічного профілю і</p> <p><u>200,83 грн</u> у стаціонарному ЗОЗ терапевтичного профілю</p> |
| 3. | Функціонально-організаційна модель надання спеціалізованої ПХД | <p><u>166,00 грн</u> (вартість 1 ліжкодня у віділенні ПХМ терапевтичного профілю)</p> <p><u>368,60 грн</u> (вартість обслуговування 1 ПП вдома виїзною бригадою ПХД щодня)</p> <p><u>508,41 грн</u> (вартість 1 ліжкодня у спеціалізованому стаціонарному ЗОЗ ПХД)</p> |

регламентованих переліків, як додаткові у пакеті із тими, що передбачені чинними стандартами, наприклад: а) медико-соціальна допомога, зокрема проведення реабілітаційних заходів, ЛФК, масажів тощо; б) організація відпочинку та дозвілля; в) приготування їжі та придбання харчових продуктів на замовлення; г) забезпечення консультацій з різних напрямів – медицина, юридична допомога, розрахунок пенсій, різних видів платежів та виплат, освоєння комп'ютерної техніки тощо; д) виховна робота та догляд за дітьми.

7.3.4. Особливості надання паліативної допомоги дітям

Паліативна допомога дітям (віком від 0 до 18 років), як і дорослим, повинна бути інтегрована в системи охорони здоров'я та соціального захисту населення. Крім цього ПД дітям повинна стати невід'ємною складовою єдиного проекту Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності). Центр ПД дітям надає як стаціонарну, так і амбулаторну комплексну МД паліативну медичну допомогу, професійний догляд та медико-психологічний і соціальний супровід ПП дитячого віку, у т. ч. вдома, протягом усього життя від моменту діагностування паліативного захворювання. У центрі ПД дітям повинні надавати допомогу фахівці різного профілю, зокрема педіатри або лікарі ЗП-СЛ, лікарі-спеціалісти педіатричного профілю, за потребою – онкологи, анестезіологи, неврологи, психіатри, гематологи тощо, а також психологи/психотерапевти, соціальні працівники, соціальні педагоги, капелани/священнослужителі, волонтери, які повинні отримати спеціальну професійну підготовку для роботи з ПП-дітьми.

Системний аналіз міжнародного досвіду свідчить, що при організації надання ПД дітям пріоритетною є ПД вдома із залученням членів сім'ї/законних представників дитини, за умови інформованої згоди ПП дитячого віку та/або його законного представника і з урахуванням динаміки захворювання, змін стану та потреб ПП. ЗОЗ ПХД незалежно від форми власності та підпорядкування надає ЛЗ та засоби догляду/вироби медичного призначення для користування вдома, організовує навчання батьків/законних представників навичкам виконання

призначень лікаря, догляду за ПП дитячого віку та роботи з медичним обладнанням, яке застосовується місцем проживання/перебування.

Згідно з наказом МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», у Розділі V. «Особливості надання паліативної допомоги дітям» визначається Порядок надання паліативної допомоги дитячому населенню. Зокрема зазначено, що педіатричні служби ПД створюються відповідно до потреб дитячого населення об'єднаних територіальних громад, захворюваності, медико-демографічних, географічних та інших особливостей регіону. 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, незалежно від її стану. 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 надають комплексну МД допомогу фахівці різного профілю, які отримали професійну підготовку для роботи з ПП дитячого віку. До важливих завдань центру ПД дітям входить також інформування, консультування і 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. (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>).

У разі необхідності проведення діагностичних обстежень, лікування гострих станів та хірургічних втручань забезпечується направлення дитини за її згодою та/або згодою її батьків/законного представника у спеціалізовані ЗОЗ.

З метою забезпечення наступності надання ПХД, після досягнення дитиною 18-річного віку, ПП, як правило, скеровується в ЗОЗ, що надає ПХД дорослому населенню. Паліативна допомога після досягнення 18-річного віку ПП може надаватись і в ЗОЗ педіатричного профілю, залежно від стану ПП, його

мобільності, наявності у адміністративно-територіальній одиниці (госпітальному окрузі) ЗОЗ або служб ПХД для дорослого населення.

З урахуванням цілодобового режиму роботи спеціалізованої виїзної педіатричної служби/бригади ПД можна рекомендувати наступні пропозиції щодо штатів: 3 посади лікарів-педіатрів (у т. ч. керівник служби/бригади); 3 посади медсестер з навичками догляду за дітьми з особливими потребами; одна посада координатора (наприклад, соціальний працівник/соціальний педагог або досвідчена медсестра з навичками управління/менеджменту) для координації роботи фахівців, а також закладів та установ, залучених до ПД сім'ям ПП-дітей. Усі ці фахівці повинні мати додаткову підготовку з питань ПХД. Щоб забезпечити комплексний МД догляд за ПП-дітьми та підлітками, а також допомогу їх сім'ям, важливо мати у штаті одну посаду психолога/психотерапевта та одну посаду соціального працівника (можна на контрактній основі), які повинні отримати підготовку з питань ПХД дітям, в галузі психології розвитку, діагностики та втручання у кризових ситуаціях і посттравматичних реакціях. До важливих завдань центру ПД дітям входить також інформування, консультування батьків/опікунів щодо можливостей отримання соціальної або фінансової підтримки, юридичної допомоги при заповненні клопотань та інших документів, консультування М/П, а також координація з установами і закладами соціального захисту населення.

Отже, в Україні існує нагальна потреба у створенні стаціонарних центрів ПД дітям у кожній адміністративній території з орієнтовного розрахунку 20 ліжок на 100 тис. дитячого населення (з огляду наявності від 8 до 16 тис. дітей, які мають тяжкі інкурабельні захворювання). 10 липня 2019 р. КМУ ухвалив Постанову № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям» [165], у якій зазначено що у центрі надається допомога дітям, які потребують ПД та мають невиліковні прогресуючі захворювання, що обмежують життєдіяльність; дітям, які мають вроджені вади розвитку, після виписки з перинатального центру або пологового будинку в разі потреби в отриманні послуг з медичної реабілітації або ПД. Відділення ПД складається з: стаціонару для перебування ПП-дітей, разом із законним представником дитини або особою, що бере участь у догляді за дитиною; кімнат

для надання соціальної та психологічної допомоги; кімнати загального перебування тощо. У складі відділення ПД також можуть бути МД мобільні служби/бригади, служби респіраторної підтримки, консультативні служби, денний стаціонар (хоспіс), кабінет лікування хронічного болю та ПД, ритуальні кімнати. До складу МД команди з ПД можуть входити: лікар-педіатр; лікар-анестезіолог дитячий; психолог; фахівець із соціальної роботи/соціальний працівник; лікар фізичної та реабілітаційної медицини; сестра медична; законний представник дитини або особа, що бере участь у догляді за дитиною; лікарі інших спеціальностей і спеціалісти освітньої чи соціальної сфери (у разі потреби) [165].

Отже, впровадження і розвиток запропонованих моделей системи ПХД в Україні за умови адекватного фінансування з Державного бюджету (НСЗУ), а також за рахунок державного, регіональних і місцевих бюджетів (зокрема – цільових програм розвитку ПХД населенню) дозволить надавати доступну, якісну та ефективну паліативну медичну допомогу, незалежно від місця проживання/перебування і соціального статусу ПП. Враховуючи адміністративно-територіальний устрій нашої країни, особливості фінансування, відсутність потужних благодійних фондів і громадських організацій, які сьогодні могли б забезпечити повноцінну волонтерську допомогу і були б готові взяти на себе співфінансування ЗОЗ ПХД, кожна область повинна мати у комунальній власності обласний спеціалізований стаціонарний ЗОЗ ПХД і по одному стаціонарному 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 дотриматись пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми та забезпечити МД, міжвідомчий та міжсекторальний підходи з обов'язковим залученням членів сім'ї і самого ПП, місцевих громад та організацій громадянського суспільства.

7.4. SWOT-аналіз концептуальної моделі системи надання ПХД в Україні

SWOT-аналіз концептуальної моделі системи надання ПХД в Україні засвідчив її сильні і слабкі сторони, дозволив визначити основні напрямки її розвитку, а також показав потенційні можливості та загрози. (Табл. 7.4). Так, сильними

сторонами запропонованої моделі є визначення пріоритетного напрямку розвитку системи ПХД в Україні – надання ПХД в умовах первинної медичної допомоги, що при обмежених фінансових, технічних і кадрових ресурсах забезпечить її доступність та економічну ефективність. Створення системи ПХД на засадах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми та впровадження МД, міжвідомчого і міжсекторального підходів, наблизить надання ПХД в Україні до міжнародних стандартів і норм, що забезпечить якість та ефективність надання ПХД населенню. Наявність кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика сприятиме розробці та впровадженню системи підготовки кадрів. Впровадження системи ПХД в умовах реформування охорони здоров'я дозволяє інтегрувати ПХД в систему охорони здоров'я. (Табл. 7.4).

Застосування SWOT-аналізу також дозволило визначити слабкі сторони, які можуть заважати ефективному впровадженню концептуальної моделі системи надання ПХД в Україні, зокрема: недостатній рівень та існуючі значні бар'єри для міжвідомчої співпраці і координації ЗОЗ ПХД та закладів соціального захисту населення, а також міжсекторальної співпраці державних/муніципальних ЗОЗ ПХД та закладів паліативного догляду недержавної форми власності, що не відповідає сучасним вимогам розвитку державно-приватного партнерства. (Табл. 7.4).

Серед основних загроз для впровадження розробленої нами концептуальної моделі системи надання ПХД населенню в Україні є: нестабільність економічної і політичної ситуації в Україні та відсутність ПХД серед пріоритетних напрямків розвитку системи охорони здоров'я, що може зумовити недостатнє фінансування ЗОЗ ПХД. Також викликає занепокоєння відсутність серед пріоритетних напрямків розвитку системи соціального захисту населення служби СППД, що зумовить недостатнє фінансування закладів ПД та ТЦСО населення для надання СППД. Розвиток системи ПХД є єдиною реальною альтернативою покращання якості життя ПП та членів їх сімей. Комплексні програми та служби ПХД повинні бути інтегровані в існуючу систему охорони здоров'я, що дозволить ПП і їх сім'ям більш ефективно планувати своє життя, ефективно контролювати ХрБС і інші важкі симптоми захворювання. (Табл. 7.4).

SWOT-аналіз концептуальної моделі системи надання ПХД в Україні

| <u>Сильні сторони</u> | <u>Слабкі сторони</u> |
|---|---|
| <p>Надання ПХД в ЗОЗ усіх видів медичної допомоги, з пріоритетним розвитком на рівні ПМСД, що забезпечить її доступність та економічну ефективність.</p> <p>Впровадження МД, міжвідомчого і міжсекторального підходів, що забезпечить якість та ефективність надання ПХД.</p> <p>Пацієнт-сім'я-орієнтована парадигма відповідає сучасним міжнародним стандартам і нормам ПХД.</p> <p>Наявність кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика, що сприятиме розробці та впровадженню системи підготовки кадрів.</p> <p>Міжнародне партнерство з питань розвитку ПХД на рівні громадянського суспільства.</p> <p>Наявність фахівців, які мають міжнародний практичний досвід у ЗОЗ ПХД країн світу та теоретичну підготовку на тренінгах авторитетних міжнародних організацій.</p> <p>Реформування системи охорони</p> | <p>Відсутність механізмів та інституцій контролю і моніторингу виконання вимог НПБ з питань надання ПХД.</p> <p>Відсутність Національної цільової програми надання і розвитку ПХД.</p> <p>Відсутність затверджених МОЗ України стандартів надання ПХД, акредитаційних вимог до ЗОЗ ПХД.</p> <p>Відсутність затвердженої спеціалізації «Паліативна і хоспісна медицина» для лікарів і молодших медичних спеціалістів.</p> <p>Недостатній розвиток мережі аптечних закладів, що ліцензовані на відпуск і продаж НПА, особливо у сільській місцевості.</p> <p>Висока вартість НПА та інших ЛЗ для надання ПХД.</p> <p>Відсутність політичної підтримки розвитку ПХД з боку керівників рад/державних адміністрації деяких регіонів.</p> <p>Низький рівень і значні бар'єри для міжвідомчої співпраці і координації ЗОЗ ПХД системи охорони здоров'я та закладів соціального захисту населення.</p> <p>Низький рівень і значні бар'єри для співпраці і координації ЗОЗ ПХД державної/муніципальної форми</p> |

| | |
|--|---|
| <p>здоров'я дозволяє зробити перепрофілювання ЗОЗ.</p> <p>Наявність регіональних/районних/міських цільових програм надання ПХД.</p> <p>Наявність різних форм НПА (ін'єкційних, таблетованих, трансдермальних/пластирних), у т. ч. пролонгованої дії.</p> | <p>власності та закладів недержавного сектору.</p> <p>Недостатня державна підтримка благодійництва і меценатства.</p> <p>Недостатній розвиток НДО та волонтерського руху.</p> <p>Проблеми із забезпеченням ЗОЗ ПХД кваліфікованими кадрами через відсутність ефективних форм матеріальної та моральної мотивації.</p> |
| <u>Можливості</u> | <u>Загрози</u> |
| <p>Створення і розвиток системи ПХД в рамках реформування охорони здоров'я.</p> <p>Впровадження системи до- і післядипломної підготовки (БПР) медичних фахівців з питань ПХД у ЗВМО МОЗ України.</p> <p>Впровадження системи до- і післядипломної підготовки немедичних фахівців з питань ПХД у ЗВО МОН України.</p> <p>Розвиток міжвідомчого співробітництва і координації з питань надання ПХД населенню.</p> <p>Розвиток державно-приватного партнерства при створенні і функціонуванні закладів ПХД.</p> | <p>Нестабільність економічної і політичної ситуації в Україні.</p> <p>Відсутність ПХД серед пріоритетних напрямків розвитку системи охорони здоров'я, що зумовить недостатнє фінансування ЗОЗ ПХД.</p> <p>Відсутність служби СППД серед пріоритетних напрямків розвитку системи соціального захисту населення, що зумовить недостатнє фінансування закладів ПД та ТЦСО населення.</p> <p>Міжвідомчі бар'єри.</p> <p>Недостатнє залучення і підтримка недержавних закладів ПХД.</p> <p>Брак кадрових ресурсів.</p> |

Отже, понад пів столітній досвід розвитку ПХД у світі свідчить, що система ПХД забезпечує якісне, гідне та повноцінне життя пацієнта до останнього подиху та медичну допомогу, соціально-психологічну і духовну/релігійну підтримку членів його сім'ї під час хвороби ПП та у період скорботи після його смерті. Отже, цей інноваційний метод медико-соціальної допомоги необхідно впроваджувати і активніше інтегрувати її у практику служб охорони здоров'я та соціального захисту населення.

7.5. Експертна оцінка ефективності розробленої моделі системи надання ПХД та стану надання ПХД населенню в Україні

Одним із запланованих завдань дисертаційного дослідження було проведення експертної оцінки розробленої концептуальної моделі системи ПХД. До експертної оцінки були залучені 31 експерт, склад яких подано у Розділі 2 і представлено у Табл. 7.5 (Додаток І 4). Аналіз даних експертної групи свідчить про релевантний та високий фаховий рівень експертів. Експертна оцінка виконувалась за допомогою спеціально розробленої програми медико-соціологічного дослідження. Кожен з експертів виставив оцінки за кожним з 10 основних параметрів розробленої нами концептуальної моделі системи ПХД за 10-тибальною шкалою, де 10 – «Повністю погоджуюсь», 0 – «Абсолютно не погоджуюсь». Розроблена нами «Карта експертної оцінки концептуальної моделі системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні» представлена у Додатку Г. Результати медико-соціологічного дослідження наведені в Табл. 7.6.

Аналіз результатів соціологічного дослідження засвідчив, що по 27 експертів (87,1 %) дали найвищу оцінку (10 і 9 балів), оцінюючи наступні 2 положення: «Запропонована модель системи ПХД в Україні побудована на пацієнт-сім'я-орієнтованій парадигмі» і «Запропонована модель системи ПХД в Україні забезпечить доступність, якість і ефективність надання ПХД на первинній, вторинній і третинній медичній допомозі» – середня арифметична величина оцінок експертів склала $(9,58 \pm 0,17)$ бали). Це можна вважати, як підтримку експертами основоположних концептуальних складових запропонованої моделі системи ПХД.

Високу оцінку експертів одержали також твердження, що «Запропонований автором акцент на забезпеченні надання амбулаторної ПХД в умовах первинної медичної допомоги є інноваційним» ($9,32 \pm 0,20$ бали), «Запропонована модель системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні передбачає залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання ПХД, що забезпечить доступність та наступність ПХД» ($9,35 \pm 0,14$ бали) і «ПХД повинна надаватися безоплатно за рахунок Державного і місцевих бюджетів» ($9,52 \pm 0,23$ бали).

Найбільша однотайність експертів (по 30 респондентів, 96,8 %, дали найвищу оцінку – 10 і 9 балів) і найвищий середній бал ($9,94 \pm 0,06$ і $9,87 \pm 0,08$ бали відповідно) були при оцінці наступних 2 параметрів концептуальної моделі системи ПХД: «Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які залучені до надання ПХД, повинні одержувати від НСЗУ доплату/підвищений коефіцієнт за кожного паліативного пацієнта» і «Медичні працівники, які надають ПХД, повинні мати підвищені посадові оклади, збільшену відпустку та пенсійні пільги», що свідчить про розуміння експертів особливостей та важкості праці М/П, які надають ПХД, та важливості матеріальної мотивації їх до такої роботи.

Також положення, що «Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання ПХД потребує їх відповідної професійної післядипломної підготовки/навчання», одержало найвищу оцінку (10 і 9 балів) від 27 респондентів (87,1 %), в середньому – $9,65 \pm 0,14$ бали, що свідчить про важливість кадрової складової концептуальної моделі системи ПХД, про що йшлося у попередніх розділах роботи. Дещо нижчу оцінку ($8,87 \pm 0,40$ бали) дали експерти твердженню: «Важливою умовою забезпечення доступності, якості і ефективності надання ПХД є затвердження МОЗ України медичної спеціалізації «Паліативна та хоспісна медицина».

Значення коефіцієнтів варіації (C_v) за всіма виділеними перевагами моделі, які оцінювались у ході експертизи, не перевищували 10,0 %, що свідчить про низький ступінь варіабельності та однотайність оцінок експертів.

Високий ступінь узгодженості думок експертів підтвердило також високе значення коефіцієнту конкордації Кендела $W=0,89$; $p<0,001$.

Також за результатами опитування були проведені розрахунки узгодженості думок експертів. У результаті розрахунків було встановлено, що коефіцієнт варіації узгодженості експертів до запропонованих інновацій становить менше 13 %. (Табл. 7.6). Це свідчить про високий рівень їх узгодженості стосовно позитивної оцінки обґрунтованої та запропонованої концептуальної моделі системи ПХД.

Також експерти оцінили існуючий стан надання ПХД населенню в Україні, відповідаючи на 10 тверджень «Так» чи «Ні». Переважна більшість (23 експерти – 74,2 %) вважають, що в Україні не створена система надання ПХД, а 30 (96,8 %) – що рівень надання ПХД не відповідає сучасним міжнародним стандартам і підходам.

93,5 % експертів вважають, що в Україні відсутня система адекватної мотивації фахівців, які залучені до надання ПХД, а 90,3 % – що в Україні відсутня система професійної підготовки фахівців, які залучені до надання ПХД.

Майже наполовину розділилися думки експертів стосовно того, що в Україні паліативні пацієнти, за показаннями, у разі потреби, можуть без проблем отримати адекватне знеболення: 58,1 % – «Так» і 41,9 % – «Ні».

80,6 % респондентів погоджуються, що в Україні відсутня система підбору, навчання і мотивації волонтерів, які залучаються до надання ПХД, і 67,7 % – що в Україні не сформована політична воля для розвитку системи ПХД. Думки експертів, в основному, співзвучні з результатами наших досліджень, які подані у попередніх розділах дисертаційної роботи.

Високу підтримку висловили експерти твердженням, які ми обґрунтовували в нашій роботі: «МОЗ має у найкоротші терміни затвердити Державні стандарти лікування та утримання паліативних пацієнтів» (96,8 %) і «МОЗ має у найкоротші терміни затвердити акредитаційні вимоги до закладів ПХД та запровадити їх ліцензування» (93,5 %). (Табл. 7.7).

Таким чином, проведений аналіз результатів експертних оцінок свідчить про відповідність основних положень розробленої концептуальної моделі системи ПХД сучасним вимогам науки і практики, підтверджує її прогностичну медико-соціальну ефективність та доцільність її впровадження в галузі охорони здоров'я, що

Результати експертної оцінки (за 10-тибальною шкалою) основних параметрів концептуальної моделі системи ПХД

(W=0,89, p<0,001)

| № | Основні положення експертної оцінки | M | ±SD | ±m | C _v |
|-----|--|------|------|------|----------------|
| 1. | Запропонована модель системи ПХД в Україні побудована на пацієнт-сім'я орієнтованій парадигмі. | 9,58 | 0,92 | 0,17 | 9,6% |
| 2. | Запропонована модель системи ПХД в Україні забезпечить доступність, якість і ефективність надання ПХД на первинній, вторинній і третинній медичній допомозі. | 9,58 | 0,96 | 0,17 | 10,0% |
| 3. | Запропонований автором акцент на забезпеченні надання амбулаторної ПХД в умовах первинної медичної допомоги є інноваційним. | 9,32 | 1,11 | 0,20 | 11,9% |
| 4. | Запропонована модель системи ПХД в Україні передбачає залучення лікарів ЗП-СЛ до надання ПХД, що забезпечить доступність та наступність. | 9,35 | 0,75 | 0,14 | 8,1% |
| 5. | Залучення лікарів ЗП-СЛ до надання ПХД потребує їх відповідної професійної післядипломної підготовки/навчання. | 9,65 | 0,80 | 0,14 | 8,3% |
| 6. | ПХД повинна надаватися безоплатно за рахунок Державного і місцевих бюджетів. | 9,52 | 1,26 | 0,23 | 13,3% |
| 7. | Лікарі ЗП-СЛ, які залучені до надання ПХД, повинні одержувати від НСЗУ доплату/підвищений коефіцієнт за кожного паліативного пацієнта. | 9,94 | 0,36 | 0,06 | 3,6% |
| 8. | Важливою умовою забезпечення доступності, якості і ефективності надання ПХД є затвердження МОЗ медичної спеціалізації «Паліативна та хоспісна медицина». | 8,87 | 2,25 | 0,40 | 25,3% |
| 9. | Приватні заклади, які надають ПХД, повинні отримувати фінансування від НСЗ. | 9,07 | 2,70 | 0,48 | 29,8% |
| 10. | Медичні працівники, які надають ПХД, повинні мати підвищені посадові оклади, збільшену відпустку та пенсійні пільги. | 9,87 | 0,43 | 0,08 | 4,3% |

M – середня арифметична величина оцінок експертів (у балах).

±SD – стандартне (середнє квадратичне) відхилення (у балах).

±m – стандартна похибка середньої арифметичної величини (у балах).

C_v – коефіцієнт варіації (%).

Таблиця 7.7.

**Результати експертної оцінки існуючого стану надання
ПХД населенню в Україні**

| № | Основні положення експертної оцінки | Так % | Ні % | Не відповіли |
|---------------|---|----------|---------|-----------------|
| Перша частина | | | | |
| 1. | В Україні створена система надання паліативної та хоспісної допомоги. | 25,8 | 74,2 | - |
| 2. | Рівень надання паліативної та хоспісної допомоги відповідає сучасним міжнародним стандартам і підходам. | 3,2 | 96,8 | - |
| 3. | Чинна нормативно-правова база, що регулює надання ПХД пацієнтам як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах, достатня. | 22,6 | 77,4 | - |
| 4. | В Україні відсутня система професійної підготовки фахівців, які залучені до надання ПХД. | 90,3 | 9,7 | - |
| 5. | В Україні відсутня система адекватної мотивації фахівців, які залучені до надання ПХД. | 93,5 | 6,5 | - |
| 6. | В Україні паліативні пацієнти, за показаннями, у разі потреби, можуть отримати адекватне знеболення без проблем. | 58,1 | 41,9 | - |
| 7. | В Україні сформована політична воля для розвитку системи ПХД. | 25,8 | 67,7 | 6,5 |
| 8. | В Україні відсутня система підбору, навчання і мотивації волонтерів, які залучаються до надання ПХД. | 80,6 | 19,4 | - |
| 9. | МОЗ має у найкоротші терміни затвердити Державні стандарти лікування та утримання паліативних пацієнтів. | 96,8 | 3,2 | - |
| 10. | МОЗ має у найкоротші терміни затвердити акредитаційні вимоги до закладів ПХД та запровадити їх ліцензування. | 93,5 | 3,2 | 3,2 |

дозволяє рекомендувати її для впровадження на державному/галузевому, регіональному та місцевому рівнях усіх регіонів України.

За результатами дослідження, викладеними у данному розділі, сформульовані пропозиції, що викладені у Додатку І 6.

Висновки до розділу 7

1. Системний аналіз рекомендацій ВООЗ, ЕАРС та інших авторитетних міжнародних фахових організацій, досвіду організації надання ПХД у багатьох країнах світу дозволяє запропонувати впровадити в Україні трирівневу модель системи ПХД: 1) Паліативний підхід або первинна паліативна допомога; 2) Загальна паліативна допомога; 3) Спеціалізована ПХД. Зазначене покладено в основу розробленої концепції системи ПХД населенню в Україні.

2. Обґрунтовано концепцію системи ПХД в Україні, яку покладено в основу концептуальної моделі системи надання ПХД і механізмів управління нею, що базуються на пацієнт-сім'я-орієнтованій парадигмі, мультидисциплінарному, міжвідомчому та міжсекторальному підходах. Зазначене забезпечить доступність, якість і ефективність надання ПХД, потреби і належну якість життя ПП та їх сімей, сприяє збереженню людської гідності наприкінці життя.

3. Впровадження системи надання ПХД населенню потребує політичної підтримки Уряду України, регіональних і місцевих органів влади, відповідного фінансового забезпечення та участі всього суспільства. Впровадження і розвиток запропонованих моделей системи ПХД в Україні за умови адекватного фінансування з державного бюджету (НСЗУ), а також за рахунок державної, регіональних і місцевих цільових програм ПХД дозволить надавати якісну та ефективну паліативну медичну допомогу на умовах рівної доступності, незалежно від нозології захворювання, місця проживання/перебування і соціального статусу ПП.

4. Результати дослідження дозволили адаптувати міжнародний досвід і визначити різні форми та функціонально-організаційні моделі надання ПХД, які, залежно від важкості перебігу захворювання та за бажанням ПП і членів їх сімей, можуть надаватися у спеціалізованих стаціонарних ЗОЗ ПХД, відділеннях ПХМ

ЗОЗ вторинної і третинної медичної допомоги або в амбулаторних умовах, у т. ч. вдома, а також в закладах ПХД будь-якої форми власності і відомчої приналежності за умови дотримання стандартів та вимог НПБ.

5. SWOT-аналіз концептуальної моделі системи надання ПХД в Україні засвідчив, що важливою умовою впровадження системи ПХД є її інтеграція в систему охорони здоров'я з пріоритетним розвитком служби ПХД на рівні ПМСД, залучення до надання ПХД вдома лікарів ЗП-СЛ та медичних працівників ЗОЗ ПМСД за умови відповідної професійної підготовки і мотивації. Важливо забезпечити їх консультативною підтримкою фахівців спеціалізованих ЗОЗ ПХД і міжвідомчу співпрацю та координацію з установами системи соціального захисту населення.

6. Результати визначення економічної ефективності запропонованих моделей системи ПХД засвідчили, що амбулаторні/позастаціонарні моделі надання є найменш фінансово затратними і найбільш доступними, за умови координації і співпраці медичних працівників ЗОЗ ПМСД зі спеціалізованими ЗОЗ ПХД. Зокрема, середня вартість однієї доби надання ПХД вдома одному ПП складає, в середньому, 84,52 грн при залученні виїзної бригади ПХД один раз на тиждень впродовж одного місяця. 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 відділенні ПХМ терапевтичного профілю до 508,41 грн у хоспісі або центрі ПХД, що стає необхідним по мірі прогресування захворювання і, особливо, у термінальних стадіях захворювань.

7. Розроблена концептуальна модель системи ПХД (за результатами експертної оцінки) побудована на принципах пацієнт-сім'я-орієнтованої парадигми та забезпечить доступність, якість і ефективність надання ПХД ($9,58 \pm 0,17$ бали за десятибальною шкалою оцінки); 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/навчання ($9,65 \pm 0,14$ бали) та матеріальної мотивації – доплати/підвищеного коефіцієнту від

НСЗУ за кожного ПП ($9,94 \pm 0,06$ бали); ПХД повинна надаватися безоплатно за рахунок Державного і місцевих бюджетів ($9,52 \pm 0,23$ бали); медичні працівники, які надають ПХД, повинні мати підвищені посадові оклади, збільшену відпустку та пенсійні пільги ($9,87 \pm 0,08$ бали). Аналіз результатів експертних оцінок свідчить про відповідність основних положень запропонованої концептуальної моделі сучасним вимогам науки і практики, підтверджує її прогностичну медико-соціальну ефективність. Отже, враховуючи позитивну оцінку експертами концептуальної моделі системи ПХД, її можна рекомендувати для впровадження в систему охорони здоров'я України на загальнодержавному, регіональному і місцевому рівнях.

За матеріалами, викладеними у данному розділі, опубліковано:

1. 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.

2. 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 частини результатів, формулювання частини висновків).*

3. 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. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

4. Mykhalchuk V. M. Professional postgraduate training of family doctors - an important part and condition of the optimal paliative and hospise care system implementation in Ukraine / V. M. Mykhalchuk, N. G. Goida, A. V. Tsarenko // Wiadomości Lekarskie. – 2020. – Vol. 73. – № 5. – P. 525 – 530. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовлено матеріал до друку).*

5. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / В. І. Іволгін, Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – С. 266–293. *(Дисертантові належить збір і аналіз частини матеріалу, написання частини статті щодо організації ПХД в Україні та формулювання частини висновків).*

6. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. / За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 284–301. *(Дисертантові належить збір і аналіз частини матеріалу, написання частини статті щодо організації ПХД в Україні та формулювання частини висновків).*

7. 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. *(Дисертантові належить збір і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

8. 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. *(Дисертантові належить збір і аналіз частини матеріалу, формулювання частини висновків).*

9. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, обробка матеріалу і формулювання частини висновків).*

10. 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. – Том 22. – № 3/4. – С. 426–434. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

11. 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.

12. Яковенко І. В. Обґрунтування оптимальних моделей бюджетування надання соціальних послуг на рівні об'єднаних територіальних громад / І. В. Яковенко, А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 1. – С. 16–24. *(Дисертантові належить збір і аналіз частини матеріалу, написання частини статті та формулювання частини висновків).*

13. 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 имени И. К. Ахунбаева. – 2015. – № 3(2). – С. 111–119. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

14. Шекера О. Г. Модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної допомоги пацієнтам вдома / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Здоров'я суспільства. – 2014. – Т. 3. – № 1–2. – С. 29–35. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

15. 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. *(Дисертантові належить збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

16. 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.

(Дисертантові належить ідея написання статті, збір і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).

17. Губський Ю.І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV. – №1. – С. 26–28. *(Дисертантові належить збір, аналіз і обробка матеріалу та формулювання частини висновків).*

18. 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.

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 злоякісних 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 $44,4 \pm 11,7$ %, молодшими медичними спеціалістами – на $57,9 \pm 11,3$ %; високою є плинність кадрів – впродовж 2017 р. із закладів охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги звільнилися $15,4 \pm 4,5$ % лікарів і $12,4 \pm 2,1$ % молодших медичних спеціалістів. За результатами соціологічного опитування, $62,8 \pm 4,5$ % лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД, $52,9 \pm 5,6$ % молодших медичних спеціалістів і $45,8 \pm 4,2$ % лікарів-спеціалістів 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 $9,87 \pm 0,08$ % 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±2,4 % правильно усвідомлюють завдання паліативної допомоги, при цьому з них 56,5±2,4 % респондентів не мають достатніх знань з теорії та практики надання паліативної та хоспісної допомоги населенню; більшість опитаних лікарів-спеціалістів (76,7±6,4 %), лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД (70,9±7,2 %), керівників закладів охорони здоров'я (65,5±8,8 %) і лікарів-інтернів (96,2±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±2,7 %), лікарів ЗП-СЛ/лікарів ПМСД (95,7±3,0 %), керівників закладів охорони здоров'я (93,1±4,7 %) і лікарів-спеціалістів (93,0±3,9 %), лікарів ЗОЗ паліативної та хоспісної допомоги (84,8±6,2 %) і медичних працівників неспеціалізованих ЗОЗ (79,0±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 прогностичну 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 ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдирова Т.М. Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор)// Вестник АГИУВ, 2018, № 1. – с. 51–62.
2. Абиджанова Н. Н. Совершенствование паллиативной помощи онкологическим больным в Республике Таджикистан: дисс. к.м.н. / Н. Н. Абиджанова. – Душанбе, 2016. – 145 с.
3. Авксентьева М. В. Экономическая целесообразность длительной искусственной вентиляции легких в домашних условиях при оказании паллиативной медицинской помощи детям / М. В. Авксентьева, Н. Савва, С. В. Царенко [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 2. – С.40–49.
4. Адашева Т. В. Паллиативная медицинская помощь в кардиологии / Т. В. Адашева, О. И. Нестеренко, В. С. Задионченко [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – N 2. – С.42–47.
5. 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.
6. Алексеева И. В. Детский хоспис. Проблемы и пути решения / И. В. Алексеева // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 11–17.
7. Андріішин Л. І. Сучасна стратегія протибольової терапії у паліативному лікуванні онкологічних хворих та результати її практичного застосування в умовах Івано-Франківського госпісу / Л. І. Андріішин, Н. Б. Дацун, І. І. Кулікова // Клінічна та експериментальна патологія. – 2003. – Т.2, № 1. – С. 7–10.
8. Андріішин Л.-О. І. Формування системи доступної паліативної допомоги в Івано-Франківській області / Л.-О. І. Андріішин, А. В. Царенко, Л. С. Малофій [та ін.] // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III

Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 28–31.

9. Андрієши Л. І. Досвід створення першого в Україні стаціонару паліативної допомоги дітям / Л. І. Андрієшин, Р. М. Мельник, І. В. Слугоцька [та ін.] // У зб.: «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-прак. конфер.». / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 48–49.

10. Анопрієнко О. В. Медико-соціальні проблеми надання паліативної допомоги невиліковно хворим дітям в умовах багатoproфільної лікарні / О. В. Анопрієнко // Перший Національний конгрес з паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вересня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://ligalife.com.ua/p.pdf>.

11. Антипкін Ю. Г. Соціально-медичні особливості перинатального менеджменту виходжування дітей, які народилися з екстремально низькою масою тіла. Інноваційні соціально-медичні підходи в наданні паліативної медичної допомоги / Ю. Г. Антипкін, Ю. В. Давидова // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 193–194.

12. Антонова Н. С. Экономическая эффективность хосписов на дому / Н. С. Антонова // Сб. материалов семинара «Хоспис на дому как инновационная структура социально-медицинской помощи гражданам пожилого возраста (15–19.09.2003 г.). – Дубна, 2003. – С. 111–112.

13. Ахметзянов Ф. Ш. Организация оказания паллиативной помощи онкологическим больным в г. Казани / Ф. Ш. Ахметзянов, Н. Г. Шайхутдинов, Р. Ш. Хасанов [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – N 2. – С.44–48.

14. Ашоур А. З. Региональная модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с онкологической патологией в Калининградской области / А. З. Ашоур, А. В. Литовкин, В. Г. Белов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22651>.

15. Бабійчук О. М. Нормативно-правова база паліативної допомоги, як напрямок медичного права. Стан та перспективи розвитку в Україні / О. М. Бабійчук // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти. Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конфер., 20–21.11.2013 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: «Талком». – 2013. – С. 39–44.

16. Барська Ю. Г. Оцінка вартості надання паліативної допомоги онкологічним пацієнтам виїзними паліативними бригадами / Ю. Г. Барська. Н. О. Дацюк, К. Ю. Шлапацька [та ін.] // У зб.: Впровадження стандартів надання паліативної допомоги: матеріали наук.-практ. конф. (26–27.09.2013 р.), м. Івано-Франківськ. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2013. – С.16.

17. Басалаева Н. В. Психологические особенности людей, имеющих онкологические заболевания / Н. В. Басалаева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 87–88.

18. Бачинський В. І. Хоспісна допомога на Волині, стан розвитку за 2003-2011 роки / В. І. Бачинський // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 216–223.

19. Безруков В. В. Синдром помірних когнітивних порушень: Метод. рекомендації / В. В. Безруков, Н. Ю. Бачинська, В. О. Холін [та ін.]. – К., 2007. – 32 с.

20. Беніні Ф. Хартія прав дитини, яка помирає. Триєстська Хартія / Ф. Беніні, П. Дріго, М. Ганжемі [та ін.]. – Фундація Маруцци Лефевр Д'Овідіо, 2013. – 40 с.

21. Березикова О. А. Организация оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в амбулаторных условиях / О. А. Березикова // Заместитель главного врача. – 2014. – № 10. – С. 16–22.

22. Белецкий В. Е. Проблемы паллиативной помощи детям с онкопатологией в Украине / В. Е. Белецкий, А. С. Дудниченко, Д. Э. Рыспаева // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 195–198.

23. Бобров О. Е. Лечение болевого синдрома в онкологии / О. Е. Бобров, Л. Н. Брындигов, А. В. Кравченко [и др.] // Новости медицины и фармации в Украине. – 2005. – № 2. – С. 8–9.

24. Бондар Г. В. Паліативна медична допомога: Навч. посібник / Г. В. Бондар, І. С. Вітенко, О. Ю. Попович. – Донецьк: Донеччина, 2004. – 80 с.

25. Бондарь Г. В. Современные тенденции в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных / Г. В. Бондарь, В. И. Черний, В. Г. Бондарь [и др.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої наук.-практ. конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 66–70.

26. Брацюнь О. П. Участь церков та релігійних організацій у формуванні політики соціальних стандартів у сфері паліативної допомоги та духовній підтримці невиліковно хворих / О. П. Брацюнь // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15–16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 32–36.

27. Бронова В. М. Паліативна допомога: правове регулювання / В. М. Бронова // Управління закладом охорони здоров'я. – 2017. – N 7. – С.15–24.

28. Бугаєвська Н. А. Особливості організації хоспісної допомоги в Республіці Польща / Н. А. Бугаєвська // Медсестринство. – 2016. – № 3. – С. 29–35.

29. Бугаєвська Н. А. Особливості становлення та розвитку паліативно-хоспісної допомоги в Україні / Н. А. Бугаєвська // Медсестринство. – 2017. – № 1. – С. 65–68.

30. Буда Ф. Некоторые аспекты терминальной фазы онкологического заболевания, а также их влияние на пациента и членов его семьи / Ф. Буда. // Мат. межрегион. н.-п. конф. с международн. уч. «Современные проблемы развития паллиативной помощи». – ГОУ ДПО ПКЦПК РЗ. – Пермь, 2009. – С.145–149.

31. Бухвалов С. А. Роль хосписа в обеспечении населения мегаполиса паллиативной помощью / С. А. Бухвалов, А. К. Мартусевич, Д. Н. Улитин // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 4. – С.22–26.

32. Бялик М. А. Место хосписов в системе паллиативной помощи США / М. А. Бялик // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 53–57.

33. Введенская Е. С.¹ О важности определения содержания паллиативной помо-

щи в начале становления службы / Е. С. Введенская // Перший Національний конгрес з паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вересня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://ligalife.com.ua/p.pdf>.

34. Введенская Е. С.² Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения / Е. С. Введенская // Медицинский альманах. – 2012. – № 4 (23). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.medalmanac.ru/file.php?id=1377>.

35. Введенская Е. С.¹ О формировании современного понимания паллиативной помощи / Е. С. Введенская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 3. – С. 29–32.

36. Введенская Е. С.² Смертность больных старше трудоспособного возраста на дому и необходимость организации помощи в конце жизни / Е. С. Введенская // Клиническая геронтология. – 2013. – № 5–6. – С. 41–45.

37. Введенская Е. С.³ О необходимости преподавания вопросов паллиативной помощи в системе высшего медицинского образования / Е. С. Введенская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 31. – № 3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/485/30/lang.ru/>.

38. Введенская Е. С., Даютова М. В. Амбулаторно-поликлиническая помощь больным злокачественными новообразованиями в последний год жизни в системе оказания паллиативной медицинской помощи / Е. С. Введенская, М. В. Даютова // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – Т. 28. – № 2. – С. 115–118.

39. Введенская Е. С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению / Е. С. Введенская // Здравоохранение РФ. – 2014. – № 2. – С. 25–30.

40. Великолуг А. Н. Первый опыт организации хосписов на Европейском севере. Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований / А. Н. Великолуг, М. Н. Панков // Тез. докл. Всерос. конф., 23–25.05.1995. – М., 1995. – С. 27–29.

41. Величко Н. М., Медико-соціальні проблеми становлення паліативної допомоги в Україні / Н. М. Величко, В. В. Чайковська, Т. І. Вялих [та ін.] //

Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15–16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 37–43.

42. Верховна Рада України. Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 № 60/95-ВР. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80>.

43. Верховна Рада України. Закон України «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 № 966-IV. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15#Text>.

44. Верховна Рада України. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р., № 3611-VI. // ВВР, 2012 р., № 12-13. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>.

45. Верховна Рада України. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07 липня 2011 р. № 3612-VI // ВВР, 2012 р., № 12-13. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>

46. Верховна Рада України. Проект Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (номер реєстрації: 3748, дата реєстрації: 11.12.2013). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JG2W400A.html.

47. Верховна Рада України. Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні», 21 квітня 2016 р., № 1338-VIII // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 21, ст.450. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>

48. Верховна Рада України. Круглий стіл 27 квітня 2016 р. на тему: «Паліативна допомога дітям: право на отримання медичної допомоги та

знеболення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://www.rada.gov.ua/news/Novyny/129236.html>.

49. Верховна Рада України. Круглий стіл 23 червня 2016 р. на тему: «Сучасний стан надання паліативної допомоги дорослому населенню, міжнародний досвід та перспективи розвитку в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://iportal.rada.gov.ua/news/Novyny/132183.html>

50. Верховна Рада України. Проект Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», № реєстрації 6634 від 22.06.2017. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH54A00A.html.

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

52. Висоцька О. І. Актуальні проблеми підготовки сімейних лікарів з питань паліативної та хоспісної допомоги / О. І. Висоцька, А. В. Царенко, Л. І. Андрієшин [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – Т. 9. – № 1. – С. 115–116.

53. Вишняков Н. И. Опыт организации службы “Хоспис” в крупном городе / Н. И. Вишняков, Л. А. Зельницкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1995. – № 3. – С. 38–40.

54. ВОЗ. Паллиативное лечение рака // Официальный доклад, основанный на рекомендациях консультативного совещания ВОЗ. (Лидс. 10-11 февраля 1987). – М.: Медицина, 1987. – 623 с.

55. ВОЗ. Обезболивание при раке: Пер. с англ. / ВОЗ. – Женева, 1988. – 74 с.

56. ВОЗ. Обезболивание при раке и паллиативное лечение: Пер. с англ. / ВОЗ. – М.: Медицина, 1992. – № 2. – С. 54–59.

57. ВОЗ. Обезболивание при раке. С описанием системы обеспечения больных опиоидными препаратами. – 2-е изд. Пер. с англ. / ВОЗ. – Женева, 1996. – 71 с.

58. ВОЗ и ЕАПХД. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПХД. Пер. с англ. – М.: Р. Валент, 2014. – 180 с.

59. ВОЗ¹. Рак. // Информационный бюллетень № 297. Ноябрь 2014 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>.

60. ВОЗ². Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Резолюция 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, № А67/31 от 4 апреля 2014 г. – Женева, 2014. – 11 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.

61. ВОЗ. Паллиативная медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ. 2015. № 402. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/\(link_is_external\)](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/(link_is_external)).

62. ВОЗ. Всемирный доклад о старении и здоровье. – Швейцария: Женева, 2016. – 301 с.

63. Вольф О. О. (Wolf A.) Improving the patient safety in palliative care in Ukraine. / A. Wolf, V. Serdiuk, A. Tsarenko, Yu. Gubsky // Patient Safety Research: shaping the European agenda. International Conference Abstracts. – Porto, 2007. – P. 142.

64. Вольф О. О. Медико-соціальна допомога невиліковно хворим (паліативна допомога) в Україні та її вплив на трансформацію суспільства / О. О. Вольф, В. Г. Сердюк, А. В. Царенко // У кн.: Трансформація медицини, медичного знання та освіти: філософські та методологічні аспекти. Матеріали наук.-практ. семінару (з міжнар. участю). 06.02.2008 р., м. Київ. – К.: Фарт, 2008. – С. 13–14.

65. Вольф О. О. Взаємодія між державними та недержавними організаціями заради розвитку паліативної та хоспісної допомоги у Печерському районі Києва // Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Політологія. Соціологія. Право: Зб.наук.праць. – К.:НТУУ «КПІ», 2011. – № 1(9). – С.109–117.

66. Вольф О. О. Глобальні процеси та гуманізація політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та Україні / О. О. Вольф, А. В. Царенко // В кн. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. з міжнар. участю «Соціальна політика щодо невиліковно хворих». – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 21–36.

67. Вольф О. О. Програма циклу тематичного удосконалення «Психологічні, соціальні та юридичні аспекти організації надання медичної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах» / О. О. Вольф, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // У зб.: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конфер. 22–24.04.2015 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2015. – С. 193–196.

68. Вольф О. О. Деякі міжнародні нормативно-правові акти щодо забезпечення реалізації соціальної політики та соціальної роботи в сфері паліативної та хоспісної допомоги / О. О. Вольф // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2. – С. 49–53.

69. Вороненко Ю. В. Паліативна допомога, як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 20-21.11.2013 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Київ : Талком, 2013. – С. 49-62.

70. 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.

71. Вороненко Ю. В.¹ 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.

72. Вороненко Ю.В.² Питання розвитку паліативної допомоги дітям в Україні / Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич, В. Ю. Мартинюк // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1. – С. 27–33.

73. Вороненко Ю. В.¹ Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока, [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. /

За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 284–301.

74. Вороненко Ю. В.² Організація паліативної допомоги дітям в Україні – вимога часу / Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич [та ін.] // Современная педиатрия. – 2016. – № 3 (75). – С. 10 – 14.

75. Воронін А. В. Організація та надання паліативної медичної допомоги в умовах багатoproфільної клінічної лікарні / А. В. Воронін, З. В. Максимова, Я. В. Коваленко [та ін.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 212–215.

76. Воронова Е. А. Организационно-методические предпосылки формирования центра паллиативной помощи в условиях крупного промышленного города / Е. А. Воронова, М. Я. Подлужная, Г. М. Злобина. – Пермь: ГОУ ДПО ПКЦПК РЗ, 2013. – 136 с.

77. Выговская О. Н. Подготовка медсестер в системе оказания паллиативной медицинской помощи // Медицинская сестра. – 2015. – № 4. – С. 50–51.

78. Гамм И. Е. Совершенствование помощи онкологическим больным в амбулаторных условиях (на примере Германии): Автореф. дис. к. мед. н. / И. Е. Гамм. – Уфа, 2005. – 32 с.

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

80. Гнездилов А. В. Проблемы хосписной службы в России / А. В. Гнездилов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.Н. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 175–178.

81. Гнездилов А.В. Руководство по психотерапии в онкологической клинике и хосписе / А. В. Гнездилов. – СПб., 1995. – 201 с.

82. Гойда Н. Г.¹ Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, В. М. Князевич, А. В. Царенко // Збірн. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. –

2014. – Вип. 23. – Книга 3. – С. 101–115.

83. Гойда Н. Г.² Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хоспісної допомоги у складі мультидисциплінарної команди / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // У зб.: «Матеріали наук.-практ. конфер. «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи». 3–4.04.2014 р. – Черкаси. – 2014. – С. 47–52.

84. Гойда Н. Г.¹ 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, Р. О. Моїсеєнко // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік. / За ред. О. Квіташвілі; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2015. – С. 284–298.

85. Гойда Н. Г.² Організаційні аспекти створення системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Н. Г. Гойда, А. В. Царенко, В. М. Князевич, Ю. І. Губський // У зб.: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конфер. 22–24.04.2015 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2015. – С. 32–48.

86. Гойда Н. Г.³ 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 (2). – С. 23–30.

87. Гойдик В. С. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги при ВІЛ-інфекції / В. С. Гойдик, В. В. Шухтін, А. І. Гоженко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 136–139.

88. Голяченко А. О. Українська людність вимирає / А. О. Голяченко, В. Л. Смірнова, О. М. Левченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 4. – С. 23–27.

89. Гончарь М. О. Принципи надання паліативної допомоги дітям / М. О. Гон-

чарь, О. О. Ріга, А. Ю. Пеньков. – Харків : ХНМУ, 2016. – 112 с.

90. Горачук В. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги: автореф. дис. докт. мед. наук / В. В. Горачук. – К., 2015. – 44 с.

91. Горбаль А. Дані для паліативної допомоги: міжнародний досвід, українська практика, стандарти, індикатори, оцінки / А. Горбаль, Є. Горох, Р. Насрідінов [та ін.]. – К.: Український центр суспільних даних, 2018. – 60 с.

92. Горчакова А. Г. Трудные разговоры в медицине / А. Г. Горчакова, И. В. Подберёзкин // ОБО Белорусский детский хоспис. – 2014. – С. 8–9.

93. Грузева Т. С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики «Здоров'я – 2020» / Т. С. Грузева // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1 (110), вип. 3. – С. 25–33.

94. Губський Ю. І. (Gubskiy Yu.). Opieka paliatywna na Ukrainie: osiagniecia i perspektywy / Yu. Gubsky, W. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, A. Tsarenko, A. Wolf // Clinical and Experimental Letters. – 2007. – Vol. 48. – Suppl. B. – P. 23–24.

95. Губський Ю. І. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Скорина [та ін.] // У зб.: «Право на медичну допомогу в Україні – 2008. Харківська правозахисна група». – Харків: Права людини, 2009. – С. 224–266.

96. Губський Ю. І. (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, A. Dashchenko // 11-th Congress of the European Association for Palliative Care. 7–10.05.2009. Abstracts. – Austria. Vienna, 2009. – P. 120.

97. Губський Ю. І.¹ Післядипломна підготовка фахівців як умова забезпечення відповідної якості паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. І. Толстих [та ін.]. // У кн.: Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. (Київ, 22 жовтня 2010 року). – С. 29.

98. Губський Ю. І.² Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV. – № 1. – С. 26-28.

99. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної медицини як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 16–18.

100. Губський Ю. І. Формулярна система в паліативній та хоспісній медицині: концептуальні підходи та досвід стороння першого державного формуляру; аналгетичні засоби / Ю. І. Губський, А. М. Морозов, О. Є. Бобров [та ін.]. // Фармацевтичний журнал. – 2011, № 2. – С. 14–17.

101. Губський Ю. І., Хобзей М. К. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – К.: Здоров'я, 2011. – 352 с.

102. Губський Ю. І. Забезпечення співпраці сімейних лікарів і фахівців служби паліативної та хоспісної медицини в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук [та ін.] // Сімейна медицина. – 2011. – № 4. – С. 62–66.

103. Губський Ю. І.¹ Покращення міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Вольф [та ін.] // У кн.: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. з міжнар. участю «Соціальна політика щодо невиліковно хворих». – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 3–20.

104. Губський Ю. І.² Стан та організація паліативної та хоспісної медицини: український вимір / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук [та ін.] // У зб. Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. 26–27.09. 2012 р. – Київ, 2012. – С. 55–56.

105. Губський Ю. І. Проблема болю в паліативній медицині: соціальний виклик та молекулярна фармакологія / Ю. І. Губський. // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2013. – № 6 (36). – С. 85–90.

106. Губский Ю. И. Оптимизация последипломной подготовки врача общей практики-семейного врача по вопросам паллиативной и хосписной помощи

населенню в Україні / 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.

107. Губський Ю. І.¹ Нормативно-правові вимоги України до рецептів на лікарські засоби групи наркотичних анальгетиків / Ю. І. Губський, О. О. Нагорна, А. В. Царенко // Реєстр галузевих нововведень. – № 364/1/14. – 2014.

108. Губський Ю. І.² Оптимальна модель надання амбулаторної паліативної та хоспісної допомоги міському населенню в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. І. Толстих, О. П. Брацюнь // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. Реєстр № 365/1/14. – 2014.

109. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 68–74.

110. Губський Ю. І.¹ Інноваційні підходи до організації паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, В. В. Чайковська, А. В. Царенко, Т. І. Вялих // Проблемы старения и долголетия. – 2016. – Т. 25. – Приложение. – С. 117.

111. Губський Ю. І.² Наукове обґрунтування інноваційної організаційно-функціональної моделі надання паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – № 62/3/16. - 2016.

112. Губський Ю. І. Паліативна допомога та еутаназія: медико-соціальні, біоетичні, правові аспекти / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 1–2. – С. 87–97.

113. Губський Ю. І. Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболання: Навчальний посібник / Ю. І. Губський, Л. В. Коношевич, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] / За ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2019. – 145 с.

114. Данилюк К. В. Сучасний зарубіжний досвід застосування організаційного механізму державного управління паліативною та хоспісною допомогою / К. В. Данилюк // Вісник НАДУ при Президентіві України. Серія «Державне управління». – 2017. – № 2. – С. 79–86.

115. Данилюк К. В. Організаційний механізм державного управління паліативною та хоспісною допомогою / К. В. Данилюк // Дис. канд. наук з держ. управл. (доктора філософії). – Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України. – К., 2018. – 242 с.

116. Дацюк Н. О. Фізична доступність пероральних форм опіоїдних анальгетиків в аптечних закладах України: проміжні результати / Н.О. Дацюк // Паліативна допомога: інформ. бюлетень. Українська ліга паліативної та хоспісної допомоги. – К. : «Інтерекспресдрук», 2014. – № 3. – С. 23 – 25.

117. Дацюк Н. О. Наукові підходи до оптимізації системи забезпечення наркотичними анальгетиками населення України як складової паліативної допомоги / Н. О. Дацюк // Дис. канд. фарм. наук. – К., 2017. – 185 с.

118. Де Блок Йос. Организация медпомощи в Голландии / Йос Де Блок // Врачи РФ. 16 июля 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://vrachirf.ru/concilium/61940.html>.

119. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

120. Державна служба статистики України. Статистичні таблиці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c_files/az.html#top.

121. Державна служба статистики України. Населення України за 2017 рік. Демографічний щорічник. – К., 2018. – 138 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2018/zb_dy_2017.pdf.

122. Державна служба статистики України. Збірник «Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2018 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publnew1/2018/zb_rpnu2018.pdf.

123. Державна служба статистики України. Зб.: «Чисельність наявного населення України на 1 січня 2019 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2019/zb_chnn2019.pdf.

124. Децик О. З. До питання про удосконалення підготовки медичного персоналу для надання паліативної допомоги / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Східно-європейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – Спецвипуск. – С.26–27.

125. Децик О. З. Про необхідність удосконалення системи підготовки медичних кадрів для паліативної допомоги / О. З. Децик, Н. І. Кольцова, Ж. М. Золотарьова // Впровадження стандартів паліативної допомоги. Матеріали науково-практичної конференції: Наукове видання / Ред. І. П. Вакалюк, О. З. Децик. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2013. – С. 50–53.

126. Децик О. З.¹ Паліативна допомога: проблеми сімей інкурабельних хворих / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1. – С. 55–59.

127. Децик О.З.² Організаційна технологія протидії та подолання професійного вигорання медичних працівників сфери паліативної допомоги / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2 (2). – С. 93–97.

128. Децик О. З. Здобутки впровадження та перспективи розвитку дитячої паліативної допомоги на Прикарпатті / О. З. Децик, Р. М. Мельник, Г. П. Кузнецова // Реабілітація та паліативна медицина. – 2016. – № 1. – С.49–52.

129. Децик О. З. Вплив появи важкохворої дитини на соціальний статус її родини / О. З. Децик, Р. М. Мельник // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 16–21.

130. Децик О. З.¹ Аналіз бачення медичних працівників щодо проблем організації педіатричної паліативної допомоги в Україні / О. З. Децик, Р. М. Мельник // Економіка і право охорони здоров'я. – 2018. – № 2 (8). – С. 17–22.

131. Децик О. З.² Аналіз соціально-психологічних характеристик найближчих родичів важко хворих дітей / О. З. Децик, Р. М. Мельник // Реабілітація та паліативна медицина. – 2018. – № 1 (7). – С. 63–67.

132. Добровольская Е. П. Проблемы и перспективы развития паллиативной и хосписной помощи в Украине и других странах мира / Е. П. Добровольская, М. А. Федун // У кн.: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо невиліковно хворих» (15-16.03.2012 р.). – К.:

Університет «Україна», 2012. – С. 60–63.

133. Дружинин А. Е. Роль и место государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Центр паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» в системе оказания паллиативной медицинской помощи / А. Е. Дружинин, А. А. Соколов, Н. Г. Гончарова [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 2. – С. 21–25.

134. Дудар О. В'язні лікарняних палат: чому в Україні безнадійно хворим відмовляють у праві на гідну смерть / О. Дудар. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://dyvys.info/2016/09/30/v-yazni-likarnyanyh-palat-chomu-v/>.

135. Дубич К. В. PESTL-аналіз сучасного стану державного управління паліативною та хоспісною допомогою в Україні / К. В. Дубич, К. В. Данилюк // Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. наук. фахове видан. – 2017. – № 5. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1075>.

136. Дячук Д. Д. Порівняльна характеристика обсягів паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим у медичних закладах різного профілю // Медичні перспективи. – 2002. – Т. 7, № 4. – С. 124–127.

137. Дячук Д. Д.¹ Організаційні підходи до надання паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 48–54.

138. Дячук Д. Д.² Наукове обґрунтування організації паліативної медичної допомоги онкологічним хворим у термінальній стадії. Автореф. дис. канд. мед. наук. – К., 2003. – 19 с.

139. ЄАПД. Біла книга стандартів з паліативної допомоги. Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги, 2011. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://ligalife.com.ua/2011/paliativna/standart/4parent-kontekst-ta-metodologiya/>.

140. ЄАПД. Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини». – ЄАПД. – 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>.

141. Егорова А. Г. Региональная организационная модель паллиативной меди-

цинской помощи онкологическим больным Самарской области и система управления ее качеством / А. Г. Егорова, С. Н. Ищеряков, А. Н. Сомов [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 4. – С.5–10.

142. Егорова Л. В. Анализ потребностей и организация медико-социальной помощи людям пожилого возраста (аналитический обзор) / Л. В. Егорова, В. В. Чайковская, В. В. Величко, Т. И. Вялых // Актуал. пробл. теоретич. и клинич. медицины. – 2015. – № 1–2. – С. 41–48.

143. Экзархов В. О. (Экзархо В. А.). Консолидирующая роль областных центров хосписной помощи в системе паллиативной помощи в Украине / В. А. Экзархов // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, 8-9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 180–186.

144. Экзархова В. В. (Экзархова В. В.). Аспекты организации стационарной хосписной помощи постинсультным больным / В. В. Экзархова // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: Всеукраїнська науково-практична конференція, 15-16 березня 2012 р. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 71–76.

145. Зарубина Н. М. Психологические аспекты помощи пациентам, семье и персоналу хосписа / Н. М. Зарубина // Сб. материалов семинара «Хоспис на дому как инновационная структура социально-медицинской помощи гражданам пожилого возраста (15-19.09.2003 г.)». – Дубна, 2003. – С. 53–62.

146. Захарочкина Е. Р. Обзор нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи / Е. Р. Захарочкина // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 4. – С. 16–23.

147. Зикиряходжаев Д. З. Паллиативная помощь в онкологии: метод. рекомендации / Д. З. Зикиряходжаев, Н. Н. Абиджанова, З. Х. Хусейнов [и др.]. – Душанбе, 2012. – 16 с.

148. Золотарьова Ж. М. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги: автореф. дис. канд. мед. наук / Ж. М. Золотарьова – К.: НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2015. – 26 с.

149. Зелинская Д. И. Паллиативная помощь детям в Российской Федерации /

Д. И. Зелинская // Консилиум главных врачей. – 2014. – № 2. – С. 15–23.

150. Зинченко И. А. Опыт работы кабинета паллиативной медицинской помощи ГУЗ «Клиническая поликлиника № 28» города Волгограда / И. А. Зинченко // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2017. – № 4. – С.40–41.

151. Зорза В. Путь к смерти: жить до конца / В. Зорза. – М.: Прогресс, 1990. – 246 с.

152. Зотов П. Б. Клинические аспекты оценки интенсивности хронической боли в паллиативной онкологии / П. Б. Зотов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 1. – С. 32–37.

153. Зотов П. П. Суицидальное поведение онкологических больных / П. П. Зотов // Паллиативная медицина. – 2005. – № 4. – С. 25–29.

154. Индекс здоров'я. Україна 2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://health-index.com.ua/>.

155. Игнатенко Е. А. Организация хосписа на дому / Е. А. Игнатенко // Сборник материалов семинара «Хоспис на дому как инновационная структура социально-медицинской помощи гражданам пожилого возраста (15–19.09.2003 г.)». – Дубна, 2003. – С. 53–62.

156. Индейкин Е. Н. Сестринская помощь на дому: опыт США / Е. Н. Индейкин. // Главный врач. – 2004. – № 3. – С. 22–29.

157. Ильницкий А. Н. Последипломное обучение по паллиативной помощи в гериатрии / А. Н. Ильницкий // Медицинская сестра. – 2015. – № 4. – С. 30–31.

158. Кабінет Міністрів України. Постанова від 29.12.2009 № 1417 «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» із змінами та доповненнями. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1417-2009-%D0%BF#Text>.

159. Кабінет Міністрів України. Постанова від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>.

160. Кабінет Міністрів України. Розпорядження від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український

вимір». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>.

161. Кабінет Міністрів України. Постанова КМУ від 13.05.2013 № 333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF>.

162. Кабінет Міністрів України. Постанова від 23.12.2015 № 1093 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2009 р. № 1417». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1093-2015-%D0%BF#Text>.

163. Кабінет Міністрів України. Проект розпорядження «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT2577.html.

164. Кабінет Міністрів України. Розпорядження від 26.09.2018 р. № 688-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/688-2018-%D1%80#Text>.

165. Кабінет Міністрів України. Постанова від 10.07.2019 р. № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/675-2019-%D0%BF>.

166. Кабінет Міністрів України. Проект розпорядження «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5670-pro_20180621_1.pdf.

167. Каптач И. Паллиативный уход за больными в Польше / И. Каптач // Форум долгосрочной опеки. – 2014. – № 1 (1). – С. 6–8.

168. Караулова В. Г. Модель паллиативной медицины в условиях модернизации здравоохранения региона / В. Г. Караулова // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 11–12. – С. 73–74.

169. Князевич В. М. Паліативна і хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна – здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11/09). – С. 55–63.

170. Князевич В. М. Роль громадськості у становленні та розвитку паліативної допомоги в Україні / В. М. Князевич // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 16–23.

171. Князевич В. М.¹ Національна Стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні (проект) / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко, О. П. Брацюнь // Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. (м. Ірпінь, 26–27.09.2012 р.). – К.: Видавничий дім «Калита», 2013. – С. 7–14.

172. Князевич В. М.² Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко, О. П. Брацюнь // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4–7.

173. Князевич В. М. Стан, основні проблеми і перспективи розвитку системи паліативної допомоги в Україні / В. М. Князевич // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. / За ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – С. 372–384.

174. Князевич В. М.¹ Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1. – С. 62–67.

175. Князевич В. М.² Перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні / В. М. Князевич // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2. – С. 131–134.

176. Конев Ю. В. Паллиативная помощь в гериатрии / Ю. В. Конев, И. А. Трубникова // *Клин. геронтология*. – 2016. – Т. 22, № 1–2. – С. 37–40.

177. Коган А. В. Основные проблемы организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным в Санкт-Петербурге / А. В. Коган, И. Д. Михневская, А. И. Фролова. // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2001. – № 3–4. – С. 41–49.

178. Косенок В. К. Новые подходы в паллиативном лечении больных злокачественными новообразованиями / В. К. Косенок, В. В. Педдер, В. Н. Мироненко [и др.] // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2008. – № 2. – С. 5–11.

179. Косолапов В. П. Современное состояние паллиативной медицинской помощи на региональном уровне (на примере Воронежской области) / В. П. Косолапов, Ю. М. Чубирко, Г. В. Сыч [и др.] // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2017. – № 2. – С. 163–171.

180. Кринична І. П. Формування та розвиток ефективної паліативної та хоспісної допомоги в Україні: державно-управлінський аспект / І. П. Кринична // *Проблемы старения и долголетия*. – 2016. – Т. 25. – С. 121.

181. Криничний Ю. В. Шляхи удосконалення системи охорони здоров'я у сфері впровадження паліативної та хоспісної допомоги на регіональному рівні (на прикладі Дніпропетровської області) / Ю. В. Криничний, Ю. Ю. Щетко // *Проблемы старения и долголетия*. – 2016. – Т. 25. – С. 122

182. Криничний Ю. В. Практична реалізація стратегії впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Криничний, О. В. Лугова // *Реабілітація та паліативна медицина*. – 2016. – № 1. – С. 14–19.

183. Кром И. Л. Тенденции институционализации паллиативной помощи взрослому населению в современной России / И. Л. Кром, М. В. Еругина, А. Б. Шмеркевич // *Sociology of Medicine, Russian journal*. – 2016; 15 (1). – С. 14–18.

184. Кром И. Л. Обьективизация стратегий паллиативной помощи больным хроническими заболеваниями в контексте региональной модели / И. Л. Кром, М. В. Еругина, А. Б. Шмеркевич [и др.] // *Социология медицины*. – 2017. – № 1. – С. 62–64.

185. Крюков С. А. Державне управління в сфері медико-соціальної допомоги безнадійно хворим. / С. А. Крюков // Автореф. дис. канд. наук з держ управл. – Донецька державна академія управління Міністерства освіти і науки України, Донецьк, 2002. – 20 с.

186. Крюков С. А. Сучасні проблеми державного управління у галузі надання медико-соціальної допомоги безнадійно хворим / С. А. Крюков // Вісник Української Академії державного управління при президентові України. – 2005. – № 2, ч.2. – С. 186–192.

187. Кубарєва І. В. Аналіз нормативно-правового регулювання надання паліативної допомоги в Україні / І. В. Кубарєва, А. А. Котвіцька, М. С. Бекетова // Scientific Journal «ScienceRise: Pharmaceutical Science». – 2017. – № 4 (8). – С. 27–31.

188. Кудряшова Л. Н. Организация паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в Республике Башкортостан / Л. Н. Кудряшова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 2. – С.39–43.

189. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. – 2010. – № 1. – С. 34–39.

190. Кужель І. Р. Медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими, в умовах паліативної медицини / І. Р. Кужель // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Харків, 2011. – 24 с.

191. Кумирова Э. В. История развития и принципы организации паллиативной медицинской помощи детям / Э. В. Кумирова, А. Г. Притыко // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 2. – С.48–54.

192. Леонова О. Н. Паллиативная медицина в онкологии / О. Н. Леонова, В. В. Рассохин // Мед. академ. журн. – 2016. – Т. 16, № 1. – С. 106–108.

193. Лехан В.М. Демографічна та онкологічна ситуація в Україні і Херсонській області / В. М. Лехан, О. Л. Зюков, Д. Д. Дячук // Медичні перспективи. – 2002. – Т.7, № 3. – С. 113–117.

194. Лехан В. М. Організаційна модель системи паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим / В. М. Лехан, Д. Д. Дячук // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 35–42.

195. Лехан В. М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–18.

196. Лехан В. М. Медико-соціальне обґрунтування цільової моделі хоспісної допомоги в Дніпропетровській області / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 40–45.

197. Лінніков С. В. Паліативна медицина як ключова ланка реформування системи медичної допомоги в Україні / С. В. Лінніков // Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. – 2015, Том 14. Вип. 3 (31). – С. 218–228.

198. Марабян Р. (Marabyan R.). Are present the local palliative care protocol for children in institutions? / R. Marabyan, A. Penkov, O. Riga [et all.] // У зб.: Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-прак. конфер. / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – К., 2014. – С. 59–60.

199. Маркова М. В. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Медична психологія. – 2013. – № 1. – С. 7–13.

200. Масляков В.В. Результаты деятельности центра паллиативной помощи по лечению пациентов с онкологической патологией / В. В. Масляков, О. И. Дралина, И. В. Зепп [и др.] // Вестник медицинского института Реавиз. – 2016. – № 1. – С. 34–38.

201. Матюха Л. Ф. Методичні рекомендації «Розробка локального протоколу паліативної медичної допомоги при лікуванні хронічного больового синдрому» (38.16/79.16). Затверджено МОЗ України 14.04.2016 / Л. Ф. Матюха, Л. С. Бабінець, Н. В. Медведовська [та ін.]. – К., 2016. – 40 с.

202. Матюха Л. Ф. Оптимізація міжсекторальної співпраці сімейних лікарів та соціальних працівників у процесі надання соціально-медичних послуг групам підвищеного ризику інфікування ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ / Л. Ф. Матюха, Г. В. Бацюра, О. К. Надута-Скринник [та ін.] // Методичні рекомендації для лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина», соціальних працівників. – Київ, 2017. – 40 с.

203. Матюха Л. Ф. Особливості психологічного аспекту роботи медиків первинного контакту при наданні паліативної допомоги пацієнту та його родині / Л. Ф. Матюха, Н. В. Медведовська, Л. Г. Матвієць // Реабілітація та паліативна медицина. – 2018. – № 1 (7). – С. 24–30.

204. Матыцин Н.О. Государственный контроль качества палиативной помощи: анализ нарушений и ответственность медорганизаций / Н. О. Матыцин, А. В. Прыкин, С. В. Ковалев [и др.] // Управление качеством в здравоохранении. – 2017. – №4. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://vip.iglms.ru/#/document/189/605550/ade56415-287d-4742-aaf9-0b28d50e0b67/?of=copy-5fdbf68cea>.

205. МЗ и СР РК. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 февраля 2015 года № 96 «Об утверждении перечня категорий населения, которым оказывается палиативная помощь и сестринский уход». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=33435805#pos=0;0.

206. МЗ РФ. Приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания палиативной медицинской помощи взрослому населению». // Главная медицинская сестра. – 2015. – № 7. – С. 117–149.

207. МЗ РФ. Одиноким предоставляется: 70% хосписов заняты непрофильными пациентами. – 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://iz.ru/895951/valeriia-nodelman/odinokim-predostavliaetsia-70-khospisov-zaniaty-neprofilnymi-patcientami?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop.

208. МЗ РФ. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://rg.ru/2019/07/02/minzdrav-prikaz348-site-dok.html>.

209. МЗ РФ, Минтруд РФ. – 2019. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 г. № 345н/372н г. Москва «Об утверждении Положения об организации оказания палиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслужива-

ния и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 июня 2019 г. Регистрационный № 55053. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://rg.ru/2019/07/01/azakoni-dok.html>.

210. Мельничук Р. The role of non-governmental organisations in UK hospice care provision / Р. Мельничук // У кн.: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо невиліковно хворих» (15-16.03.2012 р.). – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 87–94.

211. Мешкова О. М. Медико-психологічні проблеми сімей тяжкохворих дітей / О. М. Мешкова, О. В. Анопрієнко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, 8–9 листопада 2012 р. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 156–158.

212. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації на 2002-2011 роки». – К.: ОФ, 2002. – 88 с.

213. Міністерство праці та соціальної політики України та МОЗ України. Спільний наказ від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 за № 1209/1148. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-05#Text>.

214. Мінсоцполітики України та МОЗ України. Спільний наказ від 23.05.2014 № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0625-14#Text>.

215. Мінсоцполітики України. Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» від 29.01.2016 № 58. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0247-16#Text>.

216. Мінсоцполітики України. Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Типового положення про відділення паліативного догляду

громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю» від 09.08.2017 № 1293. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1078-17#Text>.

217. Миллионщикова В. В. Хоспис – перспективы развития / В. В. Миллионщикова // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 16–17.

218. Миллионщикова В.В. Хосписы / В. В. Миллионщикова, П. Н. Лопанов, С. А. Полишкис. – М.: ГРАНТЪ, 2003. – 280 с.

219. Миллионщикова В. В. Хоспис – последний приют на земле / В. В. Миллионщикова, Н. Плавунев // Врач. – 2005. – № 3. – С. 30–31.

220. МКХ 10. Міжнародний класифікатор хвороб. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkkh10>.

221. Мовчун Н. А. Помощь на дому людям пожилого возраста: формы и методы (аналитический обзор) / Н. А. Мовчун, В. В. Чайковская, А. К. Ешманова // Актуал. пробл. теоретич. и клинич. медицины. – 2015. – № 1–2. – С. 35–40.

222. МОЗ України. Наказ від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (зі змінами). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html.

223. МОЗ України. Наказ від 02.09.2003 № 408 «Про забезпечення виконання доручень Президента України від 04.08.03 № 1-1/952, Прем'єр-міністра України від 06.08.03 № 46886 та Кабінету Міністрів України від 09.08.03 № 46886». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://docs.dtkr.ua/doc/v0408282-03>.

224. МОЗ України. Наказ від 03.07.2007 № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0368282-07>.

225. МОЗ України. Наказ від 27.12.2007 № 866 «Про затвердження примірних положень про хоспис та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://www.antiids.org/news/ukraine/2105.html>.

226. МОЗ України. Наказ МОЗ України від 17.04.2008 р. № 210 «Про створення

Координаційної ради з паліативної та хоспісної допомоги при МОЗ України». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ8187?ed=2008_04_17&an=19.

227. МОЗ України. Рішення Колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://www.apteka.ua/article/39608>.

228. МОЗ України. Наказ від 11.06.2010 № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню "Хоспіс" (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ11451.html.

229. МОЗ України. Наказ від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0420282-11>.

230. МОЗ України. Наказ 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». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz14645?an=1&ed=2011_11_07.

231. МОЗ України. Наказ від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakononline.com.ua/documents/show/898>.

232. МОЗ України. Повідомлення від 16.03.2012 р. «Про оприлюднення проекту Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (номер реєстрації: 3748, дата реєстрації: 11.12.2013). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=3748&skl=8

233. МОЗ України. Наказ 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». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ15687?an=1>.

234. МОЗ України. Наказ від 03.08.2012 № 602 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна [спеціалізована] медична допомога, медична реабілітація)». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ16323.html.

235. МОЗ України. Наказ від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13#Text>.

236. МОЗ України. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт». Затверджено наказом МОЗ України від 17.04.2014 № 275. – К.: ДП «Державний експертний центр МОЗ України», 2014. – 96 с.

237. МОЗ України. Наказ від 24.02.2015 № 92 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. «ВІЛ-інфекція». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://www.pw.org.ua/wp-content/uploads/2018/04/Protokol_ART_children.pdf.

238. МОЗ України. Наказ від 07.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1028-15>.

239. МОЗ України. Наказ від 19.07.2016 № 736 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Деменція». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_736_ukpmd_dem.pdf.

240. МОЗ України. Наказ від № 801 від 29.07.2016 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної)

допомоги та положень про його підрозділи». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>.

241. МОЗ України. Наказ від 18.08.2016 № 861 «Про затвердження складу міжвідомчої робочої групи по розробці проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://document.ua/pro-zatverdzhennja-skladu-mizhvidomchoyi-robochoyi-grupi-po--doc281139.html>.

242. МОЗ України. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / В. І. Іволгін, Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич, Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. – МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – С. 266–293.

243. МОЗ України. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – К., 2017. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.

244. МОЗ України. Цироз печінки та його ускладнення. Клінічна настанова. – К.: ДП «Державний експертний центр МОЗ України», 2017. – 95 с.

245. МОЗ України. Наказ від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>.

246. МОЗ України. Офіційний сайт від 21.06.2018 р. Громадське обговорення проекту розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://moz.gov.ua/gromadske-obgovorennja>.

247. Моїсеєнко Р. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги дітям і матерям: автореф. дис. докт. мед. наук / Р. О. Моїсеєнко. – Київ, 2013. – 44 с.

248. Моїсеєнко Р. О. Паліативна підтримка дітей в Україні як складова системи педіатричної допомоги / Р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич // Реабілітація та

паліативна медицина. – 2015. – № 2. – С. 31–38.

249. Моїсеєнко Р. О. Соціальна педіатрія: фокус на медико-соціальний супровід дітей з особливими потребами та паліативна допомога в педіатрії / Р. О. Моїсеєнко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2016. – № 1 (4). – С.10–13.

250. Москаленко В. Ф. Старіння та здоров'я: глобальні виклики та підходи до їх вирішення / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 231–237.

251. Москвяк Є. Й. Місце “Госпісу” в системі медичної допомоги / Є. Й. Москвяк, Б. Т. Білінський // VII Конгрес світової федерації українських лікарських товариств // Українські медичні вісті. – 1998. – Т.2, ч.1. – С. 44.

252. Москвяк Є. Й. Організаційні проблеми надання допомоги інкурабельним онкологічним хворим / Є. Й. Москвяк, Б. Т. Білінський // Лікарська справа. – 2000. – № 2. – С. 28-29.

253. Москвяк Є.Й., Медико-психологічна допомога хворому госпісу / Є. Й. Москвяк, І. Й. Влох, О.С. Фітькало // Гігієнічні проблеми сучасного суспільства. – К., 2000. – С. 102–104.

254. Москвяк Є.Й.¹ Про передумови – як критерії потреби в організації медично-соціальної допомоги типу “Госпіс” для невиліковних хворих в Україні / Є. Й. Москвяк // Acta medica Leopoldensia. – 2006. – Vol. 12, № 2. – С. 109–113.

255. Москвяк Є.Й.² Ретроспективний аналіз наукових підходів до вирішення проблеми невиліковних хворих / Є. Й. Москвяк // Практична медицина. – 2006. – Т.12, № 4. – С. 128-136.

256. Москвяк Є. Й. Медико-соціальне обґрунтування створення закладів паліативної медицини: автореф. дис. канд. мед. наук / Є. Й. Москвяк. – К., 2007. – 28 с.

257. Москвяк Є. Й.¹ Забезпечення якості життя на термінальному етапі онкологічних хворих / Є. Й. Москвяк // Практична медицина. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 68–76.

258. Москвяк Є. Й.² Про європейський стандарт щодо дотримання прав і свобод людини/пацієнта в процесі організації та надання паліативної допомоги в умовах медичного закладу «Госпіс» / Є. Й. Москвяк // Східноєвропейський журнал

громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 264–267.

259. Мухаровська І. Р. Клініко-психологічна характеристика психоемоційних порушень та система медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці (феноменологія, механізми психопатогенезу та адаптаційна модель психоонкологічної допомоги). Автореф. дис. докт. мед. наук. / І. Р. Мухаровська. – Харків, 2018. – 35 с.

260. Невзорова Д. В. Важнейшие аспекты оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации / Д. В. Невзорова // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 4. – С.33–38.

261. Невзорова Д. В. Обучение персонала и пациентов при организации паллиативной помощи в поликлинике / Д. В. Невзорова, А. А. Тяжельников, А. В. Юмукян [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – № 2. – С. 74–79.

262. Нестеренко О. И. Паллиативная медицинская помощь в кардиологии – миф или реальность? / О. И. Нестеренко., Т. В. Адашева, Г. А. Новиков [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 2. – С. 5–10.

263. НКРУ. Национальный канцер-реестр Украины. // Бюлетень Національного канцер-реєстру № 16 – «Рак в Україні, 2013-2014». [Електроний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm.

264. НІСД. Національний інститут стратегічних досліджень. Напрями удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України: аналітична записка. – 2017. [Електроний ресурс]. – Режим доступу: URL: www.niss.gov.ua/articles/934.

265. Новиков Г. А. Основы паллиативной помощи онкологическим больным с хронической болью: Дис. докт. мед. наук. / Г. А. Новиков. – Москва, 1994. – 224 с.

266. Новиков Г. А. Концепция организации специализированных центров паллиативной медицины и реабилитации / Г. А. Новиков, Н. Ф. Плавун, А. М. Сдвижкова [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 2. – С. 8.

267. Новиков Г.А. Хроническая боль – проблема паллиативной помощи в онкологии / Г. А. Новиков Осипова Н.А., Вайсман М.А. // Тез. докл. Рос. науч. конф. “Клинические и теоретические аспекты боли”. – М., 2002. – С. 96-97.

268. Новиков Г. А. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью / Г. А. Новиков, В. В. Самойленко, С. В. Рудой [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008. – № 4. – С.5–10.

269. Новиков Г. А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г. А. Новиков, В. В. Самойленко, С. В. Рудой [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2010. – № 4. – С. 6–10.

270. Новиков Г. А. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Некоторые итоги и перспективы / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман [и др.]. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 5–12.

271. Новиков Г. А. Паллиативная медицинская помощь в гериатрии - неотъемлемая часть стратегии развития паллиативной медицины в России / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман [и др.]. // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С.63–68.

272. Новиков Г. А. Экономические аспекты лечения хронической боли на примере прямых затрат для терапии боли слабой и умеренной интенсивности / Г. А. Новиков, О. В. Зеленова, С. В. Рудой [и др.]. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2017. – № 4. – С.5–12.

273. Новиков Г. А. Паллиативная медицинская помощь онкологическим пациентам в финальный период жизни / Г. А. Новиков, М. А. Вайсман, С. В. Рудой // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2017. – № 1. – С.49–50.

274. Новиков Г. А. Социологическое исследование потребности населения страны в качественной паллиативной медицинской помощи / Г. А. Новиков, О. В. Зеленова, Е. С. Введенская [и др.]. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 2. – С. 5–8.

275. Осетрова О. О. Впровадження хоспісів як складник сучасної соціальної політики держави // В кн. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. з міжнарод. участю «Соціальна політика щодо невиліковно хворих». – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 107–113.

276. ООН. Совет по правам человека. Доклад Манфреда Новака, Специального докладчика по вопросам пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих

достоинство видов обращения и наказания, A/HRC/10/44, 14 января 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.44AEV.pdf>.

277. Орлова Т. В. Особенности общения медсестры с умирающими пациентами // Медицинская сестра. – 2015. – № 1. – С. 28–33.

278. Паліативна та хоспісна допомога: підручник / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, В. М. Князевич [та ін.]; за ред.: Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Вінниця: Нова Книга, 2017. – 392 с.

279. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я. Дис. д. мед. н./І. Я. Пінчук. – К., 2011. – 418 с.

280. Пінчук І. Я. Нова модель надання амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам з деменцією (Методичні рекомендації). Київ, 2017. / І. Я. Пінчук, О. М. Мишаківська, О. В. Колодежний // Реабілітація та паліативна медицина. – 2017. – № 1–2 (5–6). – С. 44–52.

281. Пономарева И. П. Особенности паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с точки зрения современной концепции гериатрии / И. П. Пономарева, К. И. Прошаев, А. Н. Ильницкий. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2017. – N 1. – С.21–25.

282. Прибилка А. Systema zabezpieczenia społecznego wobec osób starszych i niepełnosprawnych w Polsce / А. Прибилка // У кн.: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо невиліковно хворих» (15-16.03.2012 р.). – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 114–129.

283. Прус Л. О. Проблемы медико-социального захисту населення похилого віку / Л. О. Прус, А. П. Чуйко, Н. М. Захарова [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 230–231.

284. Пузин С. Н. Паллиативная помощь: учебное пособие / С. Н. Пузин, О. Т. Богова, С. Ю. Астанина [и др.]; МЗ РФ, Рос. мед. акад. последиплом. образования. – М.: РМАПО. – 2014. – 117 с.

285. Пузин С. Н. Медико-социальный аспект развития паллиативной помощи больным с деменцией / С. Н. Пузин, Ю. Д. Криворучко // Российский психиатри-

ческий журнал. – 2017. – № 4. – С.13-22.

286. Радіонова В. О. Медичне та фармацевтичне право: використання лікарських засобів при наданні паліативної допомоги наркохворим жінкам з ВІЛ-інфекцією в Україні / Радіонова В. О., Шаповалова В. О., Шаповалов В. В. та ін. // У зб.: «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-прак. конфер.». / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 61–63.

287. Рингач Н. О. Старіння населення в Україні як стимул змін у національній охороні здоров'я / Н. О. Рингач // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 41–47.

288. Ріга О. О. Проблеми та перспективи розвитку дитячої паліативної допомоги в Україні / О. О. Ріга, Р. В. Марабян, А. Ю. Пеньков, та ін. // Сімейна медицина. - 2015. - № 6. - С. 138-140.

289. Ріга О. О. Принципи надання паліативної допомоги дітям. Посібник для тренерів з дитячої паліативної допомоги / О. О. Ріга, А. Ю.Пеньков, Н. М. Коновалова. – Харків: 2017. – 97 с.

290. Сенюта І. Я. Паліативна допомога дітям: деякі нормативні аспекти / І. Я. Сенюта // Реабілітація та паліативна медицина. - 2017. - № 1–2 (5–6). - С. 63 - 68.

291. Сенюта І. Я. Джерела правового регулювання цивільних відносин у сфері надання медичної допомоги: монографія / І. Я. Сенюта. – Львів : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2018. – 416 с.

292. Слабкий Г. О. Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації. / Г.О. Слабкий, В.М. Лехан, В.П. Лисак та інші. – К. МОЗ України., 2010. – 22 с.

293. Слабкий Г. О. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України: [монографія] / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К., 2010. – 180 с.

294. Слабкий Г. А.¹ К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт / Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко // Укр. мед. часопис. — 2012. — № 3. — С. 26—29.

295. Слабкий Г. О.² Перелік медичних показань та протипоказань для надання паліативної допомоги / Г. О. Слабкий // Практика управління медичним закладом. - 2012. - N 8. - С. 100.

296. Слабкий Г. О.³ Примірне положення про заклад охорони здоров'я "Хоспіс" / Г. О. Слабкий // Практика управління медичним закладом. – 2012. – № 8. – С. 101 - 103.

297. Слабкий Г. О.⁴ Примірне положення про виїзну бригаду з надання паліативної допомоги "Хоспіс удома" / Г. О. Слабкий // Практика управління медичним закладом. – 2012. – № 8. – С. 107 - 109.

298. Слабкий Г. О.⁵ Примірне положення про паліативне відділення / Г. О. Слабкий // Практика управління медичним закладом. – 2012. – № 8. – С. 104 - 106.

299. Слабкий Г. О.⁶ Порядок надання паліативної допомоги / Г. О. Слабкий // Практика управління медичним закладом. - 2012. - N 8. - С. 98-100.

300. Совет Европы. Рекомендации (Res (2003) 24) Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. – Совет Европы. – 2004. – 89 с.

301. Солнышкина М. Г. Научно-методические основы социально-медицинского обслуживания граждан пожилого возраста, находящихся в терминальной стадии заболевания и членов их семей / М.Г. Солнышкина // Сб. материалов семинара «Хоспис на дому как инновационная структура социально-медицинской помощи гражданам пожилого возраста (15-19 сент. 2003 г.). - Дубна, 2003 . - С. 114-116.

302. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

303. Стаднюк Л. А. Перспективи оптимізації всеукраїнської міжвідомчої системи багаторівневої підготовки до надання паліативної і геріатричної допомоги / Л. А. Стаднюк, Ю. І. Губський, А. В. Царенко та ін. // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2-3 (1). – С. 70–77.

304. Стельмах Л.В. Паллиативная помощь в онкологии: краткий обзор / Л.В.

Стельмах, А.А. Галкин. // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 4. - С. 39-42.

305. Суліма О.В. Впровадження паліативного догляду, як соціальної послуги та складової паліативної допомоги, на даний час для системи соціального захисту населення є інновацією, - Мінсоцполітики. - 11 лист. 2016 р. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL:<https://www.msp.gov.ua/news/11279.html?PrintVersion>.

306. Сухотерина Р.М. Оказание паллиативной помощи в отделении сестринского ухода / Р.М. Сухотерина, Н.И. Бабайцева, Е.Н. Саперова. // Мат. межрегион. н.-п. конф. с международн. уч. «Современные проблемы развития паллиативной помощи» ГОУ ДПО ПКЦПК РЗ. - Пермь, 2009. - С. 303-305.

307. Тарабукіна І. І. Нові підходи до системи надання соціальних послуг в Україні / І. І. Тарабукіна, В. В. Чайковська, Т. І. Вялих // Реабілітація та паліативна медицина. – 2016. – № 2 (4). – С. 40-48.

308. Таранюк Г. П. Соціокультурні чинники соціальної політики щодо невиліковно хворих в Україні // В кн. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. з міжнарод. участю «Соціальна політика щодо невиліковно хворих». – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 144–149.

309. Терещенко А. В. Питання розвитку паліативної допомоги дітям в Україні / Терещенко А. В., Моїсеєнко Р. О., Мартинюк В. Ю. // У зб.: «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-практ. конфер.». / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 35–40.

310. Усенко О. И. Паллиативная и хосписная помощь в Польше / О. И. Усенко, С. В. Святова, И. В. Островская. – Москва, 2010. – 60 с.

311. Устинов А. В. Рівень надання паліативної допомоги – показник цивілізованості держави та гуманності суспільства / А. В. Устинов // Український медичний часопис. – 2010. – № 6 (80). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://www.umj.com.ua/article/8338/riven-nadannya-paliativnoi-dopomogi-pokaznik-civilizovanosti-derzhavi-ta-gumannosti-suspilstva>.

312. Федермессер Н. – 2019. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://iz.ru/895951/valeriia-nodelman/odinokim-predostavliaetsia-70-khospisov-zaniaty-neprofilnymi-patcientami?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop.

313. Фонарев М.Ю. Вопросы обеспечения адекватной опиоидной терапии при

оказании паллиативной и других видов медицинской помощи / М. Ю. Фонарёв, Д. И. Черкасов, Л. В. Шершакова. // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 4. - С. 48-52.

314. Франческо Б. Некоторые аспекты терминальной фазы онкологического заболевания, а также их влияние на пациента и членов его семьи / Б. Франческо // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы развития паллиативной помощи» / ГОУ ДПО ПКЦПК РЗ. - Пермь, 2009. - С.145-149.

315. Фролков В. В. Сравнительный анализ структуры смертности в хосписе / В. В. Фролков // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8-9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 235–237.

316. Хакиджанова Г.Д. Состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Республике Казахстан/ Под ред. Хакиджановой Г.Д. – Алматы, 2013. – 88 с.

317. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы / Хетагурова А.К. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. – 2003. – 240 с.

318. Хетагурова А. К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы: дис... д-ра мед. наук: /14.00.33 / А.К.Хетагурова. – М., 2004. – 232 с.

319. Царенко А.В. (Tsarenko A.). Improving of palliative care specialists' training in Ukraine. /A. Tsarenko, V. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, L. Shkoba. // Palliative Care in Different Cultures. The 2-nd International Conference in Palliative Care. – Eilat, Israel, 2008. – P. 80.

320. Царенко А. В. Питання контролю хронічного больового синдрому в паліативних хворих у програмах післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини / Царенко А. В., Висоцька О. І., Шекера О. Г., Виноградова Г. М. // Практикуючий лікар, 2012, №1, с.26 – 32.

321. Царенко А. В. Оптимізація післядипломної підготовки медичних

працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я України / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера // Здоров'я суспільства. – 2013. – Т. 2. – №3-4. – С. 34–40.

322. 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. - N 1. - С. 14-17.

323. Царенко А. В. Організаційні та методичні аспекти підготовки медичних працівників для служби паліативної і хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Матеріали наук.-практ. конфер. з міжнарод. участю «Сучасні проблеми народної і нетрадиційної медицини» 16-17.10.2014 р. / За ред. проф. В.А.Туманова, д.м.н. В.М.Князевича, проф. Т.П.Гарник. – Київ. – 2014. – С. 45-49.

324. 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. – Том 5, № 3/4. – С. 87–95.

325. Царенко А. В.¹ Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро // Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року. За заг ред. акад. НАМН України А.М.Сердюка та член-кор. НАМН України Т.О.Перцевої. - К. ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – с. 40 – 42.

326. Царенко А. В.² Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / Царенко А. В., Криничний Ю.В. Лугова О.В., та ін.. // Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року. За заг ред. акад. НАМН України А.М.Сердюка та член-кор. НАМН України Т.О.Перцевої. – К. ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – с. 42 – 45.

327. Царенко А. В.³ Післядипломна підготовка сімейних лікарів з питань надання паліативної допомоги населенню – важлива складова впровадження системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні / Царенко А. В., Гойда Н. Г., Губський Ю. І. // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 4. – С. 165–167.

328. Царенко А.В.⁴ Значення міжнародних визначень, підходів і стандартів для оптимізації надання паліативної допомоги в Україні / Царенко А. В., Славуцький А., Тальнов А. В., Злотник А. А. // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 3. – С. 69–76.

329. 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.

330. ЦМС. Центр медичної статистики МОЗ України // [Електроний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>; <http://medstat.gov.ua/ukr/statdov.html>.

331. Цялковська-Риш О. Як Польща розбудувала одну з найбільш розвинених мереж домашніх хоспісів. 02.02.2017. – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/28275392.html>.

332. Чайківська Д. Р. Модель послуг хоспісного догляду // Інноваційні моделі соціальних послуг. Проекти Українського фонду соціальних інвестицій. Т. 3: За ред. Н. М. Шкуратової. – К.: ТОВ «ЛДЛ» – 2007. – 320 с.

333. Чайковська В. В. Проблеми та перспективи медико-соціальної реабілітації в умовах територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів / В. В. Чайковська, Л. В. Єгорова // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1 (33). – С. 179–180.

334. Чайковська В. В. Старіюче суспільство України: запити та рішення / В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, Л. В. Єгорова [та ін.] // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – № 2. – С. 246–251.

335. Чайковська В. В. Сучасні стратегії розвитку медико-соціальної допомоги населенню літнього віку України / В. В. Чайковська // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1. – С. 281.

336. Чайковська В. В. Медико-соціальна допомога населенню старшого віку України: аналіз ситуації і необхідність розробки стратегії попередження прискореного старіння / В. В. Чайковська, Н. А. Хаджинова, Т. І. Вялих, [та ін.] // Пробл. старения и долголетия. – 2012. – Т.21, №3. – С. 396–400.

337. Чайковська В. В. Психоемоційна реабілітація пацієнтів літнього віку з соматичною патологією на первинному рівні медичної допомоги / В. В. Чайковська, О. О. Стойка, Л. Г. Матвієць // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 282–283.

338. Чайковська В. В. (Чайковская В. В.) Анализ потребности в помощи пожилым людям в Украине / В. В. Чайковская, Т. И. Вялых, Д. Р. Чайківська // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали Другої науково-практичної конференції, м. Київ, 20-21 листопада 2013 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : «Галком», 2013. – С. 75–80.

339. Чайковська В. В. Допомога вдома особам похилого віку: форми і методи (огляд літератури)./ В.В. Чайковська, Т.І. Вялих, Д.Р. Чайківська. // Проблемы старения и долголетия. – 2017. – Том 26. – №1-1. – С.72-105.

340. Чайковська В. В. (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.

341. Чайковська В. В. Методологічні засади проведення курсу «Основи довготривалого і паліативного догляду за хворими та внутрішньо переміщеними особами літнього віку» (на допомогу навчальним закладам II–IV рівня акредитації) / В. В. Чайковська, Т. І. Вялих, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. - 2018. - № 1 (7). - С. 36-46.

342. Чепелевська Л.А. Проблеми медико-демографічної ситуації та заходи з її покращення / Л.А. Чепелевська, О.М. Дзюба //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 1. –С.19-23

343. Чепелевська Л.А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті /Л.А.Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1. – С.48- 53

344. Чеповецкий А. И. Паллиативная помощь глазами семейного врача в Израиле. - 06 апреля 2019. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vrachirf.ru/blogs/arkady/topics/58165>.

345. Чередниченко Т.І. Підготовка медичних сестер з паліативної допомоги в Україні / Т. І. Чередниченко // Реабілітація та паліативна медицина. - 2015. - N 2. -

C.78-82.

346. Чернокур Н. С. Вплив доступності до адекватного знеболення на загальний розвиток системи паліативної та хоспісної допомоги / Н. С. Чернокур // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15-16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 156–161.

347. Чехун В.Ф. Рак: проблеми та перспективи подолання // Онкологія. – 2006. – Т.8, №1. – С. 4-6.

348. Шалімов С.О., Федоренко З.П. Організація онкологічної допомоги населенню України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 101-106.

349. Шалімов С.О. Пошук системи організації медико-соціальної допомоги інкурабельним хворим // Бюлетень національного канцер-реєстру України / Під ред. Шалімова С.О. – К.: УНДІОР, 2005. – 102 с.

350. Шаповалов В. В.¹ Організаційно-правові та медико-фармацевтичні особливості надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні на засадах медичного та фармацевтичного права / Шаповалов В. В.¹, Рищенко О. О., Шаповалов В. В., [та ін.] // У зб.: «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-прак. конфер.». / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 84–87.

351. Шаповалов В. В.² Фармацевтичне і медичне право, як складова державної політики в організації належного забезпечення пацієнтів наркотичними лікарськими засобами / Шаповалов В. В.², Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., [та ін.] // У зб.: «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-прак. конфер.». / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 88–91.

352. Шарафутдинов М. Г. Проблемы качества жизни и организации паллиативной помощи онкологическим больным в условиях малых территорий России: Дис. ... канд. мед. наук. / М.Г. Шарафутдинов. - Уфа. - 1999. - 149 с.

353. Шарафутдинов М. Г. Оказание паллиативной помощи инкурабельным больным и их семьям. Опыт Ульяновской области / М.Г. Шарафутдинов //

Заместитель главного врача. - 2008. - № 8 (27). - С. 14-19.

354. Шевченко А. О. Проблеми хоспісної та паліативної медицини в Україні та Херсонській області // Медсестринство. 2017. № 3 С. 16 – 19.

355. Шекера О. Г. Модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної допомоги пацієнтам вдома / Шекера О. Г., Царенко А. В., Губський Ю. І. // Здоров'я суспільства. – 2014. – Т. 3. – № 1–2. – С. 29–35.

356. Шекера О. Г. 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.

357. Шиманська Н. С. Паліативна допомога: поняття, види й ознаки / Н. С. Шиманська // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 297–293.

358. Шляга І. В. Клінічні аспекти лікування астеничного синдрому в паліативній онкології / І. В. Шляга // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8-9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 146–149.

359. Шурыгина Ю. Ю. Хоспис как неотъемлемая часть социально-медицинской поддержки пожилого человека /Ю. Ю. Шурыгина, С. П. Ангаева // Социально-демографическое развитие общества и проблемы старения: Материалы международной научно-практической конференции (19-20 октября 2005 г.). - Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2005. - 40 с.

360. Эккерт Н. В. Организация внебольничной паллиативной помощи / Н.В. Эккерт // Российской Федерации. - 2008. - № 5. - С. 21-23.

361. Эккерт Н. В. Проблемы "эмоционального выгорания" в практике паллиативной помощи / Н. В. Эккерт // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 5. - С. 14-19.

362. Эккерт Н. В. Проблемы формирования синдрома «эмоционального выгорания» у медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь / Н. В. Эккерт // Медсестра. – 2009. – № 10. – С. 27–30.

363. Эккерт Н. В. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи/ Н. В. Эккерт, Е. А. Игнатенко, С. А. Рудакова и др. // Экономика здравоохранения, 2009, № 7, с. 15 – 20.

364. Эккерт Н. В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению: автореф. дис. докт. мед. наук / Н. В. Эккерт. – Москва, 2010. – 43 с.

365. Яворський М. І. Нові форми медико-соціальної допомоги населенню – досвід Івано-Франківського госпісу / М. І. Яворський, Л. І. Андрійшин, Н. Б. Дацун // Клінічна та експериментальна патологія. – 2003. – Т.2, № 1. – С. 83-85.

366. Яковчук А. В. Розвиток державної політики медико-соціальної допомоги шляхом інституалізації паліативної медицини / А. В. Яковчук // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 308–314.

367. Яковенко І. В. Обґрунтування оптимальних моделей бюджетування надання соціальних послуг на рівні об'єднаних територіальних громад / І. В. Яковенко, А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 1. – С. 16–24.

368. Ястремська С. О. Роль медичних сестер у паліативній (хоспісній) допомозі // С. О. Ястремська, О. С. Усинська. – Медсестринство. – 2011. – № 3. – С. 4–7

369. Ястремська С. О. Деякі аспекти організації паліативного догляду дільничними медсестрами: (з досвіду роботи медсестер в Канаді) / С. О. Ястремська, Н. О. Ліщенко // Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги (м. Ірпінь, 26-27 вересня 2012 р.). - Київ, 2013. - С. 98.

370. Adersen M. .Admittance to specialized palliative care (SPC) of patients with an assessed need: a study from the Danish palliative care database (DPD) / Adersen M., Thygesen L. C., Neergaard M. A., [et al.]. // Acta Oncol. – 2017. - 56(9). – P. 1210-1217. doi: 10.1080/0284186X.2017.1332425.

371. Ahmedzai S. A new international framework for palliative care / S. Ahmedzai, A. Costa, C. Blengini, et al. // *European Journal of Cancer*. – 2004. - 40/15. - pp. 2192–2200

372. Amery J. A Really Practical Handbook of Children's Palliative Care for Doctors and Nurses Anywhere in the World / J. Amery. - Lulu Publishing Services, 2016. – 446 P.

373. Amy S.K. Palliative care for the seriously ill / S.K. Amy, R.S. Morrison. // *N. Engl. J. Med.* - 2015. - V. 373. - P. 747-755.

374. Arias-Casais N. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019 / N. Arias-Casais, E. Garralda, J. Y. Rhee [et al.]. – Vilvoorde: EAPC Press. – 2019.

375. AIHW. Australian Institute of Health and Welfare. Corporate Plan: 2016–17 to 2019–20. – Australia: Canberra, 2016. – 34 p.

376. Australia Senate Report. Palliative care in Australia: – Canberra, Parliament House, the Senate Printing Unit, 2012. – 234 p.

377. Benini F. Pediatric palliative care [text] / F. Benini, M. Spizzichino, M. Trapanotto, A. Ferrante // *Italian Journal of Pediatrics*. – 2008. – № 34. – P.4.

378. Berger G.N. Prevalence and Characteristics of Outpatient Palliative Care Services in California / G. N. Berger, D. L. O'Riordan, K. Kerr [et al.]. // *Arch. Intern. Med.* – 2011. – V. 171 (22). – P. 2057-2059. – doi:10.1001/archinternmed.2011.469.

379. Billings J.A. What is palliative care? / J.A. Billings // *The Journal of Palliative Medicine*. – 1998. – Vol. 1. – №. 1. – P. 73–81.

380. Bluebond-Langner M. Preferred place of death for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a systematic review of the literature and recommendations for future inquiry and policy / M. Bluebond-Langner, E. Beecham, B. Candy [et al.] // *Palliat. Med.* – 2013. – №27(8). – P. 705–713.

381. Bogusz H. Historia opieki paliatywnej w Wielkopolsce. Część I. Dwa nurty poznańskiej opieki paliatywnej / H. Bogusz, J. Łuczak // *Medycyna Paliatywna*. – 2012. – Tom 2. – P. 95–99.

382. Braus N. Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU / N. Braus, T.C. Campbell, K.L. Kwekkeboom [et al.]. // *Intensive Care Med.* - 2016. - V. 42. - P. 54-62.

383. F. Brennan. Palliative care as an international human right. // *Journal of Pain and Symptom Management* 33/5 (2007), pp. 494–499.

384. Brown E. *Supporting the Child and the Family in Pediatric Palliative Care* / E. Brown, B. Wan. – London: J. K. Publishers, 2007. – 304 p.

385. Cameron J., Parkes C. Terminal care: evaluation of effects on surviving family of care before and after bereavement // *Postgraduate Med. J.* – 2003. – N 59. – P. 49-54.

386. CAPC. The Center to Advance Palliative Care. What Is Palliative Care? – New York. The Center to Advance Palliative Care (CAPC), 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://getpalliativecare.org/whatis/>.

387. CAPC. The Center to Advance Palliative Care. For Policymakers. – 2019. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://getpalliativecare.org/resources/policymakers/>.

388. CHPCNSC. Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards Committee. Canadian hospice palliative care nursing standards of practice. – 2014. – 21 P. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://acsp.net/media/367211/chpc_ng_standards.2014.14_july_2014.final.pdf.

389. Caper K. *Hospice Care in the UK: Scope, Scale and Opportunities* / K. Caper, B. Ingber, I. Ansell. – Hospice UK Publ., 2016. – 21 p.

390. Carter H. E. Incidence, duration and cost of futile treatment in end-of-life hospital admissions to three Australian public-sector tertiary hospitals: a retrospective multicentre cohort study / Carter H. E., Winch S., Barnett A. G., et al. // *BMJ Open*. - 2017. - 7:e017661. - doi:10.1136/bmjopen-2017-017661. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017661>.

391. CDC. HIV and Viral Hepatitis. Fact Sheet / Centers for Disease Control and Prevention USA, 2014. – 2 p. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cdc.gov/hepatitis/Populations/PDFs/HIVandHep-FactSheet.pdf>.

392. Centeno C. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force / C. Centeno, D. Clark, T. Lynch et al. // *Palliative Medicine*. – 2007. – Vol. 21. – P. 463–471.

393. Centeno C. *White Book for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy*

for Life, Vatican City/ C. Centeno, Sitte T., De Lima L., et al.. – Libreria Editrice Vaticana. – 2019. – 103 P.

394. Ciałkowska-Rysz A. Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce / A. Ciałkowska-Rysz // *Medycyna Paliatywna*. – 2009. – Vol. 1. – P. 22–26.

395. Cliemins E. The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: A multifaceted approach / E. Cliemins, L. Blum, A. Lasher et al. // *Journal of Palliative Medicine*. – 2007. – № 10 (6). – P. 1347–1355.

396. Cohen C.C. Functional and existential tasks of family caregiving for end-of-life, hospitalized older adults / Cohen C.C., Auslander G.D., Yossi F., et al. // *Journal of gerontological nursing* 2016; 42 (7): 55-64.

397. Connor S. R. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide* / S. R. Connor. – New York, 2009. – NY: Routledge. – 262 p.

398. Connor S. R. Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. / S. R. Connor, J. Downing, J. Marston // *J. Pain Symptom Manage.* – 2017; 53(2): 171–177. doi: 10.1016.

399. Council of Europe. 2-nd Global Summit of National Hospice and Palliative Care Associations, Declaration on Hospice and Palliative Care (2005). Available at http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/KoreaDeclaration2005_en.pdf.

400. Council of Europe. European Declaration on Palliative Care. Launched in Brussels, October 2014. – Available at <http://palliativecare2020.eu/declaration/>.

401. Craig D. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital / D. Craig, M. D. Blinderman, J. A. Billings. // *N. Engl. J. Med.* – 2015. – V. 373. – P. 2549–2561.

402. Davies E.¹, Higginson I. J., eds. *Better Palliative Care for Older People*. – WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2004. – Access mode: <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>.

403. Davies E.², Higginson I. J., eds. *Palliative Care – The Solid Facts*. – WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. – Access mode: <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>.

404. Davies E.³ What are the palliative care needs of older people and how might they be met? (Health Evidence Network report; 2004). – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. – 16 p. – Access mode:

<http://www.euro.who.int/Document/E83747.pdf>.

405. Doyle D., Geoffrey W. C., et al.: Palliative medicine – a global perspective // Oxford Textbook of Palliative Medicine. – England, 2003. – P. 805-814.

406. EAPC¹ Atlas of Palliative Care in Europe / C. Centeno, D. Clark, T. Lynch et al. – EAPC Head Office, Milano. – 2007. – 340 p. – Access mode: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/14078/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdX1,fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A.

407. EAPC². European Association of Palliative Care Taskforce: IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe // European Journal of Palliative Care. – 2007. – № 14. – P. 2-7.

408. EAPC¹. European Association of Palliative Care Taskforce: Palliative care for infants, children and young people. The facts. – 2009. – 62 P.

409. EAPC². White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I // European Journal of Palliative Care. – 2009. – № 16 (6). – P. 278–289.

410. EAPC³. Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine. - EAPC. Milano. – 2009. – 44 p. – [Electronic resource]. Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1za MI%3d>.

411. EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II // European Journal of Palliative Care. – 2010. – № 17 (1). – P. 22–33.

412. EAPC¹. Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People / EAPC Taskforce 2010-2012. Report. – January 2013. – 73 p. – [Electronic resource] Access mode: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings_2013.pdf.

413. EAPC². Recommendations of the European Association for Palliative Care For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools // Report of the EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care. – EAPC, 2013. – 24 p. – [Electronic resource]. - Access mode:

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tuIutQ%3D>.

414. EAPC. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe – presenting a new EAPC publication] / *Europ. J. of Palliative Care.* – 2014. – № 21 (6). [Electronic resource] – Access mode: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21\(6\)_Centeno.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21(6)_Centeno.pdf).

415. EIU. Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index: Ranking of Palliative Care across the World: A report by The Economist Intelligence Unit. 2nd ed. – UK: London; the Economist Intelligence Unit, 2015. – 68 p.

416. Etkind S. N. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services / S. N. Etkind, A. E. Bone, B. Gomes et al. // *BMC Med.* – 2017; 15(1):102. - [Electronic resource] Available from: <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0860-2>.

417. Finlay I. UK strategies for palliative care / I. Finlay. // *J. Royal Soc. Med.* - 2001. - V. 94. - P. 437-441.

418. Foley K.M. Current controversies in the clinical use of narcotics and analgesics // *Advances in pain research and therapy* / Edit. Foley K.M, Inturrisi C.E. - New York: Raven Press, 1995. – Vol. 9. – P. 3-12.

419. Foley K. M. Pain syndromes in patient with cancer // *Advances in cancer research and therapy* / Edit. Bonica J.J., Ventafridda V. - New York: Raven Press, 1999. – V. 2. – P. 59-75.

420. Foley K. M. The treatment of cancer pain / Foley K. M. // *New England J. Med.* – 2005. – N 313. – P. 84-95.

421. Forman W. B. Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice. 2-nd ed. / W. B. Forman, J. A. Kitzes, R. P. Anderson, D. K. Sheehan. – USA: Sudbury, Massachusetts; Jones & Bartlett Publishers, 2003. – 288 p.

422. Franks P. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature / P. Franks [et al.] // *Palliative Medicine.* - 2000. - Vol. 14. - P. 93-104.

423. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life / Ed. S. R. Connor, M. C. Bermedo. – Geneva, Switzerland-London, UK: WHO, WHPCA. – 2014. – 112 p. - [Electronic resource]- http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.

424. Goldman A. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. / A. Goldman, R.

Hain, S. Liben, et al.. – Oxford University Press, Oxford, 2006. – 661 P.

425. Gomez-Baptiste X. Building Integrated Palliative Care Programs and Services / X. Gomez-Batiste and S. Connor, editor. – Barcelona: Liberdúplex. – 2017. - 384 p.

426. Gómez-Batiste X. Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy / X. Gomez-Batiste Murray S.A., Thomas K., at al. // Journal of pain and symptom management. – 2017. – Vol. 53 (3). – P. 509–517.

427. Goodwin D. M. et al. An evaluation of systematic reviews of palliative care services // Journal of palliative care. – 2002. - 18(2) - P. 77-83.

428. Groenvold M. Danish Palliative Care Database / Groenvold M., Adersen M., Hansen M. B // Clinical Epidemiology. – 2016. – V. 8. - P. 637–643. - doi: [10.2147/CLEP.S99468](https://doi.org/10.2147/CLEP.S99468)

429. Guol Q. An Evolutionary Concept Analysis of Palliative Care / Q. Guo1, C. S. Jacelon1, J. L. Marquard // Journal of Palliative Care and Medicine. – 2012. – Vol. 2 (7). – P. 1–6.

430. ICPCN. International Children's Palliative Care Network. The ICPCN Declaration of Cape Town 2009. - <http://www.icpcn.org/the-icpcn-declaration-of-cape-town/>

431. IAHPC. International Hospice and Palliative Care Association. The IAHPC Manual of Palliative Care. 3-rd Edition. / Edit. D. Doyle and Roger Woodruff. – 2013 // <https://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf>.

432. IARC. International Agency for Research on Cancer. New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. // [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.uicc.org/news/new-global-cancer-data-globocan-2018>.

433. Hain R. Paediatric palliative care: development and pilot study of a ‘Directory’ of life-limiting conditions. BMC / R. Hain, M. Devins, J. Noyes // Palliative Care. – 2013. // [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/12/43>.

434. Hansen M. B. Danish Palliative Care Database. Annual Report 2014 / Hansen M. B., Adersen M., Groenvold M. – Copenhagen: DMCG-PAL, 2015.

435. Henley A. Good practice in hospital care for the dying. – London: King's Fund, 2006. – 289 p.

436. Higginson I. J. Palliative care needs to be provided on basis of need rather than diagnosis / Higginson I. J., Addington-Hall J. M. // BMJ 1999; 318(7176):123.

437. Hill F. Caring for terminaly ill / Hill F. // Nursing. – 1991. – V. 34, N 4. – P. 9-22.

438. Hospice UK. How hospices can help the NHS improve choice and reduce costs for end of life care // Hospice UK web-site. 2015. - <https://www.hospiceuk.org/about-hospice-care/media-centre/facts-and-figures>. – The title from the screen.

439. Hospice UK. Facts and figures // Hospice UK web-site. 2019. - <https://www.hospiceuk.org/about-hospice-care/media-centre/facts-and-figures>. –The title from the screen.

440. Hughes J. Palliative Care in Dementia: Issues and Evidence / J. Hughes, D. Jolley, A. Jordan [et al.] // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 251–260.

441. Human Rights Watch. Uncontrolled pain: Ukraine's obligation to ensure evidence-based palliative care. - New York: Human Rights Watch, 2011.

442. Jang R.W. Palliative care and the aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced pancreatic cancer / R.W. Jang, M.K. Krzyzanowska, C. Zimmermann [et al.]. // J. Natl. Cancer Inst. - 2015. - V. 107. Av. at pii: dju424. doi:10.1093/jnci/dju424.

443. Janowicz A. In Solidarity. Hospice-Palliative Care in Poland: English Edition / Edited by: A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Stolarczyk. – Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2015. - 448 p.

444. Junger S. Consensus Building in Palliative Care: A Europe-Wide Delphi Study on Common Understandings and Conceptual Differences / S. Junger, S. Payne, S. Brearley, V. Ploenes, L. Radbruch // Journal of Pain and Symptom Management. – 2012. – Vol 44. – № 2. – P. 192–205.

445. Kaye E. C. Pediatric Palliative Care in the Community / E. C. Kaye, J. Rubenstein, D. Levine et al. // CA: Cancer J. Clin. – 2015. – V. 65. - № 4. – P. 315-333.

446. Kane R. L. et al. A randomized controlled trial of hospice care // Lancet. – 2004.

– N 1. – P. 890-894.

447. Knaul F. M. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report / F. M. Knaul, P. E. Farmer, E. L. Krakauer, et al. // *Lancet*. – 2018. – 391(10128). – P. 1391-454.

448. Krakowiak P. Dzieje pallotyńskiego hospicjum w Gdańsku. 1983–2008 / P. Krakowiak. – Gdansk, 2008. – P. 1–4.

449. Krakowiak P., Prisoners as volunteers in hospice-palliative care in Poland / P. Krakowiak Paczkowska A., Witkowski R... // *European Journal of Palliative Care*. – 2012. - 19 (5). – P. 246-251.

450. Krakowiak P. Introduction to the history of Hospice Movement in Poland. 1983–2013/ P. Krakowiak.. – Gdansk, 2013. – P. 1–14.

451. Kubler-Ross E. On death and dying / Kubler-Ross E. . - New York: Macmillan Co, 1999. – 203 p.

452. Laakkonen M.-L. Physical and cognitive functioning and resuscitation preferences of aged patients / M.-L. Laakkonen, K. H. Pitkala, T. E. Strandberg, R S. Tilvis // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2005. – V. 58, N 1. – P. 168 – 170. - https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53031_4.x

453. Lidstone V. Paediatric palliative care guidance / V. Lidstone, J. Delaney, R. Hain, S. S. Jassal. – South West London, Surrey West Sussex Hampshire, and Sussex Cancer Networks, 2nd Edition, 2006. – 78 p.

454. Lohman D. Evaluating a Human Rights-Based Advocacy Approach to Expanding Access to Pain Medicines and Palliative Care: Global Advocacy and Case Studies from India, Kenya, and Ukraine / Lohman D. and Amon J. J.. // *Health and Human Rights Journal*. – 2015, №2 (17). – P. 149-165. / <http://fileserv.idpc.net/library/Evaluating-a-Human-Rights-Based-Advocacy-Approach.pdf>.

455. Lohman D. Access to pain treatment as a human right / Lohman D., R. Schleifer, J. J. Amon. // *BMC Medicine*. – 2010, 8/8. - <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/8>.

456. Loucka V. How to Measure the International Development of Palliative Care? A Critique and Discussion of Current Approaches / Loucka V., Payne S., Brearley S. //

Journal of Pain and Symptom Management. –2014. – Vol. 47 (Jan.). – No. 1. – P. 154-165.

457. Luczak J. Palliative/hospice care in Poland / Luczak J. // Palliative Medicine. – 1993. - Vol. 7. - № 1. – P. 68-70.

458. Lunt B. A comparison of hospice and hospital: care goals set by staff / Lunt B., Neal C. // Palliative Medicine. – 1997. – N 1. – P. 136-148.

459. Lynch T. Mapping levels of palliative care development: a global update / T. Lynch, S. Connor, D. Clark. // J. Pain Symptom Manage. - 2013. - V. 45. - No 6. - P. 1094-1106.

460. Maciasz R.M. Does it matter what you call it? A randomized trial of language used to describe palliative care services / R.M. Maciasz, R.M. Arnold, E. Chu [et al.]. //Support. Care Cancer. - 2013. - V. 21. - P. 3411-3427.

461. Maddocks M. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease / Maddocks M., Lovell N., Booth S., et al. // Lancet. – 2017. – Sep 2;390(10098):988–1002. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32127-X.

462. Marks R. M., Sachur E. J. Undertreatment of medical in patients with narcotic analgesics // Ann. Internal Med. – 1993. – N 78. – P. 173-181.

463. Martin-Moreno J. M. Palliative Care in the European Union: Study / J. M. Martin-Moreno et al.; ed. by M. Sosa-Iudicissa. – 2008. – 86 p.

464. Maruta T. et al. Drug abuse and dependency in patients with chronic pain. // Mayo Clinic Proceeding. – 1999. – N 54. – P. 241-244.

465. May P. Prospective Cohort Study of Hospital Palliative Care Teams for Inpatients With Advanced Cancer: Earlier Consultation Is Associated With Larger Cost-Saving Effect / P. May, M.M. Garrido, J.B. Cassel [et al.]. // J. Clin. Oncol. - 2015. - P. 2733-2745.

466. McCaffrey N. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research / McCaffrey N., Bradley S., Ratcliffe J. et al.// Journal of pain and symptom management. - 2016; 52 (2): 318.

467. McCusker M. Palliative Care for Adults [Electronic resource]: Health Care

Guideline. Institute for Clinical Systems Improvement / M. McCusker, L. Ceronky, C. Crone [et al.]. - Bloomington: ICSI, 2015. [Электронный ресурс]. – Av. at: <https://www.icsi.org/asset/k056ab/PalliativeCare.pdf>.

468. McLaughlin D. Developing a best practice model for partnership practice between specialist palliative care and intellectual disability services: A mixed methods study / D. McLaughlin, O. Barr, S McIlpatrick [et al.] // Palliative Medicine. – 2014. – Vol. 28 (10). – P. 1213–1221.

469. Meier D.E., McCormick E. Benefits, services, and models of subspecialty palliative care / D.E. Meier, E. McCormick. – 2016. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.uptodate.com/contents/benefits-services-and-models-of-subspecialtypalliativecare>.

470. Morton B. G. Caving for the dying / Morton B. G. // Physiotherapy. – 2002. – V. 58, N 4. – P. 124-125.

471. Moşoiu D. Palliative Care as Response to Suffering at End of Life / D. Moşoiu // Review of Ecumenical Studies Sibiu, 2014 RES 6 (2/2014), p. 227-245. - DOI: 10.2478/ress-2014-0118. – [Электронный ресурс]. – https://www.academia.edu/11162045/Palliative_Care_as_Response_to_Suffering_at_End_of_Life.

472. Murtagh F. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates / F. Murtagh et al. // Palliative Medicine. – 2014. – V. 28 (1). – P. 49–58.

473. National Hospice Organization, Standards of hospice programme care. – Virginia: McLean, 1999. – 118 p.

474. NCPQPC. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. – Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018. – 190 P. – [Electronic resource]. – Access mode: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf

475. Nissen A. The programme for The Good Hospice in Denmark / Nissen A., Madsen L. D., Pedersen K. O. et al. - Fonden Realdania, 2007. – 124 P.

476. NHPCO. Facts and Figures. – National Hospice and Palliative Care

Organization, 2018 edition. – 26 p. – [Electronic resource]. – Access mode: https://39k5cm1a9u1968hg74aj3x51-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/07/2018_NHPCO_Facts_Figures.pdf.

477. PACE. Palliative care: a model for innovative health and social policies: The Resolution No. 1649 (2009) adopted on 28 January 2009 (6th Sitting) by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. – [Electronic resource]. – Access Mode: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17707&lang=en>.

478. Parkes C. M., Parkes J. Hosice versus hospital care: re-evaluation after ten years as seen by surviving spouses / Parkes C. M., Parkes J. // *Postgraduate Med. J.* – 1994. – V. 60. – P. 120-124.

479. Partridge A.H. Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now / A.H. Partridge, D.S. Seah, T. King [et al.]. // *J. Clinical Oncology.* - 2014. - P. 3325-3330.

480. Piot E. Intervention of mobile palliative care team on nursing homes: retrospective study / E. Piot, B.F. Leheup, S. Losson, L. Gédor [et al.]. // *Geriatr. Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.* - 2014. - V. 12 (4). - P. 347-353. doi:10.1684/pnv.2014.0507.

481. Pivodic L. Palliative Care Service Use in Four European Countries: A Cross-National Retrospective Study via Representative Networks of General Practitioners / L. Pivodic, K. Pardon, et al. // *PloS One: US nonprofit corp.* –2013. – Vol. 8. – № 12. – P. 1–11.

482. Portenoy R. The use for opiates in chronic non-malignant pain / Portenoy R., Foley K. M. // *Pain.* – 1996. – N 25. – P. 171-186.

483. Radbruch L. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 / L. Radbruch, Sh. Payne // *Palliative Medicine: The Research Journal of the EAPC.* – 2009. – Vol. 16 (6). – P. 278-289.

484. Radbruch L. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 / L. Radbruch, Sh. Payne // *Palliative Medicine: The Research Journal of the EAPC.* – 2010. – Vol. 17 (1). – P. 22-32.

485. Rees W. D. Role of the hospice in the care of the dyings / Rees W. D. // *British*

Med. J. – 1992. – V. 285. – P. 1766-1768.

486. Rowland C.. The contributions of family care-givers at end of life: A national post-bereavement census survey of cancer carers' hours of care and expenditures / Rowland C., Hanratty B., Pilling M. et al. // Palliative medicine. - 2017; 31(4): 346-355.

487. Saunders C. M. The management of terminal illness / C. M.Saunders. – London: Edward Arnold, 1995. – 258 p.

488. Saunders C. M. The management of terminal illness / C. M.Saunders // Nursing times. – 1996. – V. 82, N 43. – P. 28-30.

489. Sepúlveda C. Palliative care: the World Health Organization's global perspective / Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. // Journal pain symptom manage 2002; 24: 91–96.

490. Schenker Y. Do patients with advanced cancer and unmet palliative care needs have an interest in receiving palliative care services? / Y. Schenker, S.Y. Park, R. Maciasz [et al.]. // J. Palliat. Med. - 2014. -V. 17 (6). - P. 667-672.

491. Serra-Prat M. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia / M. Serra-Prat, P. Gallo, J.M. Picaza. // Palliat. Med. – 2001. – V. 15. – № 4. – P. 271–278.

492. Shnoor Y. The Cost of Home Hospice Care for Terminal Patients in Israel / Shnoor Y., Szlaifer M., Aoberman A. S., Bentur N. // American Journal of Hospice & Palliative Medicine. – 2007. – Vol. 24. – N. 4.

493. Smith S. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review / S. Smith, A. Brick, S. O'Hara et al. // Palliat. Med. – 2014. – V. 28. – № 2. – P. 130–150.

494. Smith R. A way to provide palliative care globally / R. Smith. – 2012. – [Electronic resource]. – Access Mode: <https://blogs.bmj.com/bmj/2012/06/25/richard-smith-a-way-to-provide-palliative-care-globally/>.

495. Stokłosa J. Początek ruchu hospicyjnego w Polsce / J. Stokłosa // Medycyna Paliatywna. – 2012. – Vol. 3. – P. 185–187.

496. Taylor H. The hospice movement in Britain: its role and future / Taylor H.. – London: Centre for Policy and Ageing, 1993. – 376 p.

497. Tennant F.S. Narcotic maintenance for chronic pain: medical and legal

guidelines / Tennant F.S., Uelman G.F. // Postgraduate Medicint. – 2003. – N 73. – P. 81-94.

498. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world // Econ [Internet]. – 2015; 71. – [Electronic resource]. - Available from: <http://www.apcp.com.pt/uploads/2015-EIU-Quality-ofDeath-Index-Oct-6-FINAL.pdf>.

499. The Edmonton Symptom Assessment Systeme – [Electronic resource]. - Available from: - <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=33788>.

500. The optimal delivery of palliative care: a national comparison of the outcomes of consultation teams vs inpatient units / D. Casarett, M. Johnson, D.Smith [et al.]. // Arch. Inter. Med. – 2011. – V. 171 (7). – P. 649-655.

501. Twycross R.G., Ventafridda V. The contiming care of terminal cancer patient. – Oxford: Pergamon, 1990. – 294 p.

502. Van Mechelen W. Defining the palliative care patient: a systematic review / Van Mechelen W., Aertgeerts B, De Ceulaer K, Thoonsen B, Vermandere M, Warmenhoven F, et al.. // Palliative Medicine. - 2013; 27(3):197–208. PubMed PMID: 22312010.

503. United Nations. UN Human Rights Council, Thematic Study on the Realization of the Right to Health of Older Persons by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, UN Doc. A/HRC/18/37 (2011).

504. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Mortality 2017 – Data Booklet (ST/ ESA/SER.A/412). - United Nations. – 2017. – 24 P. – [Electronic resource]. - Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/World-Mortality-2017-Data-Booklet.pdf>.

505. URBIS. Evaluation of the National Palliative Care Strategy 2010: Final Report. – Australia: Sydney, URBIS, 2016. – 47 p.

506. Ward A.W.M. Standards for home care cervices for the terminally ill / Ward A.W.M. // Community medicine. – 2002. – N 4. – P. 267-269.

507. Weber M. Knowledge and attitude of final-year medical students in Germany

towards palliative care – an interinstitutional questionnaire-based study / M. Weber, S. Schmiedel, F. Nauck [et al.] // BMC Palliative Care. – 2011. – V. 10. – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3235960/>.

508. Weissman D.E. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care / D. E. Weissman, D. E. Meier. // J. Palliat. Med. – 2011. – V. 14 (1). – P. 17-23.

509. West E., Pasma H. R., Galesloot C., et al. Hospice care in the Netherlands: who applies and who is admitted to inpatient care? // Health Services Research. – 2016. – 16:33. – 9 P. - DOI 10.1186/s12913-016-1273-1. – [Electronic resource]. - Available at: <https://www.researchgate.net/publication/292186500>.

510. White B. P. Comparing doctors' legal compliance across three Australian states for decisions whether to withhold or withdraw lifesustaining medical treatment: does different law lead to different decisions? / B. P. White, L. Willmott, C. Cartwright // BMC Palliative Care. – 2017. - 16:63. – 8 P. - DOI 10.1186/s12904-017-0249-1

511. WHO. Development of care programs for cancer. – Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1986. – 128 p.

512. WHO. Cancer is a global problem // Weekly Epidemiological Record. – 1994. – N 59. – P. 125-126.

513. WHO. Cancer pain relief. – Geneva: World Health organization, 1996. – 61 p.

514. WHO Definition of Palliative Care for Children. 1998. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

515. WHO. Palliative Care in terminal HIV/AIDS // Guidelines for care at the first-referral level in developing countries. - World Health Organization. - 2000. - P.97-98.

516. WHO. What are palliative care needs of older people and how might they be met? - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. – 16 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: mode: <http://www.euro.who.int/document/E83747.pdf>.

517. WHO. Palliative Care. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. – WHO, Geneva, 2007. – 51 p. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>.

518. WHO. Home Care in Europe. The Solid Facts / Edited by R.Tarricone, A. D. Tsouros. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. – 46 p. – // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf.

519. WHO. World cancer report /edited by P. Boyle and B. Levin. – Lyon, 2008. – 511 p. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf.

520. WHO. Palliative care for older people: better practices. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2011. – 72 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf.

521. WHO. Palliative care is an essential part of cancer control // World Health Organization, Cancer Control Programme Department of Chronic Diseases, Health Promotion (CHP). – WHO, Geneva, 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: - <http://www.who.int/cancer/palliative/en/1>.

522. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. – Geneva, Switzerland, 2016. – 92 P.

523. WHO¹. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. – Geneva, Switzerland, 2018. – 88 P.

524. WHO². Palliative care. 19 February 2018 // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

525. WHO. Palliative care for noncommunicable diseases. A global snapshot. 2019 // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/PC-infographic-rev-2018-final-for-web.pdf?ua=1>

526. WHPCA and WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life // Edited by S. R. Connor, M. C. S. Bermedo – World Health Organization, 2014. – 111 p.

527. Wright M. Mapping levels of palliative care development: A global view / M. Wright, J. Wood, M. A. Lynch et al. // Journal of Pain and Symptom Management. – 2008. – № 35 (5). – P. 469–485.

528. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758. Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family

Affairs Committee. 4 November 2008. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link/Documents/WorkingDocs08/EDOC11758.htm>.

529. Woitha K. Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union / K. Woitha, E. Garralda, J.-M. Martin-Moreno, et al. // Journal of Pain and Symptom Management. – 2016. – Vol 52. – № 3. – P. 370–377.

530. Woyka J. Hospice at home / J. Woyka // British Medical Journal. - 1999. - Vol.23, №12. - P.1687-1688.

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

ДОДАТКИ

Список наукових праць автора дисертації**Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Mykhalchuk V. M. Professional postgraduate training of family doctors – an important part and condition of the optimal paliative 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, обробка і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

2. 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 ідея написання статті, збір, обробка і аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

3. Вольф О. О. Соціально-медичні аспекти впливу економічної кризи внаслідок пандемії COVID-19 на паліативну та хоспісну допомогу у світі та в Україні / О. О. Вольф, А. В. Царенко, Н. М. Величко [та ін.] // Здоров'я суспільства. – 2020. – Т. 9. – № 2. – С. 52–57. *(Дисертанту належить збір, обробка і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

4. 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.

5. 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).*

6. 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). – 239–245. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, обробка і аналіз частини результатів, формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

7. Яковенко І. В. Обґрунтування оптимальних моделей бюджетування надання соціальних послуг на рівні об'єднаних територіальних громад / І. В. Яковенко, А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 1. – С. 16–24. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини результатів та формулювання частини висновків, що стосуються паліативної і хоспісної допомоги).*

8. Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний [та ін.] // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини результатів та формулювання частини висновків).*

9. 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.

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, обробка і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

11. 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, обробка і аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків).*

12. Чайковська В. В. Методологічні засади проведення курсу «Основи довготривалого і паліативного догляду за хворими та внутрішньопереміщеними особами літнього віку» (в допомогу навчальним закладам II-IV рівня акредитації) / В. В. Чайковська, Т. І. Вялих, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2018. – № 1(7). – С. 23–30. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків).*

13. Царенко А. В. Значення міжнародних визначень, підходів і стандартів для оптимізації надання паліативної допомоги в Україні / А. В. Царенко, А. Славуцький, А. В. Тальнов [та ін.] // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 3. – С. 69–76. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків).*

14. Царенко А. В. Післядипломна підготовка сімейних лікарів з питань надання паліативної допомоги населенню – важлива складова впровадження системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні / А. В. Царенко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 4. – С. 165–167. *(Дисертанту належить ідея написання статті, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

15. Губський Ю. І. Паліативна допомога та еутаназія: медико-соціальні, біоетичні, правові аспекти / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 1–2. – С. 87–97. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини результатів та формулювання частини висновків).*

16. Царенко А. В. Співпраця кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика і Дубенського медичного коледжу з підготовки медичних спеціалістів з питань надання паліативної і хоспісної допомоги населенню / А. В. Царенко, Н. О. Венгрин, Т. М. Дороніна // Здоров'я суспільства.

– 2017. – Т. 6. – № 4. – С. 167–169. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

17. МОЗ України. Стан, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / В. І. Іволгін, Ю. В. Вороненко, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] // 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». – К., 2017. – С. 266–293. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків стосовно організації паліативної та хоспісної допомоги).*

18. 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. – Том 22. – № 3/4. – С. 426–434. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини результатів та формулювання частини висновків).*

19. 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.

20. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні./ Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока, [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 284–301. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків стосовно організації паліативної та хоспісної допомоги).*

21. 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 даних, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

22. 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 ідея написання статті, збір даних, обробка і аналіз частини результатів та формулювання частини висновків).*

23. Царенко А. В. Освіта медичних працівників (до- і післядипломна) з питань паліативної допомоги з метою попередження професійного вигорання /

А. В. Царенко, О. Г. Шекера, Ю. І. Губський [та ін.] // Здоров'я суспільства. – 2015. – Т. 4. – № 1–2. – С. 27–34. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

24. Стаднюк Л. А. Перспективи оптимізації всеукраїнської міжвідомчої системи багаторівневої підготовки до надання паліативної і геріатричної допомоги / Л. А. Стаднюк, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2–3 (1). – С. 70–77. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

25. Князевич В. М. Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 62–67. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

26. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 68–74. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

27. Шекера О. Г. Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 75–79. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

28. 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 имени И. К. Ахунбаева. – 2015. – № 3(2). – С. 111–119. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір частини матеріалу та формування частини висновків).*

29. 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 [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік. / За ред. О. Квіташвілі; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2015. – с. 284–298. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків стосовно організації паліативної та хоспісної допомоги).*

30. 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).*

31. Шекера О. Г. Модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної допомоги пацієнтам вдома / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Здоров'я суспільства. – 2014. – Т. 3. – № 1–2. – С. 29–35. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

32. 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 ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

33. Царенко А. В. Міжнародні стратегії, підходи та стандарти організації системи надання паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 8–11.

34. Князевич В. М. Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко [та ін.] // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4–7. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

35. 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).*

36. 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 даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

37. Губский 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).*

38. Царенко А. В. Мультидисциплінарна професійна підготовка сімейних лікарів з надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, В. А. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2013. – Т. 2. – № 1. – С. 61–

65. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

39. Царенко А. В. Оптимізація післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я України / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера // Здоров'я суспільства. – 2013. – Т. 2. – №3–4. – С. 34–40. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

40. Губський Ю. І. Паліативна та хоспісна медицина: медико-демографічні та клінічні аспекти / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, Г. А. Барановська [та ін.] // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика. Випуск 20. Книга 2. – К., 2011. – С.723–734. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

41. Губський Ю. Діяльність Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України у 2010 році щодо удосконалення нормативно-правової бази паліативної та хоспісної медицини в Україні / Ю. Губський, А. Царенко, А. Шевчик [та ін.] // Медичне право. – 2011. – №2. – С. 4–16. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

42. Губський Ю. І. Забезпечення співпраці сімейних лікарів і фахівців служби паліативної та хоспісної медицини в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук [та ін.] // Сімейна медицина. – 2011. – №4. – С. 62–66. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

43. 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.

44. Губський Ю.І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV. – №1. – С. 26–28. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

45. 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.

46. Висоцька О. І. Актуальні проблеми підготовки сімейних лікарів з питань паліативної та хоспісної допомоги / О. І. Висоцька, А. В. Царенко, Л. І. Андрієшин [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – Т. 9. – № 1. – С. 115–116. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

47. Царенко А. В. Сучасний розвиток та організація служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні / А. В. Царенко // У кн.: «Сучасні методи та форми надання соціальних і медичних послуг невиліковно хворим». – Луганськ: Янтар, 2010. – С. 4–45.

48. Губський Ю. І. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Скорина [та ін.]. – К., 2010. – Електронне видання. – Доступ: <http://www.medrada.org/stat/156-aktualni-pytannia-vprovadzhennia-systemy-paliatyvnoi-dopomohy-v-ukraini>. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

49. Губський Ю. І. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Скорина [та ін.]. // У зб.: «Право на медичну допомогу в Україні – 2008. Харківська правозахисна група». – Харків: Права людини, 2009. – С. 224–266. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

50. 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 ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

Опубліковані праці апробаційного характеру.

1. Губський Ю. І. Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення: Навчальний посібник / Ю. І. Губський, Л. В. Коношевич, Р. О. Моїсеєнко [та ін.]; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2019. – 145 с. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалів стосовно системи та організації надання паліативної та хоспісної допомоги).*

2. Царенко А. В. Еутаназія чи паліативна допомога: біоетичні та медико-соціальні аспекти / А. В. Царенко // У зб.: «VIII Міжнародний симпозіум з біоетики «Філософські засади медичної теорії та практики» (присвячений 100-річчю НМАПО ім. П.Л. Шупика), 24–25.09.2018, м. Київ». – К. 2018. – С. 23–24.

3. Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

4. Царенко А. В. Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / А. В. Царенко, Ю. В. Криничний,

О. В. Лугова [та ін.] // У зб.: Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р. За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 42–45. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

5. Царенко А. В. Сучасні мультидисциплінарні тенденції розвитку паліативної та хоспісної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги / А. В. Царенко, Н. Є. Кожан, А. М. Бондарчук [та ін.] // Первинна медична допомога в Україні: кращі практики сімейної медицини: Зб. Робіт наук.-практ. конфер. з міжнар. участю; м. Київ, 7–8.06.2017 р. / За ред. Л. Ф. Матюха, Л. В. Хімїон, О. К. Толстанов. – К.: АНФ ГРУП, 2017. – С. 108–112. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

6. Царенко А. В. Особливості надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз з точки зору безпеки пацієнтів та персоналу / А. В. Царенко, Н. Є. Кожан, А. М. Бондарчук // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 47–51. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

7. Паліативна та хоспісна допомога: підручник / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, В. М. Князевич [та ін.]; за ред.: Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Вінниця: Нова Книга, 2017. – 392 с. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалів стосовно системи паліативної та хоспісної допомоги).*

8. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: Навч. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, Ю. І. Губський, А. В. Царенко, Н. Г. Гойда [та ін.]; за ред. Ю. В. Вороненка, О. Г. Шекери, Ю. І. Губського. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2017. – 208 с. *(Дисертанту належить обробка і аналіз частини матеріалів стосовно системи паліативної та хоспісної допомоги).*

9. Контроль хронічного болю. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (Проект). – Державний експертний центр МОЗ України. – 2017. – 153 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://old.moz.gov.ua/docfiles/Pro_20170524_0_dod_2.pdf. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалів стосовно системи паліативної та хоспісної допомоги).*

10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Контроль хронічного болю». (Проект). – Державний експертний центр МОЗ

України. – 2017. – 153 с. – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: URL: [http://old.moz.gov.ua/docfiles/ Pro 20170524_0_dod 2.pdf](http://old.moz.gov.ua/docfiles/Pro_20170524_0_dod_2.pdf). (Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалів стосовно системи паліативної та хоспісної допомоги).

11. Адаптована клінічна настанова «Деменція». – К., 2016. – 115 С. (Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалів стосовно надання паліативної та хоспісної допомоги).

12. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Деменція». ЗАТВЕРДЖЕНО Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2016 № 736. – К., 2016. – 66 С. (Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалів стосовно надання паліативної та хоспісної допомоги).

13. Губський Ю. І. Інноваційні підходи до організації паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, В. В. Чайковська, А. В. Царенко, Т. І. Вялих // Проблемы старения и долголетия. – 2016. – Т. 25. – Приложение. – С. 117. (Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).

14. Царенко А.В. Особливості харчування паліативних пацієнтів похилого віку / А. В. Царенко // Проблемы старения и долголетия. – 2016. – Т. 25. – Приложение. – С. 128.

15. Царенко А. В. Особливості харчування паліативних пацієнтів похилого віку // Проблемы старения и долголетия. – 2016. – Т. 25. – № 2. – С. 360.

16. Царенко А.В. Организационные аспекты участия врачей общей практики-семейных врачей в паллиативной помощи в Украине / А. В. Царенко, О. Г. Шекера, А. Н.Юзвишина // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан», 28.09.2016 г., г. Душанбе. – Душанбе, 2016. – С. 200–206. (Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).

17. 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 ідея написання статті, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).

18. Князевич В. М. Умови створення та розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні / В. М. Князевич, А. В. Царенко, 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 ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).

19. Царенко А. В. Фармацевтичне та медичне право і лікарські засоби в паліативній та хоспісній медицині / А. В. Царенко, О. М. Бабійчук, Ю. І. Губський // У зб.: «Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конфер. з міжнар. участю «Розвиток медичного права в Україні в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів». – К., 2016. – С. 29–31. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

20. Губський Ю. І. Особливості фармакотерапії і харчування паліативних пацієнтів похилого віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – № 63/3/16. – 2016. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалу та підготовка до друку).*

21. Губський Ю. І. Наукове обґрунтування інноваційної організаційно-функціональної моделі надання паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – № 62/3/16. - 2016. *(Дисертанту належить збір даних, обробка і аналіз частини матеріалу та підготовка до друку).*

22. Гойда Н. Г. Організаційні аспекти створення системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Н. Г. Гойда, А. В. Царенко, В. М. Князевич, Ю. І. Губський // У зб.: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конфер. 22–24.04.2015 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2015. – С. 32–48. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, обробка і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

23. Вольф О. О. Програма циклу тематичного удосконалення «Психологічні, соціальні та юридичні аспекти організації надання медичної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах / О. О. Вольф, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // У зб.: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конфер. 22–24.04.2015 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2015. – С. 193–196. *(Дисертанту належить обробка і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

24. Царенко А. В. Організаційні та медичні аспекти створення виїзної бригади паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко, О. Г. Шекера, В. Д. Вілівчук [та ін.] // У зб.: Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конфер. 22–24.04.2015 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком, 2015. – С. 70–87. *(Дисертанту*

належить ідея написання статті, збір даних, обробка і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).

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

26. 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, Copenhagen, Denmark, 10 May 2015. Abstracts. – 2015. – P. 170. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

27. Чайковська В. В. Організація паліативної допомоги хворим похилого віку України в умовах хоспісу та паліативного відділення лікарні / В. В. Чайковська, А. В. Царенко, Д. Р. Чайківська [та ін.] // Інформаційний лист. МОЗ України. Вип. 5 з проблеми «Геронтологія і геріатрія». – К. 2015. – № 358–2015. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

28. Царенко А. В. Організаційні та методичні аспекти підготовки медичних працівників для служби паліативної і хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Матеріали наук.-практ. конфер. з міжнарод. участю «Сучасні проблеми народної і нетрадиційної медицини», 16–17.10.2014 р. / За ред. проф. В. А. Туманова, д.м.н. В. М. Князевича, проф. Т. П. Гарник. – Київ. – 2014. – С. 45–49.

29. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // У зб.: Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-практ. конфер. / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 14–25. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

30. Князевич В. М. Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко // У зб.: Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-практ. конфер. / За ред. В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 5–13. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

31. Шекера О. Г. Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, Ю. І. Губський // У зб.: Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали наук.-практ. конфер. / За ред.

В. М. Князевича, Ю. І. Губського, А. В. Царенка. – Київ, 2014. – С. 25–32. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

32. 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. *(Дисертанту належить ідея написання нововведення, збір і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

33. Губський Ю. І. Нормативно-правові вимоги України до рецептів на лікарські засоби групи наркотичних анальгетиків / Ю. І. Губський, О. О. Нагорна, А. В. Царенко // Реєстр галузевих нововведень. – № 364/1/14. – 2014. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

34. Гойда Н. Г. Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хоспісної допомоги у складі мультидисциплінарної команди / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // У зб.: Матеріали наук.-практ. конфер. «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи». 3–4.04.2014 р. – Черкаси. – 2014. – С. 47–52. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

35. Князевич В. М. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // У зб.: Матеріали наук.-практ. конфер. «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи». 3–4.04.2014 р. – Черкаси. – 2014. – С. 9–18. *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

36. Князевич В. М. Міжнародні підходи і досвід мультидисциплінарної співпраці при наданні паліативної допомоги / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // У зб.: Матеріали наук.-практ. конфер. «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи». 3–4.04.2014 р. – Черкаси. – 2014. – С. 19–25. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

37. Губський Ю. І. Невідкладна допомога в паліативній та хоспісній медицині: клініко-фармацевтичні, біоетичні та медико-правові аспекти / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук [та ін.] // Матеріали наук. симпозіуму з міжнар. участю «Актуальні питання медицини невідкладних станів». 1–2.04.2014 р. – К.: НМАПО, 2014. – С. 42–44. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

38. 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 ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

39. 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. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

40. Князевич В. М. Національна стратегія розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року: стан впровадження, проблеми і перспективи / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко [та ін.] // Місце народної і нетрадиційної медицини в паліативній допомозі. Матеріали Міжнарод. наук.-практ. конфер., 10-11.10.2013 р. / За ред. В. М. Князевича, Т. П. Гарник. – Київ. – 2013. – С. 3–9. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

41. Князевич В. М. Празька хартія (2013): отримання паліативної допомоги – право людини / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // Впровадження стандартів надання паліативної допомоги. Матеріали наук.-практ. конфер. з міжнарод. участю. 26-27.09.2013 р. / За ред. І. П. Вакалюка, О. З. Децик: Наукове видання. – Івано-Франківськ: Місто НВ. – 2013. – С. 3–8. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

42. Дандре П. Опыт ОО «Ассоциация христианских медсестер и волонтеров «Благо» по подготовке волонтеров, которые участвуют в оказании паллиативной помощи / П. Дандре, Н. Т. Ильницький, В. Л. Кулиниченко, А. В. Царенко // Впровадження стандартів надання паліативної допомоги. Матеріали наук.-практ. конфер. з міжнар. участю. 26-27.09.2013 р. / За ред. І. П. Вакалюка, О. З. Децик: Наукове видання. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2013, с. 47–49. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

43. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. Г. Шекера [та ін.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти. Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конфер., 20–21.11.2013 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: «Талком». – 2013. – С. 49–62. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

44. Князевич В. М. Підготовка студентів з питань надання паліативної допомоги населенню: міжнародний та національний досвід / В. М. Князевич, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти.

Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конфер., 20–21.11.2013 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: «Талком». – 2013. – С. 22–32. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

45. Губський Ю. І. Невідкладна допомога в паліативній і хоспісній медицині: клініко-фармацевтичні, біоетичні та медико-правові аспекти / Ю. І. Губський, О. Є. Бобров, А. В. Царенко [та ін.] // Матеріали наук.-практ. конфер. «Актуальні питання медицини невідкладних станів». 11–12 квітня 2013 р. / За ред. І. С. Зозулі. – Вінниця, 2013. – С. 20–24. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

46. Царенко А. В. Оптимальная модель оказания паллиативной и хосписной помощи городскому населению в Украине / А. В. Царенко // У зб.: IX Міжнародний салон винаходів і нових технологій «Новий час». 26-28.09.2013 р., м. Севастополь, Україна. – Севастополь. – 2013. – С.234–235.

47. Брацюнь О. П. Потреба та можливості розвитку в Україні системи надання паліативної допомоги вдома / О. П. Брацюнь, А. В. Царенко // Посібник по службах паліативної допомоги вдома в Україні та за кордоном. – Київ: РА «Арт-Мак». – 2013. – 138 с. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

48. 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 ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

49. Губський Ю. І. Покращення міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Вольф [та ін.] // У кн.: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. з міжнарод. участю «Соціальна політика щодо невиліковно хворих». – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 3–20. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

50. Вольф О. О. Глобальні процеси та гуманізація політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та Україні / О. О. Вольф, А. В. Царенко // У кн.: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. з міжнарод. участю «Соціальна політика щодо невиліковно хворих». – К.: Університет «Україна». – 2012. – С. 21–36. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

51. Князевич В. М. Національна Стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні (проект) / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко [та ін.] // У зб.: Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. 26–27.09.2012 р. – Київ, 2012. – С. 45–47. *(Дисертанту належить ідея*

написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).

52. Губський Ю. І. Стан та організація паліативної та хоспісної медицини: український вимір / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук [та ін.] // У зб.: Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. 26–27.09.2012 р. – Київ, 2012. – С. 55–56. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

53. Царенко Т. В. Особливості роботи середніх медичних працівників у відділенні паліативної допомоги «Хоспіс» / Т. В. Царенко, А. В. Царенко // У зб.: Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. 26–27.09.2012 р. – Київ, 2012. – С. 70. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

54. Ільницький М. Т. Діяльність ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо» щодо паліативної допомоги хворим та їхнім сім'ям / М. Т. Ільницький, В. Л. Кулініченко, П. Д'Андре, А. В. Царенко // У зб.: Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. 26–27.09.2012 р. – Київ, 2012. – С. 58. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

55. Яковенко І. В. Актуальність впровадження нової спеціальності «соціально-медична діяльність» для установ соціальної сфери та закладів паліативної допомоги / І. В. Яковенко, А. В. Царенко // У зб.: Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги. 26–27.09.2012 р. – Київ, 2012. – С.74. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

56. Царенко А. В. Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Матеріали Першої наук.-практ. конфер. / Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський: Наукове видання. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 168–176.

57. Царенко А. В. Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, О. І. Толстих [та ін.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Матеріали Першої наук.-практ. конфер. / Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський: Наукове видання. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 58–65. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

58. Царенко А. В. Безпека, якість та доступність паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам похилого та старечого віку: проблеми та шляхи вирішення / А. В. Царенко // Зелена Книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали

Першого Національного конгресу з безпеки пацієнтів: Видання перше. – К., 2012. – С. 272–277.

59. Туберкульоз. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Рекомендовано наказом МОЗ України від 21.12.2012, № 1091. – К., 2013. – 259 С. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу стосовно паліативної і хоспісної допомоги хворим на туберкульоз).*

60. Туберкульоз. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги / Рекомендовано наказом МОЗ України від 21.12.2012, № 1091. – К., 2012. – 171 С. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу стосовно паліативної і хоспісної допомоги хворим на туберкульоз).*

61. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі / Рекомендовано наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі». *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу).*

62. Контроль болю. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Рекомендовано наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі». *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу).*

63. Шекера О. Г. Значення громадськості щодо формування державної політики України у реформуванні охорони здоров'я / О. Г. Шекера, О. О. Шекера, А. В. Царенко // У кн.: Другий Всеукраїнський конгрес з медичного права, біоетики і соціальної політики з міжнародною участю. 14–15.04.2011 р, м. Київ: Збірник тез доповідей. – Київ: Видавництво «КІМ», 2011. – С. 108. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків)*

64. Царенко А. В. Актуальність підготовки сімейних лікарів з питань паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // В кн.: Матеріали конфер. сімейних лікарів. – Ужгород: УжНУ, 2011. – С. 135–136.

65. Впровадження паліативної та хоспісної допомоги на базі територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Печерського району м. Києва / В. Д. Некрутова, О. О. Вольф, А. В. Царенко // Методичні рекомендації. Міністерство соціальної політики України. – К., 2011. – 20 С. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу).*

66. Митник З. М. Діяльність МОЗ України щодо нормативно-правового забезпечення служби паліативної та хоспісної допомоги / З. М. Митник, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.]. // У кн.: Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення. Матеріали IV Всеукр. (III Міжнарод.) наук.-практ. конфер. з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010

р. – Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 148–155. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

67. Андрієшин Л.-О. І. Формування системи доступної паліативної допомоги в Івано-Франківській області / Л.-О. І. Андрієшин, А. В. Царенко, Л. С. Малофій [та ін.] // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення. Матеріали IV Всеукр. (III Міжнарод.) наук.-практ. конфер. з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 28–31. *(Дисертанту належить аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

68. Губський Ю. І. Забезпечення належної якості паліативної та хоспісної допомоги шляхом розробки та впровадження стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук [та ін.] // У кн.: Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. (Київ, 22 жовтня 2010 р.). – К., 2010. – С. 30. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

69. Губський Ю. І. Післядипломна підготовка фахівців як умова забезпечення відповідної якості паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. І. Толстих [та ін.] // У кн.: Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. (Київ, 22 жовтня 2010 року). – с. 29. *(Дисертанту належить ідея написання тез, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків)*

70. Царенко А. В. Аналітичний звіт за результатами дослідження щодо впровадження системи паліативної допомоги людям, що живуть з ВІЛ за 2010 р. / А. В. Царенко, В. П. Хмарський, В. Г. Сердюк [та ін.]. – К., 2010. – 109 с. – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: URL: file:///C:/Users/User/Downloads/Itsarenko_a_v_khmarskiy_v_p_serdyuk_v_g_zvit_za_rezultatami.pdf. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка звіту до друку).*

71. Губський Ю. І. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги. / Ю. І. Губський, В. В. Чайковська, А. В. Царенко // V Національний конгрес геронтологів і геріатрів. (Київ, 12–14 жовтня 2010 р.). Тези // Проблеми старення і долголетия. – 2010. – Т. 19. – № 3. – С. 310. *(Дисертантові належить ідея написання тез, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

72. 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.: Матеріали V съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2010. – С. 159–161.

(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).

73. Царенко А. В. Развитие службы паллиативной помощи в Украине как важное условие улучшения качества жизни пациентов в терминальной стадии онкологических заболеваний / А. В. Царенко, В. Г. Сердюк // В кн.: Организационные аспекты обеспечения качества и безопасности эстетической медицины. Первый съезд Украинского общества эстетической медицины. – Одесса, 2010. – С. 57–58. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

74. Шекера О.Г. Безперервний професійний розвиток сімейних лікарів: навчання сучасним технологіям спілкування та психологічного консультування / О. Г. Шекера, О. І. Висоцька, Г. М. Виноградова [та ін.] // У кн.: Збірник матеріалів Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України: Результати, проблеми, перспективи». – Тернопіль, 2010. – С. 7–12. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

75. 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 Світової Федерації українських лікарських товариств (30.09–03.10.2010, м. Львів). – Львів–Київ–Чикаго, 2010. – С. 747–748.

76. Губський Ю.І. Становлення служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О.М. Коллякова // У кн.: Матеріали XIII Конгресу Світової Федерації українських лікарських товариств (30.09- 03.10.2010, м. Львів). – Львів–Київ–Чикаго, 2010. – С. 746–747. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка статті до друку).*

77. 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. – Austria. Vienna, 2009. – P. 120. *(Дисертанту належить ідея написання тез, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка тез до друку).*

78. Tsarenko A. Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine / A. Tsarenko, Yu.Gubskiy, V. Tchaykovska [et al.] // 11-th Congress of the EAPC. 7–10.05.2009. Abstracts. – Austria. Vienna, 2009. – P.149. *(Дисертанту належить ідея написання тез, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка тез до друку).*

79. Митник З. М. Діяльність МОЗ України щодо створення служби паліативної та хоспісної допомоги / З. М. Митник, Ю. І. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // X з'їзд ВУЛТ. 24–27.09.2009. // Українські медичні вісті. – 2009. – Т. 8. – № 1–4. – С. 323–324. *(Дисертанту належить ідея написання тез, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

80. Царенко А. В. Співпраця громадських організацій та державних установ у підготовці кадрів для служби паліативної та хоспісної допомоги. / А. В. Царенко, Ю. І. Губський, В. Г. Сердюк та [та ін.] // X з'їзд ВУЛТ. 24–27.09.2009 // Українські медичні вісті. – 2009. – Т. 8. – № 1–4 (68–71). – С. 377. *(Дисертанту належить ідея написання тез, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

81. Царенко А. В. Санологічні аспекти визначення рівня здоров'я лікарів з метою попередження синдрому вигорання / А. В. Царенко, Л. І. Андрієшин, Т. В. Злотник [та ін.] // У зб.: Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку. Матеріали VII міжнар. наук.-практ. конфер. Том 2. – Харків, 2009. – С. 214–220. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

82. Царенко А. В. Санологічні підходи щодо попередження синдрому професійного вигорання лікарів / А. В. Царенко, Л. І. Андрієшин, Т. В. Злотник [та ін.] // У зб.: Сучасні технології досягнення здоров'я та довголіття. Матеріали наук.-практ. конфер. з міжнар. участю. 13–14.05.2009 р. – К., 2009. – С. 84–85. *(Дисертанту належить ідея написання тез, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка тез до друку).*

83. 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 ідея написання тез, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка тез до друку).*

84. Вольф О.О. Медико-соціальна допомога невиліковно хворим (паліативна допомога) в Україні та її вплив на трансформацію суспільства / О. О. Вольф, В. Г. Сердюк, А. В. Царенко // У кн.: Трансформація медицини, медичного знання та освіти: філософські та методологічні аспекти. Матеріали наук.-практ. семінару (з міжнарод. участю). 06.02.2008 р., м. Київ. – К.: Фарт, 2008. – С. 13–14. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формування частини висновків).*

85. Wolf A. Improving the patient safety in palliative care in Ukraine / A. Wolf, V. Serdiuk, A. Tsarenko, Yu. Gubsky // Patient Safety Research: shaping the European agenda. International Conference Abstracts. – Porto, 2007. – P. 142. *(Дисертанту належить ідея написання тез, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків, підготовка тез до друку).*

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи:

1. Shekera O. G. The need of changing the paradigm of thinking of a General Practitioner in connection with the International Classification of Primary Health Care (ICPC-2) implementation in Ukraine / O. G. Shekera, N. V. Medvedovska, A. V. Tsarenko // *Здоров'я суспільства*. – 2018. – Т. 7. – № 5. – С. 205–208. *(Дисертанту належить збір і обробка частини матеріалу та формування частини висновків)*.

2. Закон України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» (Проект) / І. В. Сисоєнко, К. В. Яринич, О. М. Кириченко [та ін.] // *Здоров'я суспільства*. – 2018. – Т. 7. – № 2. – С. 105–118. *(Дисертанту належить формування ст. 26)*.

3. 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). – Р. 79–82. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків)*.

4. Етніс О. Л. Значення міжнародного досвіду та підтримки в оптимізації надання протитуберкульозної допомоги в установах Державної пенітенціарної служби України / О. Л. Етніс, Н. Є. Кожан, А. В. Царенко [та ін.] // *Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії*. – Вип. № 45, том 2. – К., 2016. – С. 88–95. *(Дисертанту належить аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків)*.

5. Царенко А. В. Роль харчування в лікуванні хворих похилого віку, що потребують паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // *Проблеми старения и долголетия*. – 2016. – Т. 25. – Приложение. – С. 128.

6. Фролков В. В. Особенности биологического возраста сотрудников отделения паллиативной и хосписной помощи донецкой ГКБ № 21 / В. В. Фролков, Т. В. Головня, А. В. Царенко [та ін.] // *Реабілітація та паліативна медицина*. – 2015. – № 1 (1). – С. 96–99. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків)*.

7. Місяк С. А. Обґрунтування системи менеджменту спеціалізованого медико-соціального реабілітаційного центру для онкологічних хворих і онкоінвалідів / С. А. Місяк, А. В. Царенко // *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика*. – 2014. – Вип. 23. – Книга 1. – С. 198–209. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків)*.

8. Шекера О.Г. Соціально-медичні аспекти здоров'я (огляд літератури) / О. Г. Шекера, А. В. Царенко // *Здоров'я жінки (науково-практичний журнал)*. – 2013. – № 1 (77). – С. 90–93. *(Дисертанту належить збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу та формулювання частини висновків)*.

9. Князевич В.М. Отримання паліативної допомоги – право людини. Празька хартія (2013): заклик до урядів полегшити страждання хворих і визнати паліативну допомогу правом людини / В. М. Князевич, А. В. Царенко, О. П. Брацюнь // Паліативна допомога. Інформаційний бюлетень. – 2013. – № 2. – С. 37–40. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

10. Царенко А.В. Оптимізація системи неперервної медичної освіти як важлива умова підвищення якості вищої освіти / А. В. Царенко, Н. О. Постригач, В. А. Царенко [та ін.] // Гуманітарний вісник. – Додат. 1 до Вип. 27, Том II (35): Тематичний вісник «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». – К.: Гнозис, 2012. – С. 340–348. *(Дисертанту належить ідея написання статті, збір даних, аналіз частини матеріалу та формулювання частини висновків, підготовка статті до друку).*

11. Модель покращання доступності та якості медичної допомоги сільському населенню з застосуванням телемедичних технологій. (Методичні рекомендації) / О. П. Мінцер, Л. Ф. Матюха, А. В. Царенко [та ін.]. – Івано-Франківськ: Вид-во Прикарпатського НУ імені В. Стефаника, 2012. – 25 с. *(Дисертанту належить ідея написання Методичних рекомендацій, збір даних, аналіз і обробка частини матеріалу, підготовка Методичних рекомендацій до друку).*

12. Шекера О. Г. Європейські підходи щодо забезпечення прав медичних працівників і пацієнтів в Україні / О. Г. Шекера, О. О. Шекера, А. В. Царенко, [та ін.] // У кн.: Міжнародний (Третій Всеукраїнський) конгрес з медичного і фармацевтичного права, біоетики та соціальної політики. 19–21.04.2012 р., м. Київ: Зб. тез доповідей. – К.: Видавництво «КІМ», 2012. – С. 152–153. *(Дисертанту належить ідея написання тез, збір даних, аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

13. Шекера О. Г. Розвиток медичного права та забезпечення прав медичних працівників і пацієнтів / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, О. О. Шекера // У кн.: Медичне право України: законодавче забезпечення царини охорони здоров'я (генезис, міжнародні стандарти, тенденції розвитку й удосконалення): Матеріали V Всеукр. (IV Міжнар.) наук.-практ. конфер. з медичного права, 19–21.05.2011 р., м. Одеса). – Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2011. – С. 408–415 *(Дисертанту належить збір і аналіз частини матеріалу та формування частини висновків).*

14. Царенко А. В. Залучення неурядових організацій до діяльності щодо забезпечення належної якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів / А. В. Царенко, В. Г. Сердюк // У кн.: «Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати». Матеріали Всеукр. наук.-практ. конфер. (Київ, 22.10.2010 р.). – С. 149–150. *(Дисертантові належить ідея написання тез, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формулювання висновків).*

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

1) на міжнародному рівні:

1. Науково-практична конференція (НПК) з міжнар. уч. «Компетенції сімейного лікаря в питаннях реабілітації пацієнтів» 05–06.12.2019, м. Київ, тема: Умови залучення сімейних лікарів до надання паліативної допомоги вдома (тренінг);

2. НПК з міжнар. уч. «Організаційні та клінічні питання сімейної медицини в Україні» 24–25.10.2019, м. Київ, тема: Інтегрування паліативної і хоспісної допомоги в практику лікарів загальної практики-сімейних лікарів як умова створення системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні (доповідь), Паліативна допомога пацієнтам похилого віку вдома: мультидисциплінарні та міжвідомчі аспекти (доповідь), Сучасні підходи до безперервної професійної освіти сімейних лікарів на кафедрі паліативної і хоспісної медицини (доповідь);

3. НПК з міжнар. уч. «VII Національний Конгрес з біоетики» 30.09–02.10.2019, м. Київ, тема: Біоетичні аспекти надання паліативної і хоспісної допомоги в сімейній медицині (доповідь);

4. НПК з міжнар. уч. «Впровадження європейських технологій у лікуванні онкохворих. Чернігівська модель» 13–14.09.2019, м. Чернігів, тема: Національний і міжнародний досвід надання паліативної і хоспісної допомоги онкологічним пацієнтам (доповідь);

5. Всеукраїнська НПК з міжнар. уч. «Первинна медична допомога в ракурсі світових практик», 06–07.06.2019, м. Київ, тема: Роль лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі паліативної і хоспісної допомоги в Україні (стендова доповідь);

6. НПК з міжнар. уч. «Проблеми та перспективи первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (до Всесвітнього дня сімейного лікаря)» 16–17.05.2019, м. Київ, тема: Умови впровадження та функціонування концептуальної моделі надання паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні ПМСД (доповідь);

7. НПК з міжнар. уч. «Стан та перспективи розвитку сімейної медицини в Україні» (до 100-річчя заснування НМАПО імені П. Л. Шупика), 25–26.10.2018,

м. Київ, тема: Умови і механізми інтегрування паліативної і хоспісної допомоги в практику лікарів загальної практики-сімейних лікарів (доповідь);

8. III Міжнар. НПК «Терапевтичні читання: сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів» (присвячена пам'яті академіка НАМН України Є. М. Нейка), 4–5.10.2018, м. Івано-Франківськ–Яремча, тема: Сучасні методи лікування пролежнів у паліативних пацієнтів (доповідь);

9. VIII Міжнар. симпозіум з біоетики «Філософські засади медичної теорії та практики» (присвячений 100-річчю НМАПО ім. П.Л.Шупика), 24–25.09.2018, м. Київ, тема: Еутаназія чи паліативна допомога: біоетичні та медико-соціальні аспекти (доповідь);

10. НПК з міжнар. уч. «Сімейна медицина – майбутнє охорони здоров'я України» (присвячена 100-річчю заснування НМАПО імені П. Л. Шупика), 17.05.2019, м. Київ, тема: Медико-соціальний аналіз нормативно-правової бази України і міжнародних документів щодо організації надання паліативної та хоспісної допомоги на первинному рівні медичної допомоги (доповідь);

11. The Annual Scientific Conference «Ukrainian psychiatry in the fast changing world», 25–27.04.2018, Kyiv, тема: Organizational models of palliative care for elderly patients with cognitive impairment (доповідь);

12. Междунар. НПК «Актуальные вопросы деменции XXI столетия: международный и отечественный опыт», 19–20.04.2018, м. Київ, тема: Мультидисциплінарні аспекти післядипломної підготовки фахівців для надання паліативної допомоги пацієнтам з деменцією (доповідь);

13. НПК з міжнар. уч. «Проблеми та перспективи сімейної медицини в Україні», 26–27.10.2017, м. Київ, тема: Післядипломна підготовка сімейних лікарів з надання паліативної допомоги населенню – важлива складова впровадження системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні (доповідь); Співпраця кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика і Дубненського медичного коледжу з підготовки медичних спеціалістів з питань надання паліативної і хоспісної допомоги населенню (доповідь);

14. Conference «Practice of palliative care in the Eurasian region. Experience exchange», 17–19.10.2017, Ivano-Frankivsk, тема: Providing multidisciplinary and

cross-sectoral approach for optimization of post-graduate training of medical staff at the Department of Palliative and Hospice Medicine of P. Shupyk NMAPE (доповідь);

15. НПК з міжнар. уч. «Первинна медична допомога в Україні: кращі практики сімейної медицини», 8.06.2017, м. Київ, тема: Сучасні мультидисциплінарні тенденції розвитку паліативної та хоспісної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги (доповідь);

16. Міжнар. НПК «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення», 6–7.06.2017, м. Дніпро, тема: Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро (доповідь); Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області (доповідь);

17. НПК з міжнар. уч. «Актуальні питання сімейної медицини та перспективи її розвитку в рамках Всесвітнього дня сімейного лікаря», 18–19.05.2017, м. Київ, тема: Організаційна модель співпраці лікарів загальної практики-сімейних лікарів та стаціонарних закладів паліативної та хоспісної допомоги (доповідь); Мультидисциплінарні аспекти післядипломної освіти лікарів загальної практики-сімейних лікарів на кафедрі паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика (доповідь); Роль лікарів загальної практики-сімейних лікарів у наданні паліативної та хоспісної допомоги інкурабельним пацієнтам вдома (доповідь); Роль лікарів загальної практики-сімейних лікарів у наданні паліативної та хоспісної допомоги інкурабельних пацієнтів на дому (стендова доповідь);

18. Республ. НПК «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан», 28.09.2016, г. Душанбе, тема: Организационные аспекты участия врачей общей практики-семейных врачей в паллиативной помощи в Украине (доповідь);

19. XIII з'їзд онкологів та радіологів України, 26–28.05.2016, м. Київ, тема: Умови створення та розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні (доповідь); Мультидисциплінарні аспекти надання паліативної допомоги пацієнтам із злоякісними новоутвореннями в амбулаторних умовах (доповідь);

20. VII Міжнар. Медичний Форум і V Ювілейний Міжнар. Медичний Конгрес, 20.04.2016, м. Київ, тема: Мультидисциплінарні аспекти роботи сімейних лікарів

при наданні паліативної допомоги пацієнтам вдома (доповідь);

21. НПК з міжнар. уч. «Правові та організаційні засади паліативної допомоги в Україні», 11.11.2016, м. Київ, тема: Організаційно-функціональна модель розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: умови впровадження мультидисциплінарного і міжсекторального підходів (доповідь);

22. НПК з міжнар. уч. «Сьогодення та перспективи розвитку сімейної медицини», 27–28.10.2016, м. Київ, тема: Організаційна модель співпраці лікарів загальної практики-сімейних лікарів та стаціонарних закладів паліативної та хоспісної допомоги (доповідь); Мультидисциплінарні аспекти післядипломної освіти лікарів загальної практики-сімейних лікарів на кафедрі паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика (доповідь);

23. VI Національний конгрес геронтологів і геріатрів України, 19–21.10.2016, м. Київ, тема: «Інноваційні підходи до організації паліативної допомоги людям літнього віку» (доповідь); «Організація стаціонарної паліативної допомоги літнім хворим» (доповідь);

24. НПК з міжнар. уч. «Паліативна допомога в Україні: морально-етичні, психологічні та духовні аспекти», 14–15.06.2016 р., м. Харків, тема: Завдання держави та громадськості по створенні системи паліативної допомоги. Паліативна допомога, як крок до цивілізованого суспільства (доповідь); Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: впровадження мультидисциплінарного і міжсекторального підходів (доповідь);

25. НПК за міжнар. уч. «Всесвітній день сімейного лікаря», 19.05.2016, м. Київ, тема: Організація співпраці сімейних лікарів і стаціонарних закладів паліативної і хоспісної медицини в м. Києві (доповідь);

26. 14th World Congress of the European Association for Palliative Care, 8–10.05.2015, Copenhagen, тема: Collaboration of NGO's and Government of Ukraine for Development of Palliative and Hospice Care Regulatory Basis (доповідь);

27. НПК за міжнар. уч. «Сімейна медицина – фундамент охорони здоров'я України», 22–23.10.2015, м. Київ, тема: Медико-соціальне обґрунтування умов залучення сімейних лікарів до надання паліативної допомоги вдома (доповідь);

28. Другий Національний Конгрес з паліативної допомоги, 01–02.10.2015,

м.Київ, тема: Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини, як передумова створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні (доповідь);

29. VI Міжнар. конфер. «Сучасні підходи до діагностики та лікування лімфо-проліферативних захворювань», 15–16.10.2015, м. Київ, тема: Організаційно-функціональна модель надання паліативної та хоспісної допомоги хворим на злоякісні новоутворення (доповідь);

30. НПК з міжнар. уч. «Сьогодення та майбутнє сімейної медицини», 30–31.10.2014, м. Київ, тема: Модель надання паліативної та хоспісної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги (доповідь);

31. НПК з міжнар. уч. «Сучасні проблеми народної і нетрадиційної медицини», 16–17.10.2014, м. Київ, тема: Організаційні та методичні аспекти підготовки медичних працівників для служби паліативної і хоспісної допомоги (доповідь);

32. НПК з міжнар. уч. «Актуальні проблеми сімейної медицини в Україні», 24–25.10.2013, м. Київ, тема: Модель надання паліативної та хоспісної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги (доповідь);

33. Міжнар. НПК «Місце народної і нетрадиційної медицини в паліативній допомозі», присвячена Всесвітньому Дню паліативної та хоспісної допомоги, 10–11.10.2013, м. Київ, тема: Національна стратегія розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року: стан впровадження, проблеми і перспективи (доповідь); Міжнародний досвід організації надання паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

34. Всеукр. НПК з міжнар. уч. «Впровадження стандартів надання паліативної допомоги», 26–27.09.2013, м. Івано-Франківськ, тема: Залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної допомоги пацієнтам похилого віку вдома (доповідь);

35. 13-th World Congress of the European Association for Palliative Care, 30.05–02.06.2013, Prague, тема: Advocacy Activities for the Palliative Care System Creating and the Palliative Care State Policy Shaping in Ukraine (стендова доповідь); Experience of Ukraine to Educate Medical Professionals Involved in Palliative Care (стендова доповідь);

36. Всеукр. НПК з міжнар. уч. «Соціальна політика щодо невиліковно хворих», 15–16.03.2012, м. Київ, тема: Покращання міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

37. Перший Національний конгрес з безпеки пацієнтів, 29–30.11.2012, м. Київ, тема: Безпека, якість та доступність паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам похилого та старечого віку: проблеми та шляхи вирішення (доповідь);

38. Перший Національний Конгрес з паліативної допомоги. 26–27.09.2012, м. Ірпінь, тема: Розробка розділу «Паліативна допомога» Державної програми «Здоров'я 2020: український вимір» (доповідь); Стан та організація паліативної та хоспісної медицини: український вимір (доповідь); Стан та проблеми підготовки медичних кадрів з питань паліативної та хоспісної допомоги у закладах післядипломної освіти (доповідь);

39. 5-я Междунар. конфер. «Детская паллиативная помощь в Восточной Европе», 27–29.10.2011, г. Минск, Республика Беларусь, тема: Развитие службы паллиативной и хосписной помощи в Украине в соответствии с международными подходами как важное условие улучшения качества жизни населения (доповідь);

40. Другий Всеукр. конгрес з медичного права, біоетики і соціальної політики з міжнар. уч., 14–15.04.2011, м. Київ, тема: Значення громадськості щодо формування державної політики України у реформуванні охорони здоров'я (доповідь);

41. IV Всеукр. (III Міжнар.) НПК з медичного права «Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення», 22–23.04.2010, м. Львів, тема: Формування системи доступної паліативної допомоги в Івано-Франківській області (доповідь); Діяльність МОЗ України щодо нормативно-правового забезпечення служби паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

42. VIII Міжнар. НПК «Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку», 8–10.04.2010, м. Харків, тема: Валеологічні аспекти підготовки медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги (доповідь);

43. XIII Конгрес Світової Федерації українських лікарських товариств, 30.09–03.10.2010, м. Львів, тема: Залучення медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги до надання паліативної та хоспісної допомоги вдома (допо-

відь); Становлення служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні (доповідь);

44. V Національний конгрес геронтологів і геріатрів, 12–14.10.2010, м. Київ, тема: Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

45. IV Всеукр. (III Міжнар.) НПК з медичного права, 22–23.04.2010, м. Львів, тема: Діяльність МОЗ України щодо нормативно-правового забезпечення служби паліативної та хоспісної допомоги (доповідь); Формування системи доступної паліативної допомоги в Івано-Франківській області (доповідь);

46. Міжнар. НПК, присвячена Всесвітньому дню здоров'я «Урбанізація і здоров'я», 7–8.04.2010, м. Київ, тема: Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам (доповідь); Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини (доповідь);

47. НПК з міжнар. уч. «Сучасні технології досягнення здоров'я та довголіття», 13–14.05.2009, м. Київ, тема: Санологічні підходи щодо попередження синдрому професійного вигорання лікарів (доповідь);

48. V съезд педиатров и детских хирургов Таджикистана, 1–3.10.2010, г. Душанбе, тема: Актуальность развития службы паллиативной и хосписной помощи детям в Украине в соответствии с международными подходами (доповідь);

49. 11-th Congress of the European Association for Palliative Care, 7–10.05.2009, Austria, Vienna, тема: 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 (стендова доповідь); Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine (стендова доповідь);

50. The 2-nd International Conference in Palliative Care. Palliative Care in Different Cultures. 19–20.03.2008 Eilat, Israel, тема: Improving of palliative care specialists' training in Ukraine (доповідь);

51. Наук.-практ. семінар з міжнар. уч. «Трансформація медицини, медичного знання та освіти: філософські та методологічні аспекти», 06.02.2008 р., м. Київ, тема: Медико-соціальна допомога невиліковно хворим (паліативна допомога) в

Україні та її вплив на трансформацію суспільства (доповідь);

52. International Conference «Patient Safety Research: shaping the European agenda», 24–26.09.2007, Porto, тема: Improving the patient safety in palliative care in Ukraine (стендова доповідь).

2) на національному рівні:

1. НПК «Актуальні питання сімейної медицини в Україні» 16–17.04.2019, м. Київ, тема: Досвід кафедри паліативної та хоспісної медицини з питань професійної післядипломної підготовки сімейних лікарів з паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

2. Всеукр. НПК з сімейної медицини «Від науки до практики», 16–17.04.2019, м. Дніпро, тема: Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро;

3. ІХ НПК Української асоц. фахівців із серцевої недостатності «Діагностика, лікування та профілактика серцевої недостатності у коморбідних пацієнтів: роль інноваційних стратегій», 11.04.2019, м. Київ, тема: Модель організації надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю (доповідь);

4. НПК «Сьогодення первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини», 24.04.2018, м. Київ, тема: Сучасні моделі надання паліативної допомоги населенню (доповідь);

5. Круглий стіл в КМДА «Обговорення стану і перспектив розвитку паліативної допомоги в м. Київ», 20.02.2018, м. Київ, тема: Адекватне забезпечення кадрами – важлива умова розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги у м. Києві (доповідь);

6. Круглий стіл у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я «Права медичних працівників на захист від протиправних посягань на їх життя та здоров'я», 24.01.2018, м. Київ, тема: Захист прав медичних працівників, які надають паліативну і хоспісну допомогу населенню (доповідь);

7. Круглий стіл у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я «Суспільство проти раку: переможемо разом», 08.12.2017, м. Київ, тема: Міжнародні підходи та умови створення служби надання паліативної допомоги онкологічним хворим (доповідь);

8. НПК «Інноваційні моделі надання медичної допомоги та профілактики лікарем загальної практики-сімейним лікарем в сучасних умовах», 17.11.2017, м. Запоріжжя, тема: Оцінка якості діяльності сімейних лікарів з надання паліативної допомоги (доповідь);

9. Перший Національний конгрес волонтерів, 27.09.2017, м. Київ, тема: Значення залучення волонтерів для забезпечення мультидисциплінарного підходу надання паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

10. НПК «Перспективи розвитку первинної медичної допомоги в 2017 році», 25.04.2017, м. Київ, тема: Паліативна допомога як інноваційний напрям у системі охорони здоров'я України (доповідь);

11. НПК «Місце дерматовенерології в міждисциплінарному вирішенні питань діагностики та лікування хронічних захворювань», 20–21.03.2017, м. Київ, тема: Застосування мультидисциплінарного підходу надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам в дерматовенерології (доповідь);

12. НПК «Імплементация сучасних технологій відновного лікування постраждалих в умовах особливого періоду», 09.12.2016, м. Київ, тема: Забезпечення психологічного супроводу паліативних пацієнтів і родичів важкохворих у період хвороби та в скорботі (доповідь);

13. Круглий стіл у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я «Сучасний стан надання паліативної допомоги дорослому населенню, міжнародний досвід та перспективи розвитку в Україні», 23.06.2016, м. Київ, тема: Обґрунтування моделі системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні (доповідь);

14. НПК «Паліативна нефрологія», 16–17.06.2016, м. Кам'янець-Подільський, тема: Організація мультидисциплінарної співпраці при наданні паліативної допомоги інкурабельним пацієнтам вдома (доповідь);

15. НПК «Здоров'я, харчування, довголіття», 16–17.05.2016, м. Київ, тема: Особливості харчування паліативних пацієнтів похилого віку (доповідь);

16. Круглий стіл «Актуальні питання розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні», 19.02.2016, м. Івано-Франківськ, тема: Завдання щодо подальшого впровадження системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні.

Обґрунтування організаційно-функціональної моделі системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні (доповідь);

17. Семінар в Національному Інституті раку «Паліативна допомога в онкології», 22.05.2015, м.Київ, тема: Організаційні засади паліативної допомоги в онкології (доповідь);

18. Третя Всеукр. НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні», 23–24.04.2015, м. Київ, тема: Організаційні аспекти створення системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні (доповідь);

19. НПК «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи», 03–04.04.2014, м. Черкаси, тема: Організаційні аспекти надання паліативної та хоспісної допомоги в амбулаторних умовах (доповідь) і Оптимізація роботи середніх медичних працівників закладів паліативної і хоспісної допомоги у складі мультидисциплінарної команди (доповідь);

20. НПК «Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку», присвячена 15-річчю з дня заснування Харківського обласного центру паліативної медицини «Хоспіс», 18.09.2014, м. Харків, тема: Стан, проблеми і перспективи впровадження національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року (доповідь); Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома (доповідь); Досвід післядипломної підготовки фахівців на кафедрі паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика (доповідь);

21. Друга Всеукр. НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти», 20–21.11.2013, м. Київ, тема: Підготовка студентів з питань надання паліативної допомоги населенню: міжнародний та національний досвід (доповідь); Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню (доповідь);

22. НПК «Актуальні питання медицини невідкладних станів», 11–12.04.2013, м. Київ, тема: Невідкладна допомога в паліативній і хоспісній медицині: клініко-фармацевтичні, біоетичні та медико-правові аспекти (доповідь);

23. Перша НПК «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні», 8–9.11.2012, м. Київ, тема: Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги (доповідь); Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

24. Всеукр. НПК «Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати», 22.10.2010, м. Київ, тема: Забезпечення належної якості паліативної та хоспісної допомоги шляхом розробки та впровадження стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів (доповідь); Післядипломна підготовка фахівців як умова забезпечення відповідної якості паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

25. Первый съезд Украинского общества эстетической медицины «Организационные аспекты обеспечения качества и безопасности эстетической медицины», 31.05-01.06.2010, Одесса, тема: Развитие службы паллиативной помощи в Украине как важное условие улучшения качества жизни пациентов в терминальной стадии онкологических заболеваний (доповідь);

26. X з'їзд ВУЛТ, 24–27.09.2009, м. Євпаторія, тема: Співпраця громадських організацій та державних установ у підготовці кадрів для служби паліативної та хоспісної допомоги (доповідь) і Діяльність МОЗ України щодо створення служби паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

27. Круглий стіл у МОЗ України «Розвиток паліативної допомоги в Україні: доступність знеболення та обіг опіоїдів», 15.02.2008, м. Київ, тема: Співпраця Міністерства праці і соціальної політики та МОЗ – зміна пріоритетів державної політики з питань надання паліативної допомоги (доповідь).

3) на регіональному рівні:

1. Обласна конференція медичних сестер Рівненської області, 23.03.2017, м. Рівне, тема: Стан і перспективи надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам в Україні (доповідь);

2. Науково-практична семінар-нарада «Актуальні питання розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні та Рівненській області», 26.07.2016, м. Рівне, тема: Складові та умови ефективного функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги (доповідь);

3. НПК «Забезпечення паліативною та хоспісною допомогою населення м. Вінниці та перспективи подальшого розвитку», 19.05.2013, м. Вінниця, тема: Організаційно-методичні засади та досвід розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні (доповідь);

4. Міжнар. НПК «Напрямки, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги населенню Закарпатської області» та семінар «Розвиток волонтерського руху в паліативній допомозі на Закарпатті», 11–12.04.2013, м. Ужгород, тема: Організація мультидисциплінарної, міжвідомчої і міжсекторальної співпраці при наданні паліативної та хоспісної допомоги населенню (доповідь);

5. Україно-польська конференція: «Вчора, сьогодні, завтра паліативної медицини», 20.04.2012, м. Луцьк, тема: Паліативна та хоспісна медицина в Україні: медико-правові та організаційні аспекти (доповідь).

Додаток А-3

Впровадження результатів дослідження:

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 «Паліативна допомога». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>;

Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, зокрема Ст. 4 «Програма медичних гарантій». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>;

Проекту Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», № реєстрації 6634 від 22.06.2017, зокрема Ст. 26 «Надання елементів паліативної допомоги». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH54A00A.html;

постанови КМУ від 17.02.2010 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», зокрема п. 2 «Проведення структурної реорганізації галузі».

[Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>;

постанови КМУ 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text>;

розпорядження КМУ від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>;

розпорядження КМУ 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.». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/688-2018-%D1%80#Text>.

На *галузевому рівні* матеріали дослідження використано при розробці 13 наказів МОЗ України, зокрема:

1. від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text> ;

2. від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13#Text>;

3. від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зокрема розділу «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>;;

4. 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», [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz14645?an=1&ed=2011_11_07;

5. від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я», зокрема п. 1.6 «Примірне положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс», [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakononline.com.ua/documents/show/898>;

6. 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». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL:

<https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ15687?an=1>;

7. від 19.07.2016 № 736 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги «Деменція». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_736_ykpm_dem.pdf;

8. від 07.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1028-15>

9. від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14#Text>;

10. від 11.06.2010 № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню "Хоспіс" (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/MOZ11451.html;

11. від 24.02.2015 № 92 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. «ВІЛ-інфекція». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://www.pw.org.ua/wp-content/uploads/2018/04/Protokol_ART_children.pdf;

12. від 26.06.2009 р. № 463 «Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009-2010 роки». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/57171_57171;

13. від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі», зокрема п. V «Розрахунок потреби населення в паліативній допомозі». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0420282-11>.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

(МОЗ України)

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: http://www.moz.gov.ua, код ЄДРПОУ 00012925

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Департамент реалізації політик Міністерства охорони здоров'я України повідомляє, що кандидат медичних наук, доцент Царенко Анатолій Володимирович є експертом МОЗ України з напрямку «Паліативна і хоспісна допомога». З 2008–2014 роки Царенко А.В. як заступник директора, завідувач відділу, провідний науковий співробітник ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України», з 2010 р. як доцент кафедри паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

Відповідно до наказів МОЗ України від 17.04.2008 № 210 «Про створення Координаційної ради з паліативної та хоспісної допомоги при МОЗ України», від 23.10.2009 № 768 «Про внесення змін до складу Координаційної ради з паліативної та хоспісної допомоги при МОЗ України», від 02.07.2010 № 531, від 04.11.2011 «Про створення робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів щодо знеболення паліативних пацієнтів з хронічним больовим», від 10.03.2011 № 62-Адм «Про створення робочої групи з підготовки медико-технологічних документів за темою «Хронічний больовий синдром» на засадах доказової медицини, від 12.05.2016 № 437 «Про затвердження персонального складу мультидисциплінарних робочих груп з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) на засадах доказової медицини у 2016 році» брав участь у підготовці нормативно-правових актів:

проекту Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 року N 3611-VI, зокрема Ст. 8, Ст. 33. «Забезпечення надання медичної допомоги» і Ст. 35⁻⁴ «Паліативна допомога»;

проекту Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, зокрема Ст. 4. «Програма медичних гарантій»;

проектів постанов Кабінету Міністрів України:

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»;

проекту розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»;

Міністерство охорони здоров'я України
08.1-25/43781/2-19 від 30.10.2019



Участь у засіданні Колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини» та розробці наказів МОЗ України, які стосувалися питань паліативної і хоспісної допомоги:

від 26.06.2009 р. № 463 «Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009-2010 роки»;

від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»;

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»;

від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі», зокрема п. V «Розрахунок потреби населення в паліативній допомозі»;

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 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я», зокрема п. 1.6. «Примірне положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс»;

від 11.06.2010 № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню "Хоспіс" (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз»;

від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України»;

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»;

від 24.02.2015 № 92 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «ВІЛ-інфекція», зокрема розділу «Паліативна медична допомога»;

від 07.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;

від 19.07.2016 № 736 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Деменція», зокрема розділу «Паліативна медична допомога»;

від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зокрема розділу «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги».

**Директор Департаменту
реалізації політик**



А. Гаврилюк





Національна академія медичних наук України
 Державна установа
 “ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ
 ім. Д.Ф.Чеботарьова”

Адреса: 04114, Київ, Вишгородська 67
 телефон: (044) 430-40-68, факс: (044) 432-99-56, 430-41-34

для телеграм: Київ-114, Геронтологія
 транспортний код: 4378

електронна пошта: ig@geront.kiev.ua

“16” 01 2020 р.

№ 01/140

Національна медична академія
 післядипломної освіти
 імені П.Л.Шупика

ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України» повідомляє, що завідувач кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика канд. мед. наук, доцент Царенко Анатолій Володимирович брав участь у виконанні науково-дослідної роботи «Розробка та впровадження інноваційної моделі допомоги вдома особам літнього віку, немічним, невиліковно хворим та інвалідам», № Держресстрації 0115U000612 (2015-2017 рр.), яка була відзначена Дипломом Президії НАМН України, як краща НДР, яка була виконана у 2017 році, керівник НДР – зав. лабораторією соціальної геронтології доктор медичних наук, професор В. В. Чайковська; розробці інформаційного листа «Організація паліативної допомоги хворим похилого віку України в умовах хоспісу та паліативного відділення лікарні» (Чайковська В. В., Царенко А. В., Чайківська Д. Р., Вялих Т. І., 2017 р.), розробці концепції Державної програми (Національного плану дій) з питань старіння населення на 2017-2022 роки, а також підготовці плану заходів до цієї концепції за розділом «Забезпечення охорони здоров'я та добробуту у похилому віці», в якому висвітлювались заходи геріатричної та паліативної допомоги, що затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України 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.», а також 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».

Директор Інституту
 академік НАМН України



В.В. Безруков

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник міського голови,
директор департаменту
охорони здоров'я населення
Дніпровської міської ради



2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шурика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н., доц. Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані:

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

Царенко А. В. Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / А. В. Царенко, Ю. В. Криничний, О. В. Лугова, О. П. Григоруку // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 42–45.

4. Ким впроваджено: Заступник директора департаменту – начальник управління організації медичної допомоги Віклієнко Ю.І.

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація та підвищення ефективності управління ЗОЗ міста з питань надання паліативної та хоспісної медичної допомоги населенню, розробка міської програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги населенню.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження _____

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Виконуючий обов'язки начальника
 управління охорони охорони
 здоров'я Сумської ОДА
 П.А. Лисенко.
 « 21 » _____ 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».
- 2. Установа-розробник:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н., доц. Царенко А.В.
- 3. Джерело інформації:** матеріали докторської дисертації, що опубліковані:
 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.
 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.
 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.
 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.
 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. '
- 4. Ким впроваджено:** Робоча група управління охорони здоров'я Сумської ОДА з розробки обласної програми паліативної допомоги
- 5. Терміни впровадження:** 2017 – 2019 рр.
- 6. Ефективність впровадження:** оптимізація та підвищення ефективності управління ЗОЗ області з питань надання паліативної та хоспісної медичної допомоги населенню, розробка обласної програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги населенню.

7. Зауваження та пропозиції: - немає

Відповідальний за впровадження **Приходько Л.В.**

Н.А. Іщенко
« _____ » _____ 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обслуговування системи паліативної та hospice допомоги в Україні».

2. Установча-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охороною здоров'я, к.мед.н. доц. Царенко А.В.

3. Коротка інформація: затверджені докторської дисертації, що опубліковані: Царенко А.В. Об'єднання концентруючої моделі системи паліативної і hospice допомоги на рівні первинної медичної допомоги // А.В. Царенко, Н.Т. Гойда, Ю.І. Тудєвський // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 2. – С. 49–57.

4. Створення системи паліативної та hospice допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти // Ю.В. Вороненко, Ю.І. Тудєвський, А.В. Царенко // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75.

5. Оцінка якості діяльності сімейних лікарів з надання паліативної допомоги // Р.О. Моїсєєнко, Н.Т. Гойда, А.В. Царенко // Український журнал педогогії. – 2018. – № 1. – С. 29–36.

6. Організаційна модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної і hospice допомоги в практичній теріатричному профілю // А.В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2016. – Т. 5. – № 3–4. – С. 87–95.

7. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та hospice допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я // Н.Т. Гойда, Ю.І. Тудєвський, А.В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2-3 (1). – С. 23–30.

8. Критерії впровадження: Робота була ухвалена керівництвом охорони здоров'я Сумської ОДА з розробкою відповідної програми паліативної допомоги.

9. Термін впровадження: 2017 – 2019 рр.

10. Ефективність впровадження: оптимізація та підвищення ефективності управління ЗОЗ області з питань надання паліативної та hospice медичної допомоги населенню, розробка відповідної програми розвитку паліативної та hospice допомоги населенню.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

«*Шутицька*» 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: 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.

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Губський Ю. І. Наукове обґрунтування інноваційної організаційно-функціональної моделі надання паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська, О. Г. Шекера, Н. Г. Гойда, О. І. Толстих, Д. В. Мельник // Реєстр галузевих нововведень. – № 62/3/16. - 2016.

4. Ким впроваджено: відділення паліативної та хоспісної допомоги

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим, що обслуговуються медичними працівниками відділення паліативної та хоспісної допомоги.

7. Зауваження та пропозиції: *немає*

Відповідальний за впровадження

Шутицька

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



В.о. генерального директора

КОМУНАЛЬНИЙ
ЗАКЛАД «МІСЬКА
КЛІНІЧНА
ЛІКАРНЯ № 2»
ДНІПРОВСЬКОЇ
МІСЬКОЇ РАДИ
і.к.01984607

С.Г. Васильєв
08 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

Царенко А. В. Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / А. В. Царенко, Ю. В. Криничний, О. В. Лугова, О. П. Григорук // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 42–45.

4. Ким впроваджено: завідувач відділення паліативної та хоспісної медичної допомоги *Царенко О.А.*

5. Терміни впровадження: 2017 - 2019

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим у відділенні.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження *медсестри директор,*
Іванов І.А.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. генерального директора

О.В. Марченко
 О.В. Марченко
 «22» березня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

Царенко А. В. Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / А. В. Царенко, Ю. В. Криничний, О. В. Лугова, О. П. Григорук // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 42–45.

4. Ким впроваджено: завідувач відділення паліативної та хоспісної медичної допомоги *Сучасно*

5. Терміни впровадження: 2017 - 2019

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим у відділенні.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження

Відповідальний за впровадження
Григорук О.П.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
Івано-Франківського обласного
клінічного центру паліативної
допомоги

І.В.Слугоцька

«30» жовтня 2019 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: 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.

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Губський Ю. І. Наукове обґрунтування інноваційної організаційно-функціональної моделі надання паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська, О. Г. Шекера, Н. Г. Гойда, О. І. Толстих, Д. В. Мельник // Реєстр галузевих нововведень. – № 62/3/16. - 2016.

4. Ким впроваджено: Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим, що обслуговуються медичними працівниками Івано-Франківського обласного клінічного центру паліативної допомоги.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження С.В. / н. Дачу - 1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар Київського
міського онкологічного
центру

О.М.Клюсов

«10» 09 2020 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н. Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: 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. .

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 68–74.

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.

4. Ким впроваджено: зав. відділенням паліативної і хоспісної медицини Калачов О. В.

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги онкологічним хворим в м.Києві.

7. Зауваження та пропозиції:

Відповідальний за впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «ЦПМСД № 2»
Деснянського району м.Києва

Л.І.Трушкіна

20 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1.Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані:

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

Царенко А. В. Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / А. В. Царенко, Ю. В. Криничний, О. В. Лугова, О. П. Григорук // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 42–45.

4. Ким впроваджено: заступником директора з медичного обслуговування І.О.Гоменюк.

5. Терміни впровадження: 2018 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим Деснянського району м.Києва, що обслуговуються медичними працівниками центру ПМСД №2.

7. Зауваження та пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження  /І.А.ГОМЕНЮК/

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
КНП «Ізмаїльська центральна
міська лікарня»

Любіцин О.Ю.

« _____ 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані:
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.

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Пеґцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

4. Ким впроваджено: КНП «Ізмаїльська центральна міська лікарня»

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим, що обслуговуються медичними працівниками лікарні.

7. Зауваження та пропозиції: Щира подяка за проведення виїзного циклу ТУ « Організація та надання паліативної і хоспісної допомоги в умовах амбулаторних та стаціонарних умовах »

Відповідальний за впровадження _____

Балютова О.С.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КНП
«Рокитнянський центр
ПМСД»



Яра О.О.

2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

Царенко А. В. Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / А. В. Царенко, Ю. В. Криничний, О. В. Лугова, О. П. Григорук // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 42–45.

4. Ким впроваджено: заступник директора Баштова В.В.,

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим, що обслуговуються медичними працівниками центру ПМСД.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження

Башт

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор-головний лікар КНП «_____»



_____ 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані:
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.

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1 (1). – С. 68–74.

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.

4. Ким впроваджено: зав. виїзною бригадою паліативної допомоги вдома

Скучковська А.В.

5. Терміни впровадження: 2018 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим м.Ужгорода, що обслуговуються медичними працівниками центру ПМСД.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження _____

Король Т.В.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор КНП «Хмельницький
обласний госпіталь ветеранів війни»
Хмельницької обласної ради

О. Бочкарьова

«__» _____ 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н. Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані:

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.

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.

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.

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.

Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомог 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.

4. Ким впроваджено: Зав. відділенням паліативної допомоги Візірік С.В.

5. Терміни впровадження: 2019 рік.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим, що обслуговуються медичними працівниками.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження:

зав. відділенням паліативної допомоги Візірік С.В. _____

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар КНП
«Чернігівської міської
лікарні № 4» ЧМР

Стецьков Ю. П.

«08 грудня» 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані:

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Царенко А. В. Доступність та ефективність паліативної допомоги в Україні як умова безпеки пацієнтів. Особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпро / А. В. Царенко // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 40–42.

Царенко А. В. Формування системи надання паліативної і хоспісної допомоги населенню Дніпропетровської області / А. В. Царенко, Ю. В. Криничний, О. В. Лугова, О. П. Григорук // У зб.: «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конфер., м. Дніпро, 6–7.06.2017 р.». За заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та член-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К.: ДП НВЦ «Пріоритети». – 2017. – С. 42–45.

4. Ким впроваджено: зав. відділенням «Хоспіс» Гоцацюком О. В.

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим, що обслуговуються медичними працівниками центру ПМСД.

7. Зауваження та пропозиції: _____

Відповідальний за впровадження О. Гоцацюк

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Перший проректор
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
професор Вдовиченко Ю.П.



2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної хоспісної медичної допомоги в Україні».

2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів: Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, 4112, Київ, вул. Дорогожицька, 9, к.мед.н., доц. Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації.

4. Впроваджено: на кафедрі паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика у навчальний процес – в матеріали лекцій та практичних занять, у наукову роботу кафедри, а також при розробці навчальних планів та програм циклів тематичного удосконалення:

1. «Основи підготовки до проведення навчання з паліативної допомоги» (тривалість циклу ТУ – 1 міс.) – 2009 р.

2. «Організація та надання паліативної допомоги у лікувально-профілактичних закладах первинної та вторинної ланки» (тривалість циклу ТУ – 0,25 міс.) – 2009 р.

3. «Організація та юридичні засади надання паліативної та хоспісної допомоги в первинній та вторинній мережі охорони здоров'я» (тривалість циклу ТУ – 0,25 міс.) – 2010 р.

4. «Організація та надання паліативної та хоспісної допомоги у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах» (тривалість циклу ТУ – 0,5 міс.) – 2010 р.

5. «Основи паліативної та хоспісної допомоги в онкології» (тривалість циклу ТУ – 0,5 міс.) – 2011 р.

6. «Основи медсестринської допомоги в паліативній та хоспісній медицині» (тривалість циклу ТУ – 0,25 міс.) – 2011 р.

7. «Медсестринська допомога в паліативній онкології» (тривалість циклу ТУ – 0,5 міс.) – 2011 р.

8. «Медсестринська допомога паліативним пацієнтам у термінальних стадіях хронічних неінфекційних захворювань» (тривалість циклу ТУ – 0,5 та 1 міс.) – 2013 р.

9. «Викладання питань паліативної і хоспісної допомоги у ВМНЗ I-IV рівнів акредитації та закладах ПО» (очно-заочний з елементами дистанційного навчання) (тривалість циклу ТУ – 0,5 міс.) – 2014 р.
10. «Організація та надання паліативної і хоспісної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах» (тривалість циклу ТУ – 0,5 міс.) – 2014 р.
11. «Симптоматичне лікування, замісна підтримуюча терапія та паліативна допомога пацієнтам з наркотичною залежністю у практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря» (очно-заочний з елементами дистанційного навчання) (тривалість циклу ТУ – 0,5 міс.) – 2015 р.
12. «Медсестринство в паліативній та хоспісній допомозі» (тривалість циклу ТУ – 1 міс.) – 2017 р.
13. «Психологічні, соціальні, юридичні та організаційні аспекти надання медичної допомоги дитячому та дорослому населенню в амбулаторних і стаціонарних умовах» (тривалість циклу – 0,5 міс.) – 2017 р.
14. «Мультидисциплінарні аспекти надання паліативної допомоги у практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря» (очно-заочний з елементами дистанційного навчання) (тривалість циклу ТУ – 0,5 та 1 міс.) – 2017 р.
15. «Організація та надання паліативної і хоспісної допомоги хворим та членам їх сімей в амбулаторних та стаціонарних умовах» (за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання) (тривалість циклу ТУ – 0,5 та 1 міс.) – 2020 р.

5. Термін впровадження: 2009 – 2020 роки.

6.Ефективність впровадження: удосконалення викладання питань організації та надання паліативної і хоспісної допомоги в закладах вищої медичної освіти системи охорони здоров'я України.

7. Зауваження пропозиції: продовжити використовувати дані матеріали у начальному процесі на кафедрі паліативної та хоспісної медицини

Відповідальний за впровадження _____  _____ Підпис

Ст. викл. кафедри паліативної та хоспісної медицини, к.біол.н., О.І.Толстих

“ 15 ” травня 2020 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
та інновацій



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної хоспісної медичної допомоги в Україні».
2. **Установа-розробник:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н, доц.Царенко А.В.
3. **Джерело інформації:** матеріали докторської дисертації.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** НМУ імені О. О. Богомольця, кафедра загальної практики (сімейної медицини).
5. **Терміни впровадження:** 2018 – 2020
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес – в матеріали лекцій, семінарських та практичних занять, у наукову роботу кафедри.

Завідувач кафедри загальної практики
(сімейної медицини)

доктор медичних наук, професор

Барна О.М.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України



проф. А.Г. Шульгай

«___» _____ 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної хоспісної медичної допомоги в Україні».
2. **Установа-розробник:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н. доц. Царенко А.В.
3. **Джерело інформації:** матеріали докторської дисертації.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.
5. **Терміни впровадження:** 2018 – 2020 рр.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес – в матеріали лекцій та практичних занять, у наукову роботу кафедри.

Завідувач кафедри
громадського здоров'я та
управління охороною здоров'я,
доктор медичних наук, професор

Сатурська Г.С.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ВКНЗ «Дубенський
медичний коледж» Рівненської
обласної ради відділення
паліативної медицини (хоспіс)
Н.О.Венгрин

« 24 » жовтня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: 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.

Царенко А. В. Аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у м. Дніпро / А. В. Царенко, А. А. Бабський, Ю. В. Криничний, Т. М. Потапова // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 6. – С. 237–243.

Губський Ю. І. Наукове обґрунтування інноваційної організаційно-функціональної моделі надання паліативної допомоги людям літнього віку / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська, О. Г. Шекера, Н. Г. Гойда, О. І. Толстих, Д. В. Мельник // Реєстр галузевих нововведень. – № 62/3/16. - 2016.

4. Ким впроваджено: Відділення паліативної медицини (хоспіс) ВКНЗ “Дубенський медичний коледж” Рівненської обласної ради

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Ефективність впровадження: оптимізація організації та надання паліативної і хоспісної медичної допомоги хворим, що обслуговуються медичними працівниками відділення паліативної медицини (хоспіс) ВКНЗ “Дубенський медичний коледж” РОР

7. Зауваження та пропозиції: відсутні

Відповідальний за впровадження  М.В.Кружайло

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Сумського медичного
коледжу КЗ Сумської обласної ради
О.В. Кононов

«24» 12

2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиції для впровадження: «Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної хоспісної медичної допомоги в Україні».

2. Установа-розробник: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра управління охорони здоров'я, к.мед.н.Царенко А.В.

3. Джерело інформації: матеріали докторської дисертації, що опубліковані: 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.

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.

Царенко А.В. Значення міжнародних визначень, підходів і стандартів для оптимізації надання паліативної допомоги в Україні / А.В.Царенко, А.Славуцький, А.В.Тальнов, А. А.Злотник // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6. – № 3. – С. 69–76.

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.

4. Ким впроваджено: ВНЗ «Сумський медичний коледж» КЗ Сумської обласної ради, відділення післядипломної освіти молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів – завідувач відділення- Приходько Л.В.

5. Терміни впровадження: 2017 – 2019 рр.

6. Форма впровадження: у навчальний процес – в матеріали лекцій, семінарських та практичних занять.

Завідувач відділення  Приходько Л.В.

Міністерство охорони здоров'я України
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
 Державний навчально-науково-методичний центр і кафедра паліативної і хоспісної
 медицини

1. АНКЕТА знання з питань ПХД

Шановні колеги!

Дата _____. З метою вивчення думки та ставлення медичних працівників щодо організації паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) у Вашому регіоні/районі/місті просимо Вас відповісти на наступні запитання. Анкета анонімна, підписувати її не обов'язково. На запитання **можна вказати декілька варіантів відповідей, що відповідають Вашим уявленням, знанням, ставленню та переконанням.**

1. Ваша стать (підкресліть): 1) чоловік 2) жінка.

2. Ваш вік (повних років) _____. **3. Стаж роботи в медицині:** років _____.

4. Місце роботи (підкресліть): 1) заклад ПМСД/центр сімейної медицини, 2) багатопрофільна лікарня/поліклініка, 3) спеціалізований заклад ОЗ/диспансер, 4) завідувач відділенням, головний лікар/заступник закладу ОЗ, керівник/працівник департаменту/управління ОЗ, 6) інше _____.

5. Посада/спеціальність (впишіть): _____

6. Ваша кваліфікаційна категорія (підкресліть): 1)вища,2)перша,3)друга,4)не атестов..

7. Чи знаєте Ви, що таке «паліативна допомога» (підкресліть):

1) знаю точно; 2) не знаю; 3) дещо знаю

8. Кому потрібно надавати паліативну допомогу (підкресліть):

1) онкологічним хворим, 2) хворим на тяжкі соматичні захворювання в термінальній стадії, 3) людям похилого і старечого віку, 4) дітям, 5) хворим з пошкодженнями хребта та опорно-рухового апарату, 6) хворим на ВІЛ/СНІД, 7) хворим на туберкульоз, 8) хворим після інсульту, 9) хворим на наркоманію, 10) членам сім'ї інкурабельних хворих, 11) іншим (вкажіть) _____

9. Хто найчастіше надає паліативну допомогу (підкресліть):

1) сімейні/дільничні лікарі, 2) лікарі-спеціалісти, 3) середні медичні працівники, 4) молодші медичні працівники, 5) соціальні працівники, 6) психологи, 7) члени сім'ї, 8) священнослужителі, 9) волонтери.

10. У яких закладах/установах сьогодні повинна надаватися ПХД (підкресліть):

1) у терапевтичних/хірургічних відділеннях багатопрофільних лікарень; 2) вдома; 3) в онкологічних лікарнях/диспансерах; 4) у хоспісах; 5) у лікарнях/відділеннях сестринського догляду; 6) у геріатричних лікарнях/відділеннях/інтернатах; 7) у відділеннях паліативної медицини багатопрофільних лікарень; 8) у протитуберкульозних закладах; 9) у психоневрологічних лікарнях/диспансерах; 10) у центрах ВІЛ/СНІД; 11) у будинках-інтернатах для інвалідів; 12) у госпіталях для ветеранів війн; 13) в інших закладах/установах (вкажіть в яких) _____

22. Чи маєте Ви спеціальні знання з питань надання ПХД населенню (підкресліть):

1) так; 2) ні; 3) частково

23. Де Ви отримали спеціальні знання з питань надання паліативної допомоги (підкресліть): 1) додипломне навчання у ВУЗі,

післядипломне навчання: 2) інтернатура, 3) курси спеціалізації, 4) цикли ПАЦ, 5) цикли тематичного удосконалення (ТУ), 6) спеціальні тренінги/семінари, 7) самопідготовка, 8) власний досвід.

24. Чи відчуваєте Ви потребу в спеціальних знаннях з питань надання ПХД (підкресліть): 1) так; 2) ні; 3) не можу відповісти.

Дякуємо Вам за відповіді та співпрацю у розвитку ПХД!

Ваше ПІП (за бажанням) _____

АНКЕТА

вивчення думки медичних працівників

про функціонування відділення паліативної та хоспісної медицини

Я, що нижче підписався(лась), згідний(а) взяти участь у соціологічному медичному дослідженні. Я детально інформований(а) про мету та можливі наслідки дослідження. Я мав(ла) можливість поставити запитання про всі аспекти дослідження. Отримавши пояснення, я повністю згідний(а) співпрацювати із лікарем. Я знаю, що відомості про мою участь в дослідженні залишаються строго конфіденційними. Я згідний(а) з тим, що результати дослідження можуть обговорюватися особами, що замовляли дослідження, а також представниками державних структур.

"Прочитав(ла) і згідний(а)" "___" "___" 20__ р. Підпис учасника _____

З метою вдосконалення роботи відділення хоспісу/паліативної та хоспісної медицини (далі - ВПХМ) просимо Вас, шляхом підкреслення правильної відповіді на поставлені запитання, висловити Вашу думку про діяльність даного структурного підрозділу або вписати власний варіант відповіді.

| № | Запитання | Шифр |
|-----|---|------|
| 1. | Чи володієте Ви інформацією про хоспіс/відділення паліативної та хоспісної медицини у Вашому місті/районі/області? так-1, ні-0 | |
| 2. | Яка Ваша думка про доцільність/необхідність хоспісу/ ВПХМ у Вашому місті/районі/області?: | |
| | а) позитивна, дуже потрібне так-1, ні-0 | |
| | б) негативна, не потрібне так-1, ні-0 | |
| | в) не можу сказати так-1, ні-0 | |
| 3. | Чи була у Вас необхідність госпіталізувати паліативних хворих у хоспіс/ ВПХМ так-1, ні-0 | |
| 4. | Чи мали Ви проблеми при госпіталізації паліативних хворих у хоспіс/ ВПХМ? так-1, ні-0 | |
| 5. | Чим були зумовлені проблеми при госпіталізації паліативних хворих у хоспіс/відділення паліативної та хоспісної медицини: | |
| | а) відсутністю вільних місць у хоспісі/ ВПХМ так-1, ні-0 | |
| | б) небажанням лікарів хоспісу/ ВПХМ без об'єктивної причини госпіталізувати паліативного пацієнта так-1, ні-0 | |
| | в) небажанням паліативного пацієнта госпіталізуватися так-1, ні-0 | |
| | г) інше /вписати/ _____ | |
| 6. | Чи маєте Ви змогу отримати консультацію лікарів хоспісу/ ВПХМ щодо надання мультидисциплінарної паліативної допомоги паліативному хворому вдома? так-1, ні-0 | |
| 7. | Чи маєте Ви потребу в організації виїзної бригади надання мультидисциплінарної паліативної допомоги паліативному хворому вдома? так-1, ні-0 | |
| 8. | Ви вважаєте себе достатньо компетентним щодо контролю хронічного больового синдрому у паліативних хворих вдома? так-1, ні-0 | |
| 9. | Ви вважаєте себе достатньо компетентним щоб надавати медичну допомогу паліативному хворому вдома? так-1, ні-0 | |
| 10. | Ви вважаєте себе достатньо компетентним щоб організувати надання мультидисциплінарної паліативної допомоги паліативному хворому вдома? так-1, ні-0 | |
| 11. | Чи маєте Ви потребу вдосконалити теоретичні знання, професійні навички та вміння щодо надання мультидисциплінарної паліативної допомоги? | |

| | | |
|-----|---|--------------------|
| | так-1, ні-0 | |
| 12. | Де, на Вашу думку, необхідно здобувати знання з паліативної допомоги? | |
| | а) на додипломному етапі навчання | так-1, ні-0 |
| | б) факультетах/академії післядипломного навчання | так-1, ні-0 |
| | в) самостійно | так-1, ні-0 |
| | г) не бачу необхідності | так-1, ні-0 |
| 13. | У якому напрямку Ви бажали би вдосконалювати знання та навички для професійної роботи з паліативними хворими? | |
| | а) паліативної медицини | так-1, ні-0 |
| | б) догляду | так-1, ні-0 |
| | в) соціального забезпечення | так-1, ні-0 |
| | г) формам і методам психологічної допомоги | так-1, ні-0 |
| | д) правового забезпечення | так-1, ні-0 |
| | е) духовної опіки | так-1, ні-0 |

ПОВІДОМТЕ КОРОТКО ПРО СЕБЕ:

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| . | Яку посаду Ви обіймаєте? | управлінець - 1 ; лікар стаціонару - 2 ; лікар поліклініки, амбулаторії/центру сімейної медицини - 3 ; медична сестра стаціонару - 4 ; медична сестра поліклініки - 5 ; інше (вписати) _____ |
| . | Ваш стаж роботи в медицині: | до 5 років - 1 ; 6-10 років - 2 ; 11-15 років - 3 ; 16-20 років - 4 ; 21 рік і більше - 5 ; інше /вписати/ _____ |
| . | Ваша спеціалізація: | сімейна медицина - 1 ; терапія, кардіологія, пульмонологія - 2 ; хірургія, травматологія – 3 ; онкологія, гематологія - 4 ; інфекційні хвороби, фтизіатрія - 5 ; інше /вписати/ _____. |

ДЯКУЄМО ЗА ЩИРІ ВІДПОВІДІ !

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
кафедра управління охороною здоров'я
**Карта експертної оцінки концептуальної моделі системи
паліативної та хоспісної допомоги в Україні**

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка, свою думку щодо запропонованої концептуальної моделі системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) в Україні, що розроблена у дисертаційній роботі “Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні” на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук пошукачем кафедри управління охороною здоров'я, в.о. завідувача кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика доцентом Царенком Анатолієм Володимировичем.

1. Ви лікар/спеціаліст:
 - 1.1. організація і управління охороною здоров'я;
 - 1.2. паліативна і хоспісна медицина;
 - 1.3. інше (будь ласка, вкажіть) загальна практика _____
2. Ваш стаж роботи за зазначеною спеціальністю/посадою _____ років.
3. Кваліфікаційна категорія ___ вища _____
4. Науковий ступінь _____
5. Вчене звання _____

Анкета складається з 2 частин. У першій частині просимо оцінити існуючий стан надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні, використовуючи відповіді «Так» і «Ні». У другій частині – оцініть запропоновану нами концептуальну модель системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні, використовуючи 10-ти бальну шкалу, де 10 – повністю погоджуюсь, 0 – абсолютно не погоджуюсь.

У кінці анкети Ви також можете висловити свій власний погляд на окремі позиції, зауваження та пропозиції.

За Вашим бажанням, анкета буде анонімною.

Дякуємо за співпрацю!

| № | Основні положення експертної оцінки | Так | Ні |
|----------------------|---|-----|----|
| Перша частина | | | |
| 1. | В Україні створена система надання паліативної та хоспісної допомоги. | | |
| 2. | Рівень надання паліативної та хоспісної допомоги відповідає сучасним міжнародним стандартам і підходам. | | |
| 3. | Чинна нормативно-правова база, що регулює надання ПХД пацієнтам як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах, достатня. | | |
| 4. | В Україні відсутня система професійної підготовки фахівців, які залучені до надання ПХД. | | |
| 5. | В Україні відсутня система адекватної мотивації фахівців, які залучені до надання ПХД. | | |
| 6. | В Україні паліативні пацієнти, за показаннями, у разі потреби, можуть отримати адекватне знеболення без проблем. | | |
| 7. | В Україні сформована політична воля для розвитку системи ПХД. | | |
| 8. | В Україні відсутня система підбору, навчання і мотивації волонтерів, які залучаються до надання ПХД. | | |
| 9. | МОЗ має у найкоротші терміни затвердити Державні стандарти лікування та утримання паліативних пацієнтів. | | |

| 10. | МОЗ має у найкоротші терміни затвердити акредитаційні вимоги до закладів ПХД та запровадити їх ліцензування. | | |
|---------------|---|-----|--|
| Друга частина | | | |
| № | Основні положення експертної оцінки | Бал | |
| 1. | Запропонована модель системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні побудована на пацієнт-сім'я орієнтованій парадигмі. | | |
| 2. | Запропонована модель системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні забезпечить доступність, якість і ефективність надання ПХД на первинному, вторинному і третинному рівнях медичної допомоги. | | |
| 3. | Запропонований автором акцент на забезпеченні надання амбулаторної ПХД на первинному рівні медичної допомоги є інноваційним. | | |
| 4. | Запропонована модель системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні передбачає залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання ПХД, що забезпечить доступність та наступність ПХД. | | |
| 5. | Залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання ПХД потребує їх відповідної професійної післядипломної підготовки/навчання. | | |
| 6. | ПХД повинна надаватися безоплатно на усіх рівнях медичної допомоги за рахунок Державного і місцевих бюджетів. | | |
| 7. | Лікарі загальної практики-сімейної медицини, які залучені до надання ПХД, повинні одержувати від НСЗ доплату/ підвищений коефіцієнт за кожного паліативного пацієнта. | | |
| 8. | Важливою умовою забезпечення доступності, якості і ефективності надання ПХД є затвердження МОЗ медичної спеціалізації «Паліативна та хоспісна медицина». | | |
| 9. | Приватні заклади, які надають ПХД, повинні отримувати фінансування від НСЗ. | | |
| 10. | Медичні працівники, які надають ПХД, повинні мати підвищені посадові оклади, збільшену відпустку та пенсійні пільги. | | |

Ваші зауваження та пропозиції.

Прізвище, підпис

Дата

Розрахунок потреби у ПХД за рекомендацією ЕАРС (2019) [374]

| Захворювання | Частка померлих пацієнтів, які потребували ПХД (%) |
|---|--|
| Злоякісні новоутворення | 90 |
| Хвороби системи кровообігу | 35 |
| Церебро-судинні захворювання | 60 |
| Захворювання дихальної системи | 50 |
| Хронічні обструктивні захворювання легенів | 80 |
| Онко-гематологічні захворювання | 90 |
| Хронічна печінкова недостатність і цироз печінки | 95 |
| Хвороба Альцгеймера та інші дегенеративні ураження нервової системи та деменції | 80 |
| Захворювання травної системи | 30 |
| Пневмонія | 50 |
| Ішемічна хвороба серця | 5 |
| Захворювання кістково-м'язевої системи і сполучної тканини | 70 |
| Вроджені і хромосомні вади розвитку | 60 |
| Туберкульоз | 90 |
| ВІЛ-інфекція/СНІД | 100 |
| Менінгіти | 30 |

Індекси розрахунку потреби у ПХД при різних захворюваннях у дітей згідно з міжнародними рекомендаціями [526]

| Захворювання (шифр за МКХ-10) | Індекс розрахунку потреби у ПД |
|--|--------------------------------|
| Онкологічні захворювання (C00-C97; D00-D48) | 0,80 |
| ВІЛ-інфекція/СНІД (B20-B24) | 0,55 |
| Хронічні серцево-судинні захворювання (I00-I99) | 0,67 |
| Цироз печінки (K74) | 0,67 |
| Вади розвитку (за виключенням 50 % вад серця) | 0,67 |
| Захворювання ендокринної, імунної системи та системи крові | 0,67 |
| Менінгіт | 0,67 |
| Хронічні захворювання нирок (N00-N15; N20-N23) | 0,67 |
| Білкова недостатність | 0,67 |
| Неврологічні захворювання (за виключенням епілепсії) | 0,67 |
| Неонатальні захворювання | 0,67 |

Системний ретроспективний контент-аналіз нормативно-правових актів з питань регулювання надання ПХД населенню, що втратили чинність

| № з/п | Рік та назва документа | Основні положення, що стосуються ПХД |
|-------|--|--|
| 1. | <p align="center"><u>1995</u></p> <p>Наказ МОЗ України від 22.06.95 № 114 «Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я, переліку лікарських посад і переліку посад фармацевтичних працівників»</p> | <p>Вперше у переліку ЗОЗ офіційно визначена лікарня «Хоспіс» як лікувально-профілактичний заклад у системі охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок місцевого бюджету та інших спонсорських і благодійних коштів.</p> |
| 2. | <p align="center"><u>1997</u></p> <p>Указ Президента України від 10.12.1997 № 1347/97 «Про програму «Здоров'я літніх людей»</p> | <p>Вперше на державному рівні передбачено створення в лікарнях відділень сестринського догляду для лікування хронічно хворих осіб похилого віку, а в обласних центрах і містах Києві та Севастополі створення лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспісів).</p> |
| 3. | <p align="center"><u>2000</u></p> <p>Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» [222]</p> | <p>У Додатку 50 «Тимчасові штатні нормативи медичного, управлінсько-допоміжного персоналу міських лікарень «Хоспіс» були визначені штатні розписи для хоспісів та відділень паліативної допомоги.</p> |
| 4. | <p align="center"><u>2002</u></p> <p>Постанова КМУ від 10.01.2002 № 14 «Про затвердження Заходів Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки»</p> | <p>Розділ «Х. Боротьба з раком», п. 12: <i>“Створити мережу хоспісів для симптоматичного лікування онкологічних хворих у термінальній стадії”</i>.</p> <p>Розділ «XXVIII. Спеціалізована і стаціонарна медична допомога», п. 2, передбачалося сприяти розвитку стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги, розширити мережу денних і стаціонарів вдома, закладів (відділень) медико-соціальної допомоги, хоспісів тощо.</p> |
| 5. | <p align="center"><u>2003</u></p> <p>Наказ МОЗ України від 02.09.2003 № 408 «Про забезпечення виконання доручень Президента України від 04.08.2003 № 1-1/952, Прем'єр-міністра України від</p> | <p>Передбачалося забезпечення відкриття лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспісів) у регіонах з високим рівнем інфікованості ВІЛ.</p> |

| | | |
|-----|---|---|
| | 06.08.2003 № 46886 та Кабінету Міністрів України від 09.08.2003 № 46886» | |
| 6. | Постанова КМУ «Про затвердження Порядку здійснення контролю за обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів» від 18.01.2003 № 58 | Здійснення обігу наркотичних лікарських засобів дозволялось лише закладам державної та комунальної форм власності. Постанова втратила чинність на підставі Постанови КМУ № 589 від 03.06.2009 |
| 7. | <u>2003</u> Постанова КМУ від 10.12.2003 № 1906 «Про затвердження Державної програми будівництва сучасних інфекційних лікарень (відділень) в обласних центрах та великих містах на 2004-2010 роки» | Передбачалося будівництво в м. Одесі протягом 2004-2007 років обласної інфекційної лікарні з відділенням для ВІЛ-інфікованих та хоспісом для хворих на СНІД та туберкульоз у м. Одесі, на що з бюджету виділялося фінансування в обсязі 45 млн. грн. |
| 8. | <u>2004</u> Наказ МОЗ України від 01.03.2004 № 105 «Про подолання надання фтизіопульмонологічної допомоги населенню України та їх усунення» | У результаті перевірки комісією Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України Одесько-го обласного протитуберкульозного диспансеру встановлено, що в установі перебуває досить значна кількість невиліковних хворих на хронічний ТБ та хворих на поєднання ТБ з ВІЛ/СНІДом, що потребує перепрофілювання ліжкового фонду в межах області та створення хоспісу. |
| 9. | <u>2004</u> Постанова КМУ від 04.03.2004 № 264 «Про затвердження «Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року» та «Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки» | У п.51 зазначено: <i>«забезпечення високоякісного паліативного і психосоціального догляду за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД»</i> . Концепція мала на меті, зокрема, забезпечення гарантованого рівня надання висококваліфікованої безоплатної медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, виконання вимог «Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом», задекларованих Україною як Цілі Тисячоліття. |
| 10. | <u>2004</u> Спільний Наказ МОЗ України та АМН України від 07.07.2004 № 345/51 «Про | На виконання Постанови КМУ від 04.03.2004 № 264 «Про затвердження «Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню |

| | | |
|-----|---|--|
| | затвердження спільного плану заходів МОЗ та АМН України щодо виконання Національної програми забезпечення профілак-тики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки» | ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року» та «Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки» передбачено: ...п.7 розробку змін до діючих законодавчих та нормативних актів з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу з урахуван-ням національного та світового досвіду, забезпечення удосконалення норматив-них актів з питань надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД з урахуванням рекомендацій ВООЗ;... п.40 забезпечення високоякісного палі-ативного і психосоціального догляду за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД. |
| 11. | <u>2007</u> Закон України «Про затвердження Загально-державної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки» від 08.02.2007 № 648-V | Перший Закон України, у якому йшлося про ПХД. Передбачено розроблення порядку надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз. |
| 12. | <u>2008</u> Рішення Колегії МОЗ України від 28.03.2008 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини» | Уперше в історії України ПХД інкурабельним хворим була офіційно визнана як один з пріоритетних напрямків діяльності МОЗ України і розвитку галузі охорони здоров'я. |
| 13. | <u>2008</u> Наказ МОЗ України від 17.04.2008 № 210 «Про створення Координаційної ради з паліативної та хоспісної допомоги при МОЗ України» | Координаційна рада створена з метою подальшого розвитку системи ПХД, розробки та контролю за виконанням відпо-відних державних програм, кординації діяльності установ, відомств, органів ви-конавчої влади, вдосконалення норматив-них актів, що регулюють надання ПХД населенню, підготовки фахівців тощо. |
| 14. | <u>2008</u> Наказ МОЗ України від 24.07.2008 № 159-0 «Про створення Інституту палі-ативної та хоспісної медицини МОЗ України» | Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України створено як базовий науково-методичний та лікувальний заклад з питань ПХД пацієнтам з невиліковними хворобами та обмеженим терміном (прогнозом) життя. |
| 15. | <u>2009</u> Наказ МОЗ України від | Передбачалася розробка нормативно-правових документів, клінічних протоколів |

| | | |
|-----|--|--|
| | 26.06.2009 № 463 «Про затвердження заходів щодо розвитку паліативної допомоги в Україні на 2009-2010 рр.» | та стандартів надання ПХД, підготовка пропозицій щодо змін та доповнень до нормативно-правових актів з питань застосування в клінічній практиці ПХД опіоїдних анальгетиків та психотропних засобів, розробка навчаль-них програм підготовки лікарів та серед-ніх медичних працівників з паліативної медицини на післядипломному рівні. |
| 16. | <u>2009</u> Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» від 19.02.2009 № 1026-VI | Передбачалося прискорення темпів впровадження ПХД хворим на СНІД, зокрема: організація ПД ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД; надання соціальних послуг, а також забезпечення соціально-психологічної підтримки та немедичного догляду за ВІЛ-інфікованими і хворими на СНІД; надання правової допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД. |
| 17. | <u>2009</u> Закон України «Про затвердження Загально-державної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23.12.2009 № 1794-VI | Визначені завдання щодо створення закладів для надання ПХД інкурабельним онкологічним хворим, розширення мережі закладів для допомоги таким громадянам, а також розробка стандартів надання ПХД хворим в умовах хоспісів. Було передбачено продовжити роботу з утворення в регіонах хоспісів для паліативного лікування, у т. ч. шляхом пере-профілювання ЗОЗ; розробити стандарти надання ПХД хворим в умовах хоспісів; утворити в амбулаторно-поліклінічних закладах кабінети протибольової терапії та виїзні бригади для надання ПХД онкологічним хворим в амбулаторних умовах та вдома; удосконалити систему психологічної підтримки онкологічних хворих та членів їх сімей, зокрема шляхом залучення волонтерів до такої роботи. |
| 18. | <u>2010</u> Наказ МОЗ України від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та | Визначено механізми і порядок діяльності ЗОЗ у сфері обігу наркотичних засобів. Мав численні недоліки і прогалини, матеріальні та процедурні недопрацювання, що значно ускладнювало надання |

| | | |
|-----|---|---|
| | <p>прекурсорів у закладах охорони здоров'я України»</p> | <p>адекватного знеболення ПП, особливо в амбулаторних умовах і вдома, та викликало численні нарікання як з боку лікарів, так і з боку пацієнтів, їх рідних та громадськості.</p> <p>Завдяки тому, що набув чинності наказ МОЗ України від 07.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», наказ № 11 втратив чинність.</p> |
| 19. | <p><u>2010</u></p> <p>Наказ МОЗ України від 02.07.2010 № 531 «Про створення робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів щодо збільшення доступності паліативних пацієнтів з хронічним больовим синдромом у термінальній стадії життя до сучасних високоефективних анальгетичних засобів, включаючи опіюїдні анальгетики»</p> | <p>Затверджено склад робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів щодо збільшення доступності ПП з ХрБС у термінальній стадії життя до сучасних високоефективних анальгетичних засобів, включаючи опіюїдні анальгетики.</p> |
| 20. | <p><u>2011</u></p> <p>Наказ МОЗ України «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі» від 15.07.2011 № 420</p> | <p>П. V «Розрахунок потреби населення в паліативній допомозі» затверджено принципи та алгоритм розрахунку потреби населення в ПД. Зокрема була запропонована відповідна формула:</p> $K_{пд} = K_{пІФ} \times 0,80\dots$ <p>Було рекомендовано проводити аналогічні розрахунки для осіб літнього віку, пацієнтів з інкурабельними формами серцево-судинних захворювань, хворих на СНІД тощо.</p> |
| 21. | <p><u>2011</u></p> <p>Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 733 «Про організацію паліативної та хоспісної допомоги» було скасовано наказом МОЗ</p> | <p>На виконання Закону України від 07.07.2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» Наказом МОЗ України були затверджені: 1.1. Порядок</p> |

| | | |
|-----|---|--|
| | України від 29.12.2011 № 1002 "Про скасування наказу МОЗ України від 31.10.2011 № 733" | надання паліативної допомоги; 1.2. Перелік медичних показань та протипоказань для надання паліативної допомоги; 1.3. Примірне Положення про заклад охорони здоров'я "Хоспіс" ; 1.4. Примірне Положення про виїзну бригаду з надання паліативної допомоги "Хоспіс вдома"; 1.5. Примірне Положення про паліативне відділення |
| 22. | <p style="text-align: center;"><u>2011</u></p> Наказ МОЗ України від 04.11.2011 № 759 «Про створення робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів щодо знеболення паліативних пацієнтів з хронічним больовим синдромом» | Затверджено оновлений склад робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів щодо знеболення ПП з ХрБС. Зазначені робочі групи розробили «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», що були затверджені наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311. |
| 23. | <p style="text-align: center;"><u>2011</u></p> 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» | На виконання Закону України від 07.07.2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» Наказом МОЗ України були затверджені зазначені документи для впровадження у 4 зазначених пілотних регіонах реформування системи охорони здоров'я. Важливо, що ці документи були максимально наближені до європейських підходів та стандартів і показали ефективність у ЗОЗ ПХД. |
| 24. | <p style="text-align: center;"><u>2012</u></p> Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» від 16.10.2012 №5451-VI | Передбачені наступні заходи з ПХД, зокрема: утворення відділень для паліативної та хоспісної медицини, лікування хіміорезистентного ТБ, розвитку системи амбулаторної допомоги; розвиток системи амбулаторної допомоги, збір показників ефективності програми (кількість протитуберкульозних закладів, у яких утворені відділення для надання ПД, частка забезпечення протитуберкульозних закладів необхідними ЛЗ |

| | | |
|-----|---|---|
| 25. | <p>Наказ МОЗ України «Про організацію паліативної допомоги в Україні» від 21.01.2013 № 41 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 7.02.2013 за № 229/22761) [235]</p> | <p>для надання ПД.</p> <p>Затверджено «Порядок надання паліативної допомоги»: Розділ I. «Загальні положення» - визначає умови, координацію роботи з питань надання ПД; дає основні медико-юридичні дефініції ПД: паліативна допомога, паліативний пацієнт, паліативне лікування, загальна та спеціалізована ПД.</p> <p>Розділ II. «Завдання паліативної допомоги» визначає завдання, складові, принципи ПД, а також передбачає застосування необхідних високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних методів.</p> <p>Розділ III. «Організація надання паліативної допомоги» декларує безоплатність ПД за направленням ЗОЗ, визначає форми надання ПД і права лікарів призначати ПП НПА, підстави, порядок для госпіталізації і виписки Пацієнта із ЗОЗ, загальну і спеціалізовану ПД, склад мультидисциплінарної команди регламентує порядок формування ліжкового фонду ПД ЗОЗ.</p> <p>П. 3.4. <i>«Статус Пацієнта визначається лікуючим лікарем з моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання з прогнозованою тривалістю життя».</i></p> <p>П. 3.12. визначає, що ПД Пацієнту, хворому на туберкульоз та на ВІЛ-інфекцію/СНІД, надається у відповідних спеціалізованих ЛПЗ.</p> <p>П. 3.13. Статистичні показники летальності відділення ПХД не впливають на загальні показники ЗОЗ.</p> <p>Затверджено «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги», що визначає захворювання та стани, при яких повинна надаватися ПД та які є протипоказаннями для надання ПД.</p> |
|-----|---|---|

http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080627_0.html

**Повідомлення про оприлюднення проекту
Концепції Державної цільової програми розвитку паліативної
та хоспісної допомоги на 2010-2014 роки**

Міністерство охорони здоров'я України повідомляє про публікацію на своєму офіційному веб-сайті Проекту Концепції Державної цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2010–2014 роки.

Проектом Концепції передбачено створення та розвиток системи паліативної допомоги задля забезпечення максимально можливої якості життя людини з невиліковною хворобою і обмеженим прогнозом життя, шляхом раннього виявлення та контролю больового синдрому та інших проявів хвороби, усунення розладів фізіологічних функцій організму, соціальної, духовної, психологічної підтримки хворого та його рідних.

Найефективнішим шляхом розв'язання проблеми є виконання Програми, що дасть змогу:

розпочати формування системи паліативної допомоги відповідно до потреб людей та міжнародних стандартів;

забезпечити потреби громадян у паліативній допомозі, завдяки створенню хоспісів, паліативних стаціонарних та денних відділень в закладах охорони здоров'я та завдяки розвитку служби паліативної допомоги та догляду вдома;

охопити паліативною допомогою людей похилого віку, дітей, хворих на СНІД, та інших пацієнтів, які її потребують;

забезпечити паліативних хворих ефективними знеболюючими засобами як в умовах стаціонару, так і вдома;

запровадити методи раннього виявлення та надання паліативної допомоги з метою усунення болю та покращення якості життя пацієнтів та їхніх рідних та близьких;

сформувати ефективну систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з питань паліативної допомоги, діагностики та лікування болю при наданні паліативної допомоги, соціальної, психологічної та духовної допомоги паліативним хворим та їхнім рідним;

покращити емоційний стан та психічне здоров'я родичів хворого, забезпечити можливість родичів працювати завдяки психологічній та соціальній підтримці, допомозі в догляді;

залучити недержавні організації до виконання програм паліативної та хоспісної допомоги, сприяти розвитку благодійництва та волонтерства у цій сфері;

провести наукові дослідження у сфері паліативної допомоги;

створити сприятливе інформаційне середовище, необхідне для послідовної реалізації державних та місцевих програм паліативної та хоспісної допомоги в Україні.

Прийняття цього акту відповідатиме основним Рекомендаціям ВООЗ щодо формування державної політики у сфері допомоги дорослим та дітям з онкологічними захворюваннями, хворим на СНІД, серцево-судинними та іншими важкими соматичними захворюваннями, літнім людям, іншим особам, які потребують паліативної допомоги.

Зауваження та пропозиції просимо надавати на поштову та/або електронну адресу: Пропозиції та зауваження щодо положень надсилайте до 30 липня 2008 року до Міністерства охорони здоров'я України за адресою:

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, тел/факс (044) 234-93-64

E-mail: lykhotop@moz.gov.ua; info@tb.org.ua

Додаток Е 3

http://old.moz.gov.ua/ua/print/dn_20101210_p.html

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

№

10.12.2010

м.Київ

Повідомлення про оприлюднення

- Проект наказу МОЗ України "Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу "Хоспіс", відділення/палати паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги "
- Пояснювальна записка
- Аналіз регуляторного впливу

ПОВІДОМЛЕННЯ

про оприлюднення проекту наказу МОЗ України "Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу "Хоспіс", відділення/палати паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги "Хоспіс вдома"

Міністерство охорони здоров'я України повідомляє про оприлюднення проекту наказу "Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу "Хоспіс", відділення/палати паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги "Хоспіс вдома", що додається.

Проект наказу розроблено на виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-

інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, Постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2009 № 208 "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я", Заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в Україні, затверджених наказом МОЗ від 26.06.2009 р. № 463.

Проект наказу, додатки, пояснювальна записка, аналіз регуляторного впливу розміщені на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України.

Зауваження та пропозиції приймаються у письмовому та електронному вигляді до 09.01.2011 р. на адресу: Міністерство охорони здоров'я України, вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, тел. (044) 253-24-58, (253-62-14, E-mail: kolga@moz.gov.ua, oksana@moz.gov.ua

проект

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

№ _____ від _____ № _____

Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу "Хоспіс", відділення/палати паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги "Хоспіс на дому".

На виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, Постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2009 № 208 "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я", Заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в Україні, затверджених наказом МОЗ від 26.06.2009 р. № 463,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

1.1. Порядок надання паліативної та хоспісної допомоги (додається).

1.2. Примірне Положення про спеціалізований заклад охорони здоров'я особливого типу "Хоспіс" (додається).

1.3. Примірне Положення про відділення/палати паліативної та хоспісної медицини (додається).

1.4. Примірне Положення про спеціалізовану мультидисциплінарну мобільну бригаду паліативної допомоги "Хоспіс на дому" (додається).

1.5. Примірний Табель оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення спеціалізованого закладу охорони здоров'я особливого типу "Хоспіс" (додається).

1.6. Примірний Табель оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги "Хоспіс на дому" (додається).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, головних управлінь та управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити контроль за функціонуванням закладів охорони здоров'я особливого типу "Хоспіс" і відділень/палат паліативної та хоспісної медицини відповідно до цього наказу.

3. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я Бідного В. Г.

Міністр охорони здоров'я України

З.М.Митник

Додаток Е 4

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0768282-11>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

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

На виконання Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити:

1.1. Примірні штатні нормативи закладу охорони здоров'я "Хоспіс" (додається).

1.2. Табель матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я "Хоспіс" (додається).

1.3. Примірні штатні нормативи виїзної бригади з надання паліативної допомоги "Хоспіс вдома" (додається).

1.4. Табель матеріально-технічного оснащення виїзної бригади з надання паліативної допомоги "Хоспіс вдома" (додається).

1.5. Примірні штатні нормативи паліативного відділення (додається).

1.6. Табель матеріально-технічного оснащення паліативного відділення (додається).

2. Начальникам управлінь охорони здоров'я Вінницької, Дніпропетровської, Донецької обласних та Київської міської державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я Толстанова О.К.

Міністр

О.В. Аніщенко

Додаток Е 5

Таблиця 4.2.

**Системний контент-аналіз
чинних нормативно-правових актів з питань державного регулювання
створення і розвитку системи ПХД**

| № з/п | Назва документу | Основні положення, що стосуються ПХД |
|-----------------------|---|--|
| <u>Закони України</u> | | |
| 1. | Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями» [44] | <p>У 2011 р. були внесені зміни і доповнення, що стосуються ПХД:</p> <p>Ст. 8. «Державний захист права на охорону здоров'я»: декларує право кожного громадянина на безоплатне отримання у державних та комунальних ЗОЗ медичної допомоги, у т. ч. і паліативної допомоги.</p> <p>Ст. 33. «Забезпечення надання медичної допомоги» визначає паліативну допомогу як окремий (самостійний) вид медичної допомоги.</p> <p>Ст. 35⁻⁴ «Паліативна допомога» дає визначення паліативної допомоги і декларує безоплатність такої допомоги.</p> |
| 2. | Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII [51] | <p>У Ст. 4 «Програма медичних гарантій» зазначено, що у межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, ... <u>повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України</u> необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, <u>пов'язаних з наданням... паліативної медичної допомоги.</u></p> |
| 3. | Проект Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», № реєстрації 6634 від 22.06.2017 [50] | <p>Ст. 26. «Надання елементів ПД та порядок взаємодії суб'єктів первинної медичної допомоги з ЗОЗ вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та паліативної допомоги» визначає, що надання елементів ПД пацієнту</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | | здійснюється спеціалістами сімейної медицини в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) відповідно до медичних показань і медичних стандартів (клінічних протоколів). |
| <u>Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України</u> | | |
| 5. | Постанова КМУ «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 № 208 [159] | Затверджені «Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я», де у п. 2. зазначено, що проведення структурної реорганізації галузі передбачає створення для надання вторинної медичної допомоги міжрайонних та міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних округів), до складу яких, у т. ч. входять <u>заклади для надання паліативної допомоги (хоспіси)</u> ». |
| 6. | Постанова КМУ «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» зі змінами і доповненнями» від 29.12.2009 № 1417 [158] | Затверджено «Типове положення про територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг)», у Ст. 14. передбачена можливість утворення у територіальних центрах соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (далі – терцентри) мультидисциплінарних команд. Затверджено «Перелік соціальних послуг, умови та порядок їх надання структурними підрозділами територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг)», серед яких зазначений <u>паліативний/хоспісний догляд</u> . А пп. 16 і 18 регламентується утворення спеціалізованих відділень, у тому числі <u>паліативного/хоспісного догляду</u> . |
| 7. | Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» від 31.10.2011 № 1164-р [160] | <i>«Шляхом оптимізації системи надання медичної допомоги населенню з ...розвитком системи ...паліативної допомоги та медичної реабілітації передбачається здійснити перехід від державного фінансування закладів охорони здоров'я до фінансування заходів з надання медичної допомоги населенню виходячи з його потреб».</i> |
| 8. | Постанова КМУ «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2009 р. № 1417» | Внесені зміни і доповнення до зазначеної Постанови, у т. ч. з питань організації та надання <u>паліативного догляду</u> . |

| | | |
|----|---|--|
| | від 23.12.2015 № 1093 [162] | |
| 9. | Розпорядженні КМУ «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року» від 26 вересня 2018 р. № 688-р [164] | <p>У п. 2 «Збереження здоров'я та забезпечення добробуту громадян похилого віку» передбачені «завдання щодо паліативної допомоги і догляду за людьми похилого віку, зокрема: ...3) визначення та оцінювання потреб громадян похилого віку в різних видах геріатричної допомоги (профілактичної, лікувальної, довготривалої, паліативної) за місцем їх проживання/перебування;</p> <p>4) нормативно-правового регулювання питань щодо надання геріатричної допомоги, розроблення та затвердження стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) і клінічних протоколів надання різних видів такої допомоги, їх узгодження з відповідними стандартами надання соціальних послуг;</p> <p>5) передбачення в системі підготовки та післядипломної освіти медичних і соціальних працівників вивчення питань надання різних видів геріатричної допомоги, забезпечення активного довголіття та гідної якості життя в похилому віці;</p> <p>6) забезпечення інтегрованого та безперервного підходу до надання різних видів геріатричної допомоги; 7) удосконалення системи охорони здоров'я і соціального захисту населення в частині надання підтримки індивідуальної життєздатності та незалежності громадян похилого віку, профілактики захворювань, надання послуг з їх раннього виявлення та запобігання передчасній смертності тощо»,</p> <p>а у п. 3. «Створення середовища, сприятливого для громадян похилого віку: 3) розвиток інноваційних соціальних послуг з метою забезпечення можливості проживання громадян похилого віку у громаді; передбачено «запобігання передчасному та небажаному переміщенню таких громадян до закладів стаціонарного догляду розвиток мобільних служб надання паліативної допомоги та сестринського догляду вдома за громадянами похилого віку, денних служб</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | геріатричної допомоги грома-дянам похилого віку та їх сім'ям. |
| <u>Накази МОЗ України і Міністерства соціальної політики України</u> | | |
| 10. | Спільний наказ Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 05.10.2005 № 308/519 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 за № 1209/11489) | У Додатку 3 до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення затверджено «Перелік закладів (підрозділів) та посад, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) на 15% у зв'язку зі шкідливими та важкими умовами праці», зокрема працівники будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів Міністерства праці та соціальної політики України, лікарні, центри, відділення «Хоспіс» (п. 2.25). |
| 11. | Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» від 05.10.2011 N 646 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 7 грудня 2011 р. за N1416/20154) https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1416-11/print | 1.3. ВМД надається: у стаціонарних умовах - багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування (далі - ЛІЛ) першого та другого рівнів, багатопрофільними дитячими лікарнями (клінічними лікарнями) інтенсивного лікування (далі - ДитЛІЛ), лікарнями відновного лікування (далі - ЛВЛ), лікарнями планового лікування (далі - ЛПЛ), хоспісами, спеціалізованими медичними центрами (далі - СМЦ); 2.3. Лікарі ЗП-СЛ, лікарі-терапевти дільничні та лікарі-педіатри дільничні ЦПМСД, лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які провадять господа-рську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці, що перебувають з ЦПМСД у цивільно-правових відносинах, можуть направляти пацієнтів до закладів ВМД у таких випадках: ...до хоспісу для отримання паліативної допомоги. 2.4. Лікарі-спеціалісти закладів ТМД можуть направляти пацієнтів до закладів ВМД у таких випадках: 2.4.4. До хоспісів у разі необхідності в паліативній допомозі. 4.6. Основні показання для планової госпіталізації до закладів ВМД: ...необхідність у стаціонарній медико-соціальній допомозі, паліативній медичній |

| | | |
|-----|--|--|
| | | допомозі. |
| 12. | Наказ МОЗ України «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я» від 30.12.2011 № 1008 [231] | У п. 1.6. «Примірне положення про заклад охорони здоров'я «Хоспіс» дається визначення, основні завдання і функції Хоспісу, регламентується керівництво і організаційна структура Хоспісу, у т. ч. виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», а також контроль та перевірка діяльності Хоспісу. |
| 13. | Спільний наказ Мінсоцполітики та МОЗ України «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим» від 23.05.2014 № 317/353 | Основними координаторами роботи з питань надання соціальної послуги паліативного догляду вдома визначені територіальні центри соціального обслуговування населення (надання соціальних послуг). |
| 14. | «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо-спеціалізованої) та паліативної медичної допомоги дітям. «ВІЛ-інфекція» (затверджено наказом МОЗ України від 24.02.2015 № 92) [237] | Є окремий розділ «Паліативна медична допомога» |
| 15. | «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо-спеціалізованої) та паліативної медичної допомоги (УКПМД) «Деменція» (затверджено наказом МОЗ України від 19.07.2016 № 736) | Розділ 3.4. «Паліативна медична допомога» визначає мету і завдання паліативної допомоги пацієнтам з деменцією, а також осіб, які здійснюють догляд, та гарантії, що вмираючі люди з деменцією мають такий же вільний доступ до паліативної допомоги, як і люди без деменції. |
| 16. | Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» від 29.07.2016 № 801 [240] | Визначаються обов'язки лікарів ЗП-СЛ при наданні ПХД на рівні ПМСД. |
| 17. | Наказ Мінсоцполітики України «Про затвердження | Визначає зміст, обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання соціальної |

| | | |
|-----|---|---|
| | <p>Державного стандарту паліативного догляду» від 29.01.2016 № 58 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17.02.2016 за № 247/28377)</p> | <p>послуги з паліативного догляду, показники її якості, регламентує діяльність закладів соціального захисту населення у питаннях обслуговування паліативних пацієнтів в амбулаторних умовах і вдома, дає визначення «паліативний/ хоспісний догляд», «отримувач соціальної послуги з паліативного догляду», «мультидисциплінарна команда» тощо.</p> |
| 18. | <p>Наказ Мінсоцполітики України «Про затвердження Типового положення про відділення паліативного догляду громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю» від 09.08.2017 № 1293 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 04.09.2017 за № 1078/30946)</p> | <p>У п. 1. цього наказу дається визначення «Відділення паліативного догляду громадян похилого віку, осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю».</p> <p>У розділі II. «Завдання та основні напрями діяльності Відділення» визначені комплексні мультидисциплінарні завдання Відділення, що узгоджуються з міжнародними стандартами.</p> <p>У розділі VI. «Медичне обслуговування підопічних у Відділенні» регламентується порядок надання паліативної медичної допомоги».</p> |
| 19. | <p>Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 р. № 504 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21.03.2018 за № 348/31800)</p> | <p>«Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги» (п. 12.), у якому передбачено надання окремих послуг ПД пацієнтам усіх вікових категорій, у т. ч. призначення НПА, включаючи оформлення рецептів для лікування ХрБС; консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за ПП; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта, а також (п. 13.) направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм ПД в обсязі, що виходить за межі ПМД.</p> |
| 20. | <p>Наказ МОЗ України «Про затвердження Державного формуляру лікарських засобів. (Випуск 10)» від 10.05.2018 № 868</p> | <p>Додаток 8. «Лікарські засоби для надання паліативної допомоги»</p> |
| 21. | <p>МОЗ України «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» від 04.06.2020 № 1308</p> | <p>Затверджено: «Порядок надання паліативної допомоги», «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» і «Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | потребує паліативної допомоги», а також передбачено заходи щодо післядипломної освіти медичних працівників з питань ПХД та інше |
|--|--|---|

Додаток Е 6
Таблиця 4.3.

**Системний контент-аналіз
чинних нормативно-правових актів, що стосуються захисту прав ПП і які
регулюють забезпечення ПП адекватним знеболенням з використанням НПА**

| № з/п | Назва документу | Основні положення, що стосуються ПХД |
|---|--|--|
| <u>Закони України та постанови Верховної Ради України</u> | | |
| 1. | Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 № 60/95-ВР із змінами та доповненнями | Безпосередньо не регулює надання ПХД, але Законом встановлено порядок державного контролю, повноваження органів виконавчої влади, визначаються права та обов'язки фізичних і юридичних осіб у сфері обігу ПР, що було взято за основу для розробки підзаконних нормативно-правових актів з питань надання ПХД. |
| 2. | Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995 № 62/95-ВР із змінами та доповненнями | Визначає, що протидію незаконному обігу ПР забезпечує низка правоохоронних органів і органів виконавчої влади: МВС України, СБУ, Генеральна прокуратура України, Державний митний комітет України, Державна прикордонна служба України, МОЗ України та інші, в межах наданих їм Законом повноважень. Така велика чисельність контролюючих органів, які, часом, діють неузгоджено, ускладнює застосування НПА та доступність ПП до вчасного адекватного знеболення. Безпосередньо не регулює надання ПХД, але його положення були взяті за основу для розробки підзаконних нормативно-правових актів з питань надання ПХД. |
| 3. | Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР із змінами та доповненнями | Безпосередньо не регулює надання ПХД, але визначає порядок і механізми державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації |

| | | |
|--|---|---|
| | | ЛЗ, закріплює державні гарантії щодо забезпечення доступу населення до найнеобхідніших ЛЗ, а також встановлює пільги і гарантії окремим групам населення та категорі-ям громадян щодо забезпечення їх ЛЗ в разі захворювання, дає визначення нар-котичних ЛЗ, що було взято за основу для розробки підзаконних нормативно-правових актів з питань надання ПХД. |
| 4. | Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» від 22.12.2006 № 530-V | <p>Безпосередньо не регулює надання ПХД, але Ст. 21 дозволяє здійснення діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних (психотропних) ЛЗ, ЗОЗ усіх форм власності за умови отримання відповідної ліцензії.</p> <p>Ст. 27 визначає, що роздрібна реалізація фізичним особам наркотичних ЛЗ, включених до таблиць II і III Переліку, дозволених до застосування у медичній практиці, здійснюється через аптечні заклади всіх форм власності за наявності у них ліцензії на цей вид діяльності.</p> |
| <u>Укази Президента України</u> | | |
| 5. | Указ Президента України «Про створення Державної служби України з контролю за наркотиками» № 457/2011 | Створена Державна служба України з контролю за наркотиками (далі – ДСКН України) як центральний орган вико-навчої влади, діяльність якого спрямо-вується і координується КМУ. |
| <u>Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України</u> | | |
| 6. | Постанова КМУ «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» від 13.05.2013 № 333 | <p>Постанова суттєво спростила застосування НПА як в стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома, поліпши-ла доступність пацієнтів до знеболення, особливо в амбулаторних умовах.</p> <p>Постанова визначає механізм обігу ПР, включених до таблиць II і III «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», затвердженого Постановою КМУ від 06.05.2000 № 770.</p> |
| 7. | Розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» від 28.08.2013 № 735-р | У розділі «Сприяння розвитку паліативної допомоги» зазначено, що важливим кроком до гуманізації наркополітики повинне стати: проведення національної оцінки |

| | | |
|----|---|---|
| | | <p>потреб у ПД, у ЛЗ, передусім для полегшення болю;</p> <p>розроблення та прийняття відповідно до принципів ВООЗ стандартів і клінічних протоколів надання ПД;</p> <p>сприяння вітчизняному виробництву таблетованого морфіну;</p> <p>створення системи державної підтримки виробників ліків та аптек, які мають ліцензії на обіг наркотиків, з метою розширення їх асортименту та доступності;</p> <p>забезпечення ЗОЗ та аптечної мережі таблетованими та пролонгованими формами ОА;</p> <p>створення необхідних умов для безпечного використання наркотичних ЛЗ у “стаціонарі на дому”;</p> <p>призначення лікарем без додаткового погодження та комісійного перегляду наркотичних ЛЗ для пацієнтів з ХрБС онкологічної та неонкологічної природи;</p> <p>включення обов’язкового навчального курсу з ПД в навчальні програми підготовки студентів і післядипломної перепідготовки лікарів, фельдшерів, медсестер, консультантів та соціальних працівників.</p> |
| 8. | <p>Постанова КМУ «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» від 06.05.2000 № 770 із змінами та доповненнями</p> | <p>Затверджено «Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» які згруповані у списки і включені до таблиць I–IV.</p> |
| 9. | <p>Постанова КМУ «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов’язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» від 03.06.2009 № 589 із змінами та доповненнями</p> | <p>Було затверджено зазначений Порядок, який визначає процедуру провадження суб'єктами господарювання – юридичними особами незалежно від форми власності (далі – суб'єкти господарювання) діяльності, пов’язаної з обігом ПР, включених до Переліку, затвердженого Постановою КМУ від 06.05.2000 № 770.</p> <p>У п. 45 визначено, що контроль за виконанням суб'єктами господарювання вимог законодавства у сфері обігу наркотичних засобів покладено на ДСКН</p> |

| | | |
|-----|--|--|
| | | <p>України, МОЗ України, МВС України, СБУ, Державну митну службу України та інші органи у межах їх повноважень.</p> <p>Скасовано Постанову КМУ від 18.01.2003 № 58 «Про затвердження Порядку здійснення контролю за обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів», якою здійснення обігу наркотичних ЛЗ дозволялось лише закладам державної та комунальної форм власності.</p> |
| 10. | <p>Постанова КМУ «Про Державну службу з контролю за наркотиками (ДСКН)» від 10.09.2014 № 442</p> | <p>ДСКН було реорганізовано шляхом злиття з «Державною службою з лікарських засобів» у нову структуру — «Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужбу)»</p> |
| 11. | <p>Постанова КМУ «Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці І переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку» від 06.04.2016 № 282</p> | <p>Пп. 66–73 затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності ЗОЗ з обігу ПР.</p> |
| 12. | <p>Постанова КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів</p> | <p>Встановлено норми обов'язкової наявності в аптечному закладі відповідної ліцензії на реалізацію (відпуск) ЛЗ, включених до Національного переліку основних лікарських засобів, у т. ч. і тих, до складу яких входять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори.</p> <p>Це – надзвичайно важливий документ</p> |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| | (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» від 30.11.2016 № 929 | для забезпечення доступності ПП до НПА. |
| 13. | Постанова КМУ «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення» від 25.03.2009 № 333 зі змінами згідно Постанови КМУ «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» від 16.03.2017 № 180 та Постанови КМУ «Про внесення змін до Національного переліку основних лікарських засобів» від 13.12.2017 № 1081 | <p>Затверджено та внесено зміни до «Національного переліку основних лікарських засобів» », зокрема:</p> <p><i>«1-¹. Лікарські засоби, що в установленому законом порядку зареєстровані в Україні та включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого цією постановою, підлягають закупівлі закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів.</i></p> <p><i>Обсяги потреби в закупівлі лікарських засобів визначаються за видами медичної допомоги в порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я».</i></p> <p>Розділ II. «Лікарські засоби для лікування болу та надання паліативної допомоги» містить окремі підрозділи:</p> <p>1. Ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні ЛЗ (НСПЗ). 2. Опіоїдні анальгетики. 3. ЛЗ для симптоматичної фармакотерапії у ПД/ЛЗ для усунення інших поширених симптомів у ПД.</p> |
| <u>Накази МОЗ України</u> | | |
| 14. | Наказ МОЗ України «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» від 07.08.2015 № 494 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26 серпня 2015 р. за № 1028/27473) із змінами і доповненнями | <p>Під час надання ПХД лікар має право виписати рецепт ПП, а провізор відпустити НПА з розрахунку на 15-денний термін лікування.</p> <p>Відповідальність за виконання належних умов обігу НПА покладається на регіональний рівень, на адміністрацію ЗОЗ.</p> <p>Скасовано Наказ МОЗ України № 11, що дозволило:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лікарям призначати НПА без спеціальної комісії з призначення наркотичних ЛЗ, а відповідальність за призначення НПА покласти безпосередньо на лікаря; - покласти відповідальність щодо контролю обігу ПР на адміністрацію ЗОЗ, яка самостійно обирає форму контролю за |

| | | |
|-----|---|---|
| | | <p>використаними ампулами;</p> <ul style="list-style-type: none"> - виконувати призначення ін'єкційних НПА амбулаторним хворим власноруч або членами сім'ї, опікуном чи піклувальником, які здійснюють догляд за ПП, без участі медичного персоналу; - ЗОЗ мати резерв НПА, при дотриманні умов зберігання, що дорівнює кількості споживання за попередній місяць з поправкою на збільшення у розмірі 25 %; у відділеннях ЗОЗ норматив зберігання визначається кількістю спожитих НПА за попередній тиждень з поправкою на збільшення у розмірі 25 %. |
| 15. | <p>Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» від 25.04.2012 № 311</p> | <p>Затверджено «Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», яким: затверджено обов'язкові необхідні дії лікаря ЗОЗ, що надають ПМД:</p> <ul style="list-style-type: none"> - застосування «Фармакотерапії відповідно до 3-ступеневої схеми ВООЗ»; - затверджені «Етапи діагностики і лікування» (клінічний маршрут ПП), «Клінічна характеристика ХрБС», «Лікування ХрБС», «Схема та лікарські засоби для медикаментозного лікування ХрБС», методика «Оцінка DIRE: Відбір пацієнтів для тривалого отримання опіоїдної аналгезії» тощо. |
| 16. | <p>Наказ МОЗ України «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали» від 01.02.2013 № 77</p> | <p>До «Переліку зареєстрованих лікарських засобів, які вносяться до Державного реєстру лікарських засобів України», внесено морфіну сульфат в таблетках.</p> |
| 17. | <p>Наказ «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх</p> | <p>Регулює діяльність ЗОЗ і лікарів при виписуванні рецептів та ведення обліку ЛЗ, у т. ч. НПА.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків» від 19.07.2005 № 360 (Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 20.07.2005 за № 782/110624) із змінами і доповненнями</p> | |
|--|---|--|

Додаток Е 7
Таблиця 4.4.

**Системний контент-аналіз
чинних нормативно-правових актів, які гарантують права ПП і
регламентують надання ПХД онкологічним хворим**

| № з/п | Назва документу | Основні положення, що стосуються ПХД |
|---|--|--|
| <u>Постанови Верховної Ради України</u> | | |
| 1. | <p>Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Онкологічні захворювання в Україні. Проблема та шляхи подолання» від 20.04.2004 № 1688-V</p> | <p>Зазначено, що вкрай недостатньо розвивається система ПД; необхідним є створення центрів протибольової терапії, центрів психологічної, професійної, соціальної реабілітації.</p> <p>Рекомендується МОЗ України поетапно забезпечити створення спеціалізованих медичних закладів (хоспісів) на базі регіональних центрів та онкологічних диспансерів для надання медичної допомоги хворим у термінальному стані хвороби; створити необхідні умови для ефективного знеболювання, психологічної, професійної та соціальної реабілітації хворих на онкологічні захворювання.</p> |
| <u>Накази МОЗ України:</u> | | |
| 2. | <p>Наказ МОЗ України «На виконання постанови Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Онкологічні захворювання в Україні. Проблема та шляхи подолання» від 20.04.2004 року, №1688-V» від 11.08.2004 № 408</p> | <p>Затверджено План заходів МОЗ України, щодо реалізації Рекомендацій парламентських слухань, зокрема підготувати пропозиції щодо створення спеціалізованих медичних закладів (відділень) для надання медичної допомоги невиліковним хворим (хоспісів) на базі регіональних центрів та онкологічних диспансерів; створювати необхідні умови для ефективного знеболювання, психологічної, професійної та соціальної</p> |

| | | |
|----|--|---|
| | | реабілітації хворих на онкологічні захворювання. |
| 3. | Наказ МОЗ України «Про систему онкологічної допомоги населенню України» від 01.10.2013 № 845 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 16 січня 2014 р. за № 77/24854) | Зазначено необхідність проводити роботу щодо створення спеціалізованих медико-соціальних закладів (хоспісів) охорони здоров'я з відділеннями для надання ПД онкологічним хворим у термінальній стадії хвороби у всіх адміністративно-територіальних одиницях України. Було затверджене «Положення про кабінет проти больової терапії закладу охорони здоров'я». |

Додаток Е 8
Таблиця 4.5.

**Системний контент-аналіз
чинних нормативно-правових актів, які регламентують надання ПХД та
СПІД хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД**

| № з/п | Назва документу | Основні положення, що стосуються ПХД |
|--|---|--|
| <u>Закони України</u> | | |
| 1. | Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 року № 2861–VI | Декларує права ЛЖВ, їхніх рідних і близьких: Ст.16. декларує, що відмова у прийомі до медичних закладів, до закладів соціальної опіки і піклування та соціальних служб, а також відмова у наданні медичної допомоги та соціальних послуг, обмеження інших прав людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їх ВІЛ-позитив-ного статусу, а також обмеження прав їх-ніх рідних і близьких на цій підставі забороняється. |
| 2. | Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» від 20.10.2014 № 1708-VII | Визначені завдання щодо забезпечення організації та доступу до паліативної та хоспісної допомоги людям, які живуть з ВІЛ; підготовки відповідних кадрів для надання такої допомоги. |
| <u>Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України</u> | | |
| 3. | Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014– | Вказано на низький рівень доступу населення, представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і ЛЖВ до послуг з ПХД та визначено завдання щодо забезпечення організації та доступу до ПХД |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| | 2018 роки» від 13.05.2013 № 356-р | ЛЖВ, організація надання пер-винної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовка відповідних кадрів для надання такої допомоги. |
| 4. | Проект Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Загально-державної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки» від 21.06.2018 | Серед причин виникнення проблеми зазначено зниження доступу загального населення, людей із ключових щодо інфікування ВІЛ груп та ЛЖВ до якісної медичної допомоги, у тому числі паліативної, та відзначається завдання забезпечення організації та доступу до паліативної, хоспісної допомоги ЛЖВ. |
| Накази МОЗ України | | |
| 5. | Наказ МОЗ України «Про забезпечення виконання доручень Президента України від 04.08.03 № 1-1/952, Прем'єр-міністра України від 06.08.03 № 46886 та Кабінету Міністрів України від 09.08.03 № 46886» від 02.09.2003 № 408 | Передбачалося вживати, починаючи з 2004 року, заходів щодо відкриття лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспісів) у регіонах з високим рівнем інфікованості ВІЛ; підготувати узгоджені пропозиції щодо відкриття лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспісів) у регіонах з високим рівнем інфікованості на ВІЛ; забезпечити відкриття лікарень для хворих на термінальній стадії (хоспісів) у регіонах з високим рівнем інфікованості ВІЛ за рахунок коштів міжнародних донорських організацій та місцевих бюджетів. |
| 6. | Наказ МОЗ України «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» від 03.07.2007 № 368 | Вперше визначено мультидисциплінарний підхід щодо надання ПХД, регламентовано лікування больового та інших синдромів, що можуть виникати у ВІЛ-інфікованих хворих, лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію, навчання членів родини та соціальних працівників щодо догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/ СНІД, надання соціально-психологічної та духовної підтримки зазначеній категорії пацієнтів. Затверджені визначення, що стосуються ПХД: «Паліативна допомога»; «Медична складова паліативної допомоги»; «Соціальний компонент паліативної допомоги»; «Психологічний компонент в рамках паліативної допомоги»; «Духовна підтримка»; «Мультидисциплінарна команда паліативної допомоги (МДК)». |

| | | |
|----|---|---|
| | | Вперше була визначена мультидисциплінарна суть МДК, що має велике значення не лише для організації ПХД ЛЖВ, а й ПП інших нозологій. |
| 7. | Наказ МОЗ України «Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД» від 27.12.2007 № 866 | Затверджені Примірні положення про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД, а також поставлені завдання перед керівниками регіональних органів охорони здоров'я: передбачити кошти у місцевих бюджетах на забезпечення надання ПД ЛЖВ, які її потребують; сприяти створенню та функціонуванню хоспісів, відділень та палат ПД. |

Додаток Е 9
Таблиця 4.6.

**Системний контент-аналіз
чинних нормативно-правових актів, які регламентують надання ПХД та
СППД хворим на туберкульоз**

| № з/п | Назва документу | Основні положення, що стосуються ПХД |
|---|--|---|
| <u>Закони України та постанови Верховної Ради України</u> | | |
| 1. | Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» від 05.07.2001 № 2586-III | Безпосередньо не регулює надання ПХД хворим на ТБ, але визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на ТБ, забезпечення медичної допомоги хворим на ТБ, і встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері протидії захворюванню на ТБ. Це основоположний закон, на основі якого розробляються інші нормативно-правові акти. |
| 2. | Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Епідемія туберкульозу в Україні та шляхи її подолання» від 19.06.2003 № 989-IV | Рекомендовано створити у кожному регіоні на базі протитуберкульозних закладів стаціонари (відділення) для утри-мання та лікування хворих на ТБ з числа соціально дезадаптованих осіб, місцеві хоспіси для зазначеної категорії хворих, а також стаціонари (відділення) для лікування хворих на полірезистентні форми ТБ. |
| <u>Накази МОЗ України</u> | | |
| 3. | Наказ МОЗ України «Про | Затверджене «Примірне положення про |

| | | |
|--|--|--|
| | затвердження Примірного положення про лікарню "Хоспіс" (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз» від 11.06.2010 № 483 | лікарню «Хоспіс» (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз» та дано доручення згідно із зазначеним Примірним положенням забезпечити створення та функціонування лікарень «Хоспіс» (відділень, палат паліативного лікування) для хворих на ТБ відповідно до потреб регіонів |
|--|--|--|



Додаток Е 10
Таблиця 4.7.


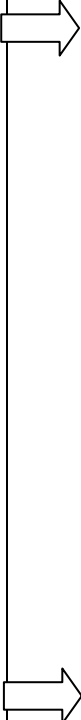
**Системний контент-аналіз
чинних нормативно-правових актів, які регламентують надання ПХД та
паліативного догляду дітям**



| № з/п | Назва документу | Основні положення, що стосуються ПХД |
|---|--|---|
| <u>Постанови Верховної Ради України</u> | | |
| 1. | Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Права дитини в Україні: забезпечення, дотримання, захист» від 22.02.2017 № 1906-VIII | <p>Учасники парламентських слухань рекомендують:</p> <p>3. КМУ до 1 квітня 2017 р. затвердити Державну цільову програму з надання ПД дітям.</p> <p>Доручити МОЗ України з метою дотримання прав дітей на якісну та своєчасну медичну допомогу забезпечити своєчасне здійснення закупівель і постачання ЛЗ для лікування дітей, хворих на онкологічні, онкогематологічні, інші складні та рідкісні (орфанні) захворювання, а також закупівлі за державні кошти дитячих форм анальгетиків у формі пластирів та солодких сиропів <u>для надання ПД дітям.</u></p> <p>4. Місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування взяти під особливий контроль питання щодо надання соціальних послуг сім'ям, в яких діти хворіють на онкологічні та онкогематологічні, інші складні та рідкісні (орфанні) захворювання, а також сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах через такі захворювання батьків або осіб, які їх замінюють.</p> |
| <u>Постанови Кабінету Міністрів України</u> | | |
| 2. | Постанова КМУ «Деякі питання соціального | Затверджене «Типове положення про дитячий будинок-інтернат». |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| | захисту дітей з інвалідністю та осіб з інвалідністю» від 14.12.2016 № 978 | <p>Визначено, що будинки-інтернати (відділення) IV профілю (змішані за статтю) – для вихованців з тяжкою і глибокою розумовою відсталістю та/або стійкими хронічними розладами психіки, які <u>потребують паліативного догляду</u>, навчання і реабілітації та для яких самостійне пересування є значно ускладненим або неможливим.</p> <p>У будинку-інтернаті можуть діяти відділення (групи) <u>паліативного догляду</u>...</p> <p>Визначені завдання будинків-інтернатів, серед яких – <u>паліативний догляд</u>...</p> <p>Визначені умови надання медичної допомоги в будинку-інтернаті, у т. ч. використання НПА.</p> <p>До будинку-інтернату IV профілю приймаються діти з тяжкою та глибокою розумовою відсталістю та/або стійкими хронічними розладами психіки, що супроводжуються стійкими фізичними порушеннями опорно-рухового апарату, які <u>потребують безперервного паліативного догляду</u>.</p> |
| 3. | Постанова КМУ «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям» від 10.07.2019 р. № 675 [165] | <p>Визначені завдання центрів медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям:</p> <p><i>«... У центрі надається допомога:</i></p> <p><i>... дітям, які потребують паліативної допомоги та мають невиліковні прогресуючі захворювання, що обмежують життєдіяльність;</i></p> <p><i>... дітям, які мають вроджені вади розвитку, після виписки з перинатального центру або пологового будинку в разі потреби в отриманні послуг з медичної реабілітації або паліативної допомоги».</i></p> |
| Накази МОЗ України | | |
| 4. | Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям» від 24.02.2015 № 92. | Затверджено «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. «ВІЛ-інфекція» |

Основні напрямки удосконалення і розвитку національної НПБ з питань надання ПХД і СППД

| Основні напрямки удосконалення і розвитку національної НПБ з питань надання паліативної та хоспісної допомоги і СППД | | | |
|---|--|--|---|
| Законодавчий (державний рівень) |  | <p>Внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями» з метою приведення у відповідність з НПБ Ради Європи та ВООЗ стосовно визначення «Паліативна допомога» та введення понять «Паліативна допомога дітям» і «Медико-соціальна допомога»</p> | <p>Можливі виконавці і зацікавлені установи: Комітет ВРУ з питань охорони здоров'я; МОЗ України; Мінсоцполітики України; Мінюст України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НУО; Уповноважений ВРУ з прав дитини;</p> |
| |  | <p>Розробка проекту спеціального («профільного») Закону України «Про паліативну допомогу населенню в Україні»: відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями», згідно з принципами та стандартами ПД Ради Європи та ВООЗ, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - доступності ПД для ПП незалежно від нозології хвороби, комплексності (мультидисциплінарності) ПХД, що повинна включати як заходи медичної допомоги ПД, так і психологічної і соціальної підтримки та духовного супроводу ПП та членів їх сімей; - регуляції міжвідомчої/міжсекторальної координації та взаємодії; - визначення рівнів регулювання та надання ПХД: державний, відомчий, регіональний, місцевий, громади, недержавний, приватний; - регламентація порядку створення, функціонування, моніторингу і контролю якості надання ПХД у закладах державної, комунальної, недержавної (приватні, благодійні, релігійні та громадські організації тощо); - визначення джерел, механізмів та обсягів фінансування; - мотивації і розвитку благодійництва і | <p>Можливі виконавці і зацікавлені установи: Комітет ВРУ з питань охорони здоров'я; МОЗ України; Мінсоцполітики України; МОН України; Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту; Мінфін України; Мінюст України; Міноборони України; НАМН України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; Рада Церков; НУО; Уповноважений ВРУ з прав дитини;</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>меценатства; - підбору, навчання і мотивації персоналу, що залучений до надання ПХД; - впровадження інституту медичного капеланства; - встановлення пільгового оподаткування для юридичних і фізичних осіб, які допомагають у фінансуванні закладів ПД і догляду тощо</p> | |
| |  | |
|  | <p>Розробка Закону України або постанови КМУ «Про затвердження Державної Програми розвитку паліативної допомоги в Україні»: у відповідності з базовими принципами та стандартами ПД Ради Європи та ВООЗ, для визначення і фінансового забезпечення пріоритетних напрямків розвитку доступної, якісної та ефективної системи ПХД населенню в Україні, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - затвердження джерел, механізмів та обсягів фінансування надання ПД і догляду в стаціонарних ЗОЗ і установах соціального захисту населення, в амбулаторних умовах і вдома, реімбурсації вартості ЛЗ для ПП з врахуванням гарантій безоплатності ПХД відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями» та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII; - передбачити надання членам сім'ї та опікунам, що здійснюють догляд за ПП вдома, матеріальної допомоги по догляду за ПП, аналогічної допомозі, що надається по догляду за дитиною, а також інші види підтримки та допомоги, зокрема, психологічної, соціальної, юридичної тощо; - визначення системи навчання і мотивації персоналу, що залучений до надання ПХД; - розвиток мережі закладів/ установ ПД і догляду в межах госпітальних округів, спеціалізованих мультидисциплінарних команд/бригад ПД і догляду під час перебування ПП в ЗОЗ, в амбулаторних умовах і вдома відповідно до забезпечення міжвідомчого/міжсекторального підходу згідно з Постановами КМУ «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 № 208, «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» зі змінами і доповненнями» від 29.12.2009 | <p>Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінсоцполітики України; МОН України; Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту; Мінфін України; Мінюст України; Міноборони України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НАМН України; НУО</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | № 1417 тощо. | |
| |  | |
| | <p>Затвердження КМУ «Національної Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні», відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями» та згідно з основними принципами та стандартами ПД ВООЗ і Ради Європи, що має визначити основні напрямки створення і розвитку доступної, якісної та ефективної системи ПХД населенню в Україні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - інтеграція ПХД в систему охорони здоров'я на всіх рівнях; - посилення поінформованості громадянського суспільства щодо питань ПД; - забезпечення пацієнт-сім'я-орієнтованого підходу у ПД і догляду; - удосконалення нормативно-правового регулювання сфери ПД; - здійснення планових розрахунків створення мережі закладів/установ/відділень ПД і догляду системи охорони здоров'я та соціального захисту населення, зокрема геріатричного і педіатричного профілю; - забезпечення фінансування надання ПД і догляду з різних джерел; - запровадження механізмів взаємодії між державними, місцевими органами влади та НУО, міжнародними і національними благодійними організаціями і фондами; - розвиток кадрових ресурсів для роботи стаціонарних та виїзних служб ПД; - розробка та впровадження системи моніторингу і контролю якості надання ПХД; - здійснення наукових досліджень з питань надання ПД. | <p>Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінсоцполітики України; МОН України; Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту; Мінфін України; Мінюст України; Міноборони України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НАМН України; НУО</p> |
| |  | |
| | <p>Удосконалення чинних і розробка нових нормативно-правових актів з питань забезпечення доступності ПП з ХрБС до НПА, у першу чергу в амбулаторних умовах і вдома у відповідності з основними принципами та стандартами ПД ВООЗ і Ради Європи; створення оптимальної мережі аптечних закладів, що мають ліцензію на торгівлю НПА у кожному регіоні (госпітальному окрузі); збільшення асортименту (форм випуску) НПА, у т. ч. для дітей; реімбурсації вартості ЛЗ для ПП з врахуванням гарантій безоплатності ПХД</p> | <p>Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінсоцполітики України; МОН України; Мінфін України; Мінюст України; Міноборони України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НАМН України; НУО</p> |

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| | | відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. | |
| Нормативний (відомчий рівень) | | | |
| | | <p>Розробка наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання паліативної медичної допомоги населенню в Україні та Переліку медичних показань для її надання», де передбачити розділ «Порядок надання паліативної медичної допомоги дітям» або внесення змін і доповнень до Наказу від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» у відповідності з основними принципами та стандартами ПД ВООЗ та Ради Європи, згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, Постанови КМУ «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17.02.2010 № 208, результатів впровадження пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, зокрема стосовно ПХД відповідно до наказу 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», де визначити:</p> <ul style="list-style-type: none"> - хто і яким чином визначає статус ПП (дорослих і дітей); - якими документами має визначатися і підтверджуватися статус ПП; - клінічний маршрут ПП: порядок виявлення, реєстрації, надання медичної паліативної допомоги та догляду за ПП; - яким чином заходи медичної реабілітації інтегруються у ПД, як окремі види медичної допомоги, і навпаки; - яким чином ПХД, яка надається закладами і фахівцями охорони здоров'я, і паліативний догляд, який забезпечують установи і фахівці соціального захисту населення, одержують бюджетне фінансування, координують та інтегрують свої дії; - у чому відмінність понять «паліативний пацієнт» і «особа з інвалідністю»; - яким чином буде реалізовуватися гарантована державою безоплатність ПХД у ЗОЗ і паліативного догляду в установах | <p>Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінсоцполітики України; Мінюст України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НУО</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | соціального захисту населення, а також при наданні ПХД в амбулаторних умовах і вдома медичними працівниками ПМД; - організація хоспісної допомоги ПП у термінальній стадії захворювання; - організація надання медико соціальної допомоги, психологічної підтримки і духовного супроводу ПП і членам його сім'ї; - організація надання ПХД в закладах системи соціального захисту населення, зокрема геріатричного і педіатричного профілю тощо. | |
| ⇕ | | |
| ⇒ | Розробка та затвердження «Державних Стандартів надання паліативної медичної допомоги», зокрема «Стандартів паліативного лікування», «Стандартів утримання ПП» як в стаціонарних ЗОЗ ПХД, так і вдома, передбачивши вимоги до закладів/відділень/палат ПД і догляду, у т. ч. і для дітей, «Стандартів штатних нормативів з урахуванням мультидисциплінарного підходу, забезпечення адекватного контролю ХрБС та симптомів, умов утримання ПП, «Стандартів до- і післядипломної освіти фахівців з питань надання ПХД», вимог до приміщень тощо. | Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінсоцполітики України; Мінюст України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НУО |
| ⇕ | | |
| ⇒ | Розробка та затвердження додатків до чинних уніфікованих і локальних клінічних протоколів щодо надання паліативної медичної допомоги і догляду пацієнтам усіх вікових категорій, у т. ч. дітям, при різних нозологіях. | Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НУО |
| ⇕ | | |
| ⇒ | З метою національної оцінки потреб населення у ПД і догляді, а також у ЛЗ для ПП , передусім різних форм знеболюючих ЛЗ, у т. ч. і для дітей, та засобів догляду за ПП; створення Єдиного реєстру ПП розробити і внести у форми щорічної статистичної звітності регіональних органів управління охорони здоров'я і соціального захисту населення дані про надання ПД і догляду, у т. ч. дітям. | Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінсоцполітики України; Мінюст України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НУО |
| ⇕ | | |
| ⇒ | Внесення у список медичних професій і спеціальностей «Лікар паліативної та хоспісної медицини», «Молодший медичний спеціаліст з паліативної та хоспісної медицини», «Молодший медичний працівник | Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінюст України; Міжвідомча робоча |

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| | | - доглядальниця/догоглядальник». | група з ПД і догляду; НУО |
| ⇕ | | | |
| Науково-освітній | → | Удосконалення системи до- та післядипломної освіти з питань ПД і догляду та контролю ХрБС, у т. ч. педіатричної і геріатричної ПД і догляду, розробки навчальних програм, посібників, рекомендацій тощо для медичних, соціальних, педагогічних працівників, впровадження дистанційної системи навчання. | Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України; Мінсоцполітики України; Мінюст України; Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НУО |
| | ⇕ | | |
| | → | Розробка і затвердження спільних наказів МОЗ України, Мінсоцполітики України, МОН України, НАН України, НАМН України, НАПН України щодо планування і проведення наукових досліджень з питань надання ПД і догляду | Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України, Мінсоцполітики України, МОН України, НАН України, НАМН України, НАПН України |
| ⇕ | | | |
| Приватно-громадський | → | Розробка та затвердження системи: - державно-приватного партнерства щодо надання ПД і догляду за ПП як в стаціонарних закладах ПД, так і в амбулаторних умовах і вдома; - розвитку і підтримки волонтерського руху, відбору, навчання, мотивації та моніторингу якості роботи волонтерів. | Можливі виконавці і зацікавлені установи: МОЗ України, Мінсоцполітики України, Міжвідомча робоча група з ПД і догляду; НУО |

Додаток Е 12

**Пропозиції
щодо удосконалення і розвитку національної НПБ
з питань надання ПХД і СППД**

1. Важливим чинником, який би позитивно сприяв становленню і розвитку системи ПХД в Україні, була б розробка і прийняття ВРУ Законів України «Про паліативну допомогу населенню в Україні» або «Про затвердження Державної Програми розвитку паліативної допомоги в Україні», а також ухвалення постанови КМУ «Про затвердження Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року», яка вже розроблена і подана до МОЗ України.

2. Виходячи з положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII необхідно

регіональним органам влади прийняти відповідні підзаконні акти, у яких затвердити механізми реалізації і забезпечення цього Закону стосовно надання ПХД населенню.

3. МОЗ України необхідно активізувати роботу щодо розробки наказу «Про затвердження Переліку медичних показань для надання паліативної і хоспісної медичної допомоги» або доповнень «Паліативна медична допомога і догляд» до клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на важкі хронічні прогресуючі захворювання, у т. ч. у термінальних стадіях, де конкретизувати показання до надання ПХД ПП різних нозологій захворювань, що має як практичне, так і юридичне значення. Адже практичному лікарю дуже важливо і з точки зору професійної етики та деонтології, і визначення тактики і методів лікування, і з юридичної точки зору (у разі скарги ПП чи його родичів) мати чіткі конкретні для певної нозології (затверджені відповідним наказом МОЗ України) показання (критерії, ознаки і симптоми), коли можна або необхідно обмежити або припинити безперспективне етіо-патогенетичне лікування і зосередитись на симптоматичному паліативному лікуванні.

4. Враховуючи, що з моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція пацієнти потребують ПХД, а хворі на МРТБ і РРТБ потребують ПХД з врахуванням тривалості лікування та необхідності дотримання заходів інфекційного контролю, НПБ повинна забезпечити створення і розвиток оптимальних моделей надання ПХД та СППД ЛЖВ та хворим на ТБ.

5. У рамках міжвідомчого співробітництва було б доцільним розпочати підготовку соціальних працівників/робітників з питань надання СППД вдома на базі кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика, що дозволило б забезпечити формування мультидисциплінарних бригад/команд ПХД та СППД вдома, оскільки сьогодні саме навчання і підвищення кваліфікації соціальних працівників/робітників з питань паліативного догляду вдома є значною проблемою для установ системи Мінсоцполітики України, враховуючи, що в галузі соціального захисту населення відсутня система регіональних закладів післядипломної освіти соціальних працівників/робітників.

6. У зв'язку з прийняттям низки нормативно-правових актів стосовно реформування системи охорони здоров'я, що на даний момент впроваджується на рівні ПМД, потребують чіткого визначення у нормативно-правових документах наступне:

- хто і яким чином визначає статус паліативного пацієнта;
- якими документами це повинно визначатися і засвідчуватися/підтверджуватися;
- яким чином заходи медичної реабілітації інтегруються у паліативну допомогу, і навпаки, як окремі види медичної допомоги;

- яким чином ПХД, яка надається закладами і фахівцями охорони здоров'я, і СППД, який забезпечують установи і фахівці соціальної опіки, одержують бюджетне фінансування, координують та інтегрують свої дії;

- у чому відмінність статусу «паліативний пацієнт» і «особа з інвалідністю»;

- яким чином буде реалізовуватися гарантована державою безоплатність ПХД у ЗОЗ і СППД в установах соціального захисту населення, а також при наданні ПХД в амбулаторних умовах і вдома медичними працівниками ПМД тощо.

7. МОЗ України, регіональним органам охорони здоров'я і соціального захисту населення разом з представниками НДО необхідно провадити адвокаційну кампанію щодо захисту і забезпечення дотримання прав ПП-дітей, вживати практичних заходів щодо розширення мережі стаціонарних педіатричних ЗОЗ ПД і виїзних бригад ПД дітям, професійної підготовки і підвищення кваліфікації медичних і соціальних працівників, психологів, медичних капеланів, волонтерів тощо.

8. Відсутність в Україні механізмів державного моніторингу і контролю стосовно надання ПХД і СППД потребує створення в МОЗ України міжвідомчої державної інституції, яка б могла здійснювати моніторинг української НПБ та аналітичні дослідження міжнародних документів і пропонувати КМУ оптимальні варіанти, враховуючи медико-демографічну і соціально-економічну ситуацію в країні. Необхідно впровадити систему Реєстрів ПП у регіонах та статистичної звітності щодо надання ПХД і СППД як у закладах системи охорони здоров'я так і соціального захисту населення, що дозволить оптимізувати планування, моніторинг і контроль надання ПХД і СППД.

Звіт щодо стану та розвитку паліативної і хоспісної допомоги
у _____ області/місті у 2014 році
(на виконання наказу МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної
допомоги в Україні», «Плану заходів МОЗ України щодо розвитку паліативної допомоги в
Україні на 2014–2015 роки» від 14.02.2014 р. та спільного наказу Міністерства
соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України «Про
затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного
догляду вдома невиліковно хворим» від 23.05.2014 № 317/353

1. Забезпечення закладами паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) у регіоні

1.1. Стационарні хоспіси/заклади та відділення ПХД системи охорони здоров'я України

| |
|---|
| <p>1.1.1. Назва хоспісу/закладу ПХД: _____</p> <p>Дата створення _____</p> <p>Адреса: _____</p> <p>ППШ та телефон головного лікаря _____</p> <p>1.1.2. Назва паліативного/хоспісного відділення у стационарних багатопрофільних закладах охорони здоров'я/спеціалізованих закладах охорони здоров'я: _____</p> <p>Дата створення _____</p> <p>Адреса: _____</p> <p>ППШ та телефон завідувача відділення: _____</p> <p>1.1.3. Кількість хворих, яким надано ПХД (усього) _____</p> <p>Профіль хворих, яким надано ПХД у %</p> <p>онкологічний _____, геріатричний _____,</p> <p>хронічні неінфекційні захворювання _____, психіатричний _____,</p> <p>педіатричний _____, ВІЛ-інфекція/СНІД _____,</p> <p>інший (який саме) _____</p> <p>1.1.4. Штатний розпис хоспісу/закладу/відділення ПХД:</p> <p>1) Лікарі _____, укомплектованість штату % _____, Одержали спец. підготовку з ПХД _____</p> <p>2) Середні медпрацівники _____, укомплектованість штату % _____,</p> <p>Одержали спец. підготовку з ПХД _____</p> <p>3) Молодші медичні працівники _____, укомплектованість штату % _____</p> <p>4) Психологи _____, 5) Соціальні працівники _____</p> <p>6) Адміністративний персонал _____, 7) Технічний персонал _____</p> <p>8) Інший персонал (який?) _____</p> <p>1.1.5. Кількість ліжок _____, площа хоспісу/закладу/відділення ПХД _____ м²</p> <p>Хоспіс/заклад/відділення ПХД розміщено у окремій будівлі/у будівлі закладу охорони здоров'я (підкреслити), інше _____</p> <p>Розміщення хворих:</p> <p>1-місні палати _____; 2-місні палати _____; 3-місні палати _____; 4-місні і більше палати _____</p> <p>Кімната для перебування родичів хворого _____</p> <p>Кімната для волонтерів _____</p> <p>Кімната для тимчасового перебування тіла після смерті _____</p> <p>Обладнання для санітарної обробки/купання хворого _____</p> <p>Забезпеченість функціональними ліжками _____ %</p> <p>Забезпеченість обладнанням для догляду за паліативними хворими: задовільно/незадовільно (підкреслити) _____</p> <p>Які є проблеми для ефективного знеболення хворих _____</p> <p>Джерела та розмір фінансування (усього та % від потреби) _____</p> <p>1.1.6. Чи функціонує при закладі ПХД виїзна служба/бригада паліативної допомоги вдома _____</p> <p>Дата створення _____</p> |
|---|

ППП та телефон завідувача: _____

Штатний розпис виїзної служби/бригади паліативної допомоги вдома:

1) Лікарі _____, Одержали спец. підготовку з ПХД _____

2) Середні медпрацівники _____, Одержали спец. підготовку з ПХД _____

3) Молодші медичні працівники _____, 4) Психологи _____,

5) Соціальні працівники _____, 6) Технічний персонал _____,

7) Інший персонал (який?) _____

Кількість хворих, яким надано ПХД _____

Забезпеченість транспортом:

легковим _____

спеціальним медичним _____

інше _____

Джерела та розмір фінансування (усього та % від потреби) _____

1.1.7. Чи функціонує при закладі ПХД відділення денного перебування _____

Кількість ліжок _____

кількість хворих, яким надано ПХД _____

Джерела та розмір фінансування (усього та % від потреби) _____

1.1.8. Чи створений пункт прокату для забезпечення паліативних хворих засобами догляду вдома _____

Якими саме _____

1.1.9. Чи створена в області інформаційно-консультативна служба з питань ПХД

консультації по телефону _____;

консультативний кабінет у закладі ПХД _____;

кабінет ПХД у поліклініці/діагностично-консультативному центрі _____;

інше _____

1.2. Надання ПХД в установах системи соціального захисту населення

1.2.1. Назва хоспісу/закладу/відділення ПХД: _____

Адреса: _____

ППП та телефон головного лікаря/директора/завідувача _____

Дата створення _____

1.2.2. Кількість хворих, яким надано ПХД (усього) _____

Профіль хворих, яким надано ПХД у %

онкологічний _____, геріатричний _____,

хронічні неінфекційні захворювання _____, психіатричний _____,

педіатричний _____, ВІЛ-інфекція/СНІД _____,

інший (який саме) _____

1.2.3. Штатний розпис хоспісу/закладу/відділення ПХД:

1) Лікарі _____, укомплектованість штату % _____, Одержали спец. підготовку з ПХД _____

2) Середні медпрацівники _____, укомплектованість штату % _____,

Одержали спец. підготовку з ПХД _____

3) Молодші медичні працівники _____, укомплектованість штату % _____

4) Психологи _____; 5) Соціальні працівники _____;

6) Адміністративний персонал _____; 7) Технічний персонал _____

8) Інший персонал (який?) _____

1.2.4. Кількість ліжок _____, площа хоспісу/закладу/відділення ПХД _____ м²

Хоспіс/заклад/відділення ПХД розміщено у окремій будівлі/у будівлі закладу охорони здоров'я (підкреслити), інше _____

Розміщення хворих:

1-місні палати _____; 2-місні палати _____; 3-місні палати _____; 4-місні і більше палати _____

Кімната для перебування родичів хворого _____

Кімната для волонтерів _____

Кімната для тимчасового перебування тіла після смерті _____

Обладнання для санітарної обробки/купання хворого _____

Забезпеченість функціональними ліжками _____ %
 Забезпеченість обладнанням для догляду за паліативними хворими: задовільно/незадовільно (підкреслити) _____
 Які є проблеми для ефективного знеболення хворих _____
 Джерела та розмір фінансування (усього та % від потреби) _____

1.2.5. Участь ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ у наданні ПХД населенню вдома

Назва територіального центру соціального обслуговування: _____

Адреса: _____

ППП та телефон директора: _____

Персонал, який залучений до надання ПХД:

1) Лікарі _____, Одержали спец. підготовку з ПХД _____

2) Середні медпрацівники _____, Одержали спец. підготовку з ПХД _____

3) Молодші медичні працівники _____, 4) Психологи _____,

5) Соціальні працівники _____, 6) Технічний персонал _____

7) Інший персонал (який?) _____

Кількість хворих, яким надано ПХД _____

Джерела та розмір фінансування _____

1.3. Надання ПХД приватними, громадськими/релігійними організаціями фондами, інше

1.3.1. Назва хоспісу/закладу ПХД: _____

Адреса: _____

ППП та телефон керівника _____

Хто є засновником/власником хоспісу/закладу ПХД: _____

Характеристика закладу/контингент пацієнтів _____

Кількість хворих, яким надано ПХД _____ Дата створення _____

Джерела та розмір фінансування _____

Вартість перебування хворого у хоспісі/закладі ПХД _____

1.4. Підсумкова інформація щодо надання ПХД населенню у регіоні

| Разом: | Усього закладів ПХД: | Ліжок: Усього та на 10 000 населення | Кількість хворих, яким надано ПХД Усього _____ | Примітки |
|-------------------------|----------------------|--------------------------------------|--|----------|
| У т. ч. в обл. центрі: | | | | |
| в інших містах: | | | | |
| у сільській місцевості: | | | | |

2. Потреба в ПХД в регіоні:

| | усього (осіб) | міське населення (осіб) | сільське населення (осіб) |
|---|---------------|-------------------------|---------------------------|
| 2.1. чисельність населення в регіоні на кінець року | | | |
| 2.2. кількість померлих осіб за рік усього, 2.2.1. з них дітей | | | |
| 2.3. кількість померлих від новоутворень (онкологія), 2.3.1. з них дітей | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 2.4. кількість померлих від інших хронічних неінфекційних хвороб | | | |
| 2.5. кількість померлих від СНІДу | | | |
| 2.6. кількість померлих від туберкульозу | | | |
| 2.7. кількість померлих у віці 75 р. і старших | | | |
| 2.8. кількість померлих у лікарнях (стаціонарах) | | | |
| 2.9. кількість померлих вдома | | | |
| 2.10. Прогнозована річна кількість хворих, які потребують ПХД (80% від кількості померлих) | | | |
| _____ | | | |
| 2.11. Заплановано відкрити у поточному році стаціонарні заклади ПХД (які, де): | | | |
| 2.11.1. Назва/нозологічний профіль закладу ПХД _____ | | | |
| _____ | | | |
| 2.11.2. Адреса _____ | | | |
| _____ | | | |
| 2.11.3. Кількість ліжок _____ | | | |
| 2.12. Заплановано відкрити у поточному році виїзні бригади паліативної допомоги вдома (які, де) _____ | | | |
| _____ | | | |

Орієнтовне фінансування, яке необхідне для стаціонарної та амбулаторної ПХД у поточному році _____

3. Чи створена у регіоні координаційна рада/міжвідомча робоча група з розвитку паліативної та хоспісної допомоги _____

ППП і посада голови _____

Контактний телефон _____

ППП головного позаштатного спеціаліста з паліативної та хоспісної медицини УОЗ _____

Контактний телефон _____

ППП відповідального спеціаліста з паліативної допомоги Управління соціального захисту населення _____

Контактний телефон _____

4. Які проблеми існують щодо впровадження ПХД в регіоні і які шляхи їх вирішення, на Вашу думку (можна подати окремим файлом):

Заступник голови ОДА _____

Начальник УОЗ/ДОЗ ОДА _____

Начальник Управління/Департаменту соціального захисту населення ОДА _____

Дата _____

УЗАГАЛЬНЕНА ІНФОРМАЦІЯ

щодо функціонування закладів паліативної та хоспісної допомоги/догляду
_____ області у 2017 та 1-му півріччі 2018 р.

(на виконання Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ (Стаття 35-4. «Паліативна допомога»), наказу МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», наказу Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» та інших)

Додаток 1

Для створення Реєстру стаціонарних закладів паліативної та хоспісної допомоги/догляду просимо надати наступні дані:

1. У 2017 – 2018 рр. паліативна та хоспісна допомога/догляд (ПХД) населенню області надавалася в наступних стаціонарних закладах паліативної та хоспісної допомоги/догляду (лікарня «Хоспіс», центр ПХД, лікарня/відділення сестринського/ тривалого догляду, відділення/палати паліативної та хоспісної допомоги/догляду, інше _____):

Реєстраційна карта стаціонарного закладу паліативної та хоспісної допомоги/догляду (на кожний стаціонарний заклад паліативної та хоспісної допомоги/догляду Реєстраційна карта заповнюється окремо).

1.1. Юридична назва стаціонарного закладу паліативної та хоспісної допомоги/догляду:

Підпорядкування: Департаменту/Управлінню охорони здоров'я, Департаменту/Управлінню соціального захисту населення або інше _____

Форма власності: комунальна, приватна, громадської/благодійної/релігійної організації, інше _____

Дата створення _____

Адреса: _____

Прізвище, ім'я та по-батькові посада керівника, телефон, електронна адреса: _____

Регіон/територія і чисельність населення, що обслуговує заклад: _____

1.2. Кількість ліжок: _____. 1.3. Кількість пацієнтів/клієнтів, які одержали ПХД/догляд у 2017 р. _____ осіб та 1-му півріччі 2018 р. _____ осіб.

1.4. Середня тривалість перебування пацієнтів/клієнтів у закладі ПХД ____ ліжко-днів.

1.5. Розміщення хворих у закладі ПХД: кількість 1-місних палат ____; кількість 2- місних палат ____; кількість 3- місних палат ____; кількість 4-місних і більше палат ____.

1.6. Забезпечення кадрами:

Лікарі: За штатним розкладом _____ осіб; укомплектованість _____ %; звільнилися впродовж року _____ осіб;

Середній м/п: За штатним розкладом _____ осіб; укомплектованість _____ %; звільнилися впродовж року _____ осіб;

Молодший м/п: За штатним розкладом _____ осіб; укомплектованість _____ %; звільнилися впродовж року _____ осіб;

Соціальний працівник: За штатним розкладом _____ осіб; укомплектованість _____ %; звільнилися впродовж року _____ осіб;

Соціальний робітник: За штатним розкладом _____ осіб; укомплектованість _____ %; звільнилися впродовж року _____ осіб;

Психолог/психотерапевт: За штатним розкладом _____ осіб; укомплектованість _____ %; звільнилися впродовж року _____ осіб;

Капелани – _____; Інший персонал: _____

1.7. Забезпечення обладнанням:

функціональні ліжка _____ %; концентратори кисню - _____ шт.; протипролежневі матраци – _____ шт.

іншим: _____

1.8. Використання наркотичних та психотропних анальгетиків:

Кількість хворих, яким призначали наркотичні та психотропні анальгетики: у 2017 р. _____ % та 1-му півріччі 2018 р. _____ %.

1.9. Чи створено виїзну мультидисциплінарну бригаду/відділення у закладі ПХД:

– Так. Ні.

1.10. Чи створено у закладі ПХД консультативний кабінет: – Так. Ні.

1.11. Чи створено у закладі ПХД відділення денного перебування пацієнтів/клієнтів («Денний хоспіс» тощо): – Так. Ні.

1.12. Фінансування закладу ПХД (тис. грн.) у 2017 р. та 1-му півріччі 2018 р.

Бюджет: 2017 р. усього _____ (тис. грн.); _____ % від потреби;

1-е півріччя 2018 р.: усього _____ (тис. грн.); _____ % від потреби

Позабюджетні/ залучені кошти: 2017 р. усього _____ (тис. грн.); _____ % від потреби

1-е півріччя 2018 р.: усього _____ (тис. грн.); _____ % від потреби

| Період | Медикаменти (тис. грн.) | | Обладнання (тис. грн.) | | Харчування (тис. грн.) | | Заробітна плата (тис. грн.) | | Комунальні (тис. грн.) | |
|-------------------------|-------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|------------------------|---------------|
| | усього | % від потреби | усього | % від потреби | усього | % від потреби | усього | % від потреби | усього | % від потреби |
| у 2017 р. | | | | | | | | | | |
| у 1-му півріччі 2018 р. | | | | | | | | | | |

Додаток 2

2. Зведені/узагальнені дані про надання паліативної та хоспісної допомоги/догляду в області

| Разом: | Усього стаціонарних закладів ПХД: | Ліжок у 2017 р.: Усього _____ та на 100 000 населення _____ | Кількість хворих, яким надана стаціонарна ПХД у 2017 р. Усього _____ та на 100 000 населення _____ | Кількість виїзних бригад ПХД: | Кількість хворих, яким надана ПХД амбулаторно/вдома у 2017 р. Усього _____ — Виїзними бригадами ПХД _____ — Сімейними _____ |
|--------|-----------------------------------|---|--|-------------------------------|---|
| | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|-------------------|
| | | | | | лікарями _____ |
| У т. ч.: в обласному центрі: | | | | | |
| в інших містах: | | | | | |
| у сільській місцевості: | | | | | |

Додаток 3

3. Аналіз потреби в розвитку системи/служби паліативної та хоспісної допомоги/догляду
в _____ області у 2018 – 2019 рр.:

| | усього (осіб) | міське населен ня (осіб) | сільське населен ня (осіб) |
|---|------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 3.1. чисельність населення в регіоні на кінець року | | | |
| 3.2. кількість померлих осіб за рік усього, | _____ | _____ | _____ |
| 3.2.1. з них дітей | _____ | _____ | _____ |
| 3.3. кількість померлих від новоутворень (онкологія), | _____ | _____ | _____ |
| 3.3.1. з них дітей | _____ | _____ | _____ |
| 3.4. кількість померлих від інших хронічних неінфекційних хвороб | | | |
| 3.5. кількість померлих від ВІЛ-інфекції/СНІДу | | | |
| 3.6. кількість померлих від туберкульозу | | | |
| 3.7. кількість померлих у віці 75 р. і старших | | | |
| 3.8. кількість померлих у лікарнях (стаціонарах) | | | |
| 3.9. кількість померлих вдома | | | |
| 3.10. Прогнозована річна кількість хворих, які потребують ПХД (80% від кількості померлих) відповідно наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» | | | |
| 3.11. Заплановано відкрити у 2018 – 2019 рр. <u>стаціонарні/амбулаторні заклади паліативної та хоспісної допомоги/догляду</u> (які, де): | | | |
| 3.11.1. Назва/нозологічний профіль закладу ПХД, підпорядкування/форма власності _____ | | | |
| 3.11.2. Адреса _____ | | | |
| 3.11.3. Кількість ліжок _____ | | | |
| 3.11.4. Нове будівництво/капітальний ремонт/перепрофілізація чинних закладів | | | |
| 3.11.5. Заплановане фінансування у 2018 – 2019 рр.: Бюджет: усього _____ (тис. грн.); _____ % від потреби; | | | |
| Позабюджетні/залучені кошти: усього _____ (тис. грн.); _____ % від потреби. | | | |

4. Організаційне забезпечення розвитку системи/служби паліативної та хоспісної**допомоги/догляду в _____ області.****4.1. Чи затверджена обласна програма розвитку паліативної та хоспісної допомоги/догляду: Так. Ні.****Якщо «Так»: Коли і на який період: _____****Який обсяг фінансування: _____****4.2. Чи створена у регіоні координаційна рада/міжвідомча робоча група з розвитку паліативної та хоспісної допомоги ОДА: Так. Ні.****Якщо «Так»: ПП і посада голови координаційної ради/міжвідомчої робочої групи****Контактний телефон _____****4.3. ПП відповідального спеціаліста з паліативної та хоспісної медицини Управління/Департаменту охорони здоров'я ОДА _____****Контактний телефон _____****4.4. ПП відповідального спеціаліста з паліативного догляду Управління соціального захисту населення ОДА _____****Контактний телефон _____****4.5. Які проблеми існують щодо впровадження системи/служби паліативної та хоспісної допомоги/догляду в області і які шляхи їх вирішення, на Вашу думку (можна подати окремим файлом): _____****Заступник голови ОДА _____****Начальник Управління/Департаменту охорони здоров'я ОДА****Начальник Управління/Департаменту соціального захисту населення ОДА****Дата _____**

**«Критерії якості надання паліативної допомоги і догляду в практиці
лікаря ЗП-СЛ»**

| Показники | Виконання (%) | Примітки, зауваження, пояснення |
|--|--------------------------|--|
| 1. Своєчасне діагностування паліативного стану пацієнта, з врахуванням діагнозу захворювання, стану пацієнта та прогнозу розвитку захворювання/тривалості життя. | | |
| 2. Знання і застосування сучасних методів адекватного знеболення ПП, у т. ч. трирівневого підходу ВООЗ до знеболення, правил призначення та виписування НПА. | | |
| 3. Знання і застосування сучасних методів ефективного контролю симптомів у ПП. | | |
| 4. Дотримання чинної НПБ України та локальних протоколів надання ПХД та міжнародних принципів паліативного підходу. | | |
| 5. Своєчасне виявлення і організація вирішення потреб пацієнта та членів його сім'ї, у т. ч. медичних, психологічної та соціальної підтримки, духовного супроводу тощо. | | |
| 6. Знання і вміння організувати надання ПХД і СППД пацієнту та членам його сім'ї в амбулаторних умовах на засадах мультидисциплінарних та міжвідомчих підходів, у т. ч. своєчасне інформування керівництва ЗОЗ, залучення необхідних спеціалістів і служб, волонтерів НДО, а також, при необхідності, госпіталізація в ЗОЗ ПХД для надання хоспісної допомоги. | | |
| 6. Володіння навичками ефективної комунікації з ПП та членами його сім'ї. | | |

Додаток З 1

**Пропозиції щодо впровадження системи до- і післядипломної освіти
медичних працівників з питань ПХД.**

Мультидисциплінарна професійна підготовка М/П, яка ґрунтується на компетентнісному підході, має велике значення для забезпечення якості і ефективності надання ПХД населенню. Це ставить перед ЗВМО України особливі вимоги до професійної підготовки М/П, які залучені до надання ПХД як в спеціалізованих ЗОЗ ПХД, так і ЗОЗ усіх видів медичної допомоги, що потребує створення відповідної системи та уваги і підтримки з боку МОЗ України. Така підготовка дозволить лікарям і молодшим медичним спеціалістам разом з соціальними працівниками та представниками НДО у складі МД команди надавати ПП та членам їх родин комплексну ПХД, що включає медичну, психологічну, соціальну і духовну/релігійну складову, і забезпечити відповідну якість їх життя.

Виходячи із зазначеного, пропонуємо МОЗ України:

1. Для залучення кваліфікованих кадрів до надання ПХД, підвищення якості та ефективності надання ПХД населенню відповідно до міжнародних стандартів і підходів та мотивації медичних працівників:

1.1. Затвердити для лікарів і молодших медичних спеціалістів спеціалізацію/субспеціалізацію «Паліативна та хоспісна медицина», як це впроваджено у багатьох розвинених країнах світу. Зазначити обов'язкову наявність спеціалізації з паліативної та хоспісної медицини у лікарів і молодших медичних спеціалістів, як умову для ліцензування і акредитації спеціалізованих ЗОЗ ПХД.

1.2. Включити до номенклатури спеціальностей і посад лікарів і молодших медичних спеціалістів спеціальність та посаду «Лікар паліативної і хоспісної медицини» і «Молодший медичний спеціаліст паліативної медицини та догляду».

1.3. ЗВМО розробити уніфіковані навчальні навчальні плани і програми циклів спеціалізації «Паліативна та хоспісна медицина» для лікарів і молодших медичних спеціалістів (впродовж 6 місяців).

2. Забезпечити безперервний професійний розвиток з питань ПХД лікарів і молодших медичних спеціалістів, які працюють у спеціалізованих ЗОЗ ПХД, а також залучаються до надання первинної та загальної ПХД. Доручити ВМЗО розробити уніфіковані навчальні навчальні плани і програми циклів ТУ (впродовж 0,5 – 1 місяця) з питань ПХД.

3. Доручити ЗВМО розробити уніфіковану/типову навчальну програму для студентів медичних коледжів та медичних училищ і рекомендувати включити цей курс до навчальних планів підготовки молодших медичних спеціалістів, а також провести конкурс на створення підручника «Паліативна та хоспісна медицина» та посібників з актуальних питань ПХД для забезпечення навчального процесу для студентів ЗВМО.

4. МОЗ України звернутися до МОН України та Мінсоцполітики України з пропозицією про створення комплексної системи підготовки кадрів для надання ПХД та СППД у ЗОЗ ПМСД та установах соціального захисту населення. Зокрема, затвердити уніфіковані навчальні програми для підготовки лікарів, молодших медичних спеціалістів, психологів, соціальних працівників та волонтерів, передбачити у планах підготовки зазначених спеціалістів у вищих закладах освіти обов'язковий навчальний курс з паліативної допомоги. Оголосити конкурс на розробку навчально-методичного та дидактичного забезпечення системи підготовки кадрів для надання ПХД та СППД.

5. Запропонувати Мінсоцполітики України, МОН України впровадити систему підготовки та підвищення кваліфікації з питань ПХД і СППД немедичних фахівців (соціальних працівників та психологів) і волонтерів, а також лікарів і медичних сестер, які працюють в інтернатах для ветеранів війни, в інтернатах для осіб з інвалідністю, закладах геріатричного профілю та інших закладах і установах, які підпорядковані Мінсоцполітики України, як на базі ЗВМО МОЗ України, так і ЗВО МОН України. Забезпечити розробку посібників і підручників «Паліативний догляд» для студентів ЗВО, які здобувають спеціальність «Соціальна робота», «Психологія», для соціальних працівників та психологів, що залучаються до надання СППД різним категоріям населення.

6. МОЗ України рекомендувати ректорам ЗВМО:

6.1. Розпочати/продовжити підготовку студентів відповідно до «Типової наскрізної навчальної програми для студентів ЗВМО «Паліативна та хоспісна допомога», яка затверджена МОЗ України 17.04.2014 р., або запровадити вивчення інтегрованого навчального курсу «Паліативна та хоспісна медицина» обсягом 1 або 2 кредити, для усіх студентів, які навчаються за освітньо-кваліфікаційним рівнем «Спеціаліст» кваліфікації «Лікар» за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа» та «Лікар-психолог» за спеціальністю «Медична психологія» як обов'язкового курсу, що вимагає розробки і затвердження типових навчальних програм, удосконалення і розробки сучасного навчально-методичного та дидактичного забезпечення і професійної підготовки викладачів з питань ПХД.

6.2. Внести питання надання ПХД у програми в навчальні плани інтернатури, спеціалізації і ТУ лікарів основних клінічних спеціальностей, зокрема, онкологів, хірургів, фтизіатрів, інфекціоністів, ендокринологів, педіатрів, терапевтів, невропатологів, психіатрів, лікарів центрів СНІД та інших спеціалістів, які можуть залучатися до надання ПХД населенню. Запровадити суміжні цикли з паліативної та хоспісної медицини.

Перелік захворювань, що потребують паліативної допомоги наприкінці життя для дорослого населення (від 15 років і старше) і у дітей (до 15 років), відповідно до рекомендацій WHPСА та ВООЗ [220, 526].

| № з/п | Захворювання дорослих | Коди за МКХ-10 |
|--------------|--|------------------------------|
| 1. | хвороба Альцгеймера та інші деменції | G30 |
| 2. | хвороба Паркінсона | G20 |
| 3. | ВІЛ-інфекція/СНІД | B20–B24 |
| 4. | цукровий діабет | E10–E14 |
| 5. | мультирезистентний туберкульоз | A15–A19 |
| 6. | онкологічні захворювання | C00–C97, D00–D48 |
| 7. | хронічна ниркова недостатність | N00–N15, N20–N23 |
| 8. | множинний/розсіяний склероз | G35 |
| 9. | хронічні серцево-судинні захворювання | I00–I99 |
| 10. | хронічні обструктивні захворювання легенів | J43–J47 |
| 11. | ревматоїдний артрит | M05–M06 |
| 12. | цироз печінки | K74 |
| № з/п | Захворювання у дітей (до 15 років) | Коди за МКХ-10 |
| 1. | білкова недостатність/білково-енергетична недостатність /гіпотрофія: пренатальна, постнатальна | E40–E46 |
| 2. | ВІЛ-інфекція/СНІД | B20–B24 |
| 3. | хронічні захворювання ендокринної системи та обміну речовин | E14–E34, E70–E88 |
| 4. | хронічні захворювання імунної системи | D80–D84, R 59.9 |
| 5. | хронічні захворювання системи крові | D70–D84, P50–P61 |
| 6. | онкологічні захворювання | C00–C96 |
| 7. | менінгіти | G00, G03, G04, G06, G08, G09 |
| 8. | хронічні серцево-судинні захворювання | I00–I99 |
| 9. | хронічні неврологічні, психічні захворювання та ураження ЦНС | P10–P91, G 80–G 83, F03–F95 |
| 10. | хронічні неонатальні та перинатальні захворювання | P00–P96 |
| 11. | хронічна ниркова недостатність | N00–N15, N20–N23 |
| 12. | вади розвитку | Q00–Q99 |
| 13. | цироз печінки | K74 |

Пропозиції МОЗ України щодо медичних показань для надання ПХД дорослим пацієнтам

Медичними показаннями для надання ПХД дорослим пацієнтам є захворювання та клінічні стани, що загрожують або обмежують життя пацієнта, лікування яких спрямоване на одужання є неефективним або безперспективним, у т. ч. у стадії декомпенсації або термінальній стадії розвитку, при неможливості досягти ремісії захворювання або стабілізації стану пацієнта, серед яких виділяють наступні основні групи:

1. Захворювання, що загрожують або обмежують життя пацієнта, зокрема:

1.1. Онкологічні захворювання.

1.2. Хронічні неінфекційні прогресуючі захворювання:

1.2.1. Хронічні обструктивні захворювання легень.

1.2.2. Хронічні серцево-судинні захворювання, у т. ч. хронічна серцева недостатність III–IV функціонального класу, вроджені і набуті вади серця.

1.2.3. Хронічна печінкова недостатність, цироз печінки.

1.2.4. Хронічна ниркова недостатність (ШКФ \leq 30).

1.2.5. Ревматоїдний артрит.

1.2.6. Тяжкі хронічні ускладнення цукрового діабету (діабетичні форми нефропатії, ретинопатії, мікроангіопатії, нейропатії, кардіопатії, енцефалопатії).

1.3. Захворювання нервової системи:

1.3.1. Важкі незворотні наслідки порушень мозкового кровообігу.

1.3.2. Важкі незворотні наслідки травм, зокрема важкі наслідки черепно-мозкових уражень, у т. ч. політравма.

1.3.3. Запальні та дегенеративні захворювання нервової системи, зокрема хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, захворювання рухових нейронів, бічний аміотрофічний склероз.

1.3.4. Різні форми деменції, у т. ч. хвороба Альцгеймера, розумова відсталість, хронічні психічні захворювання в термінальній стадії захворювання, делірій.

1.3.5. Хронічний больовий синдром різної етіології, у т. ч. фантомні болі.

1.3.6. Бульбарні розлади.

1.3.7. Важкі форми церебрального паралічу.

1.3.8. Важкі форми епілепсії.

1.4. Хронічні інфекційні захворювання:

1.4.1. Хіміорезистентний туберкульоз, у т. ч. мультирезистентний та з розширеною резистентністю.

1.4.2. Коінфекція туберкульоз/ВІЛ, туберкульоз/вірусний гепатит «В» або «С».

1.4.3. ВІЛ-інфекція/СНІД.

1.4.4. Важкі форми та ускладнення вірусного гепатиту «В» або «С».

2. Вроджені та набуті вади розвитку, генетичні та метаболічні захворювання.

3. Пролежні, необхідність застосування стом різної локалізації.

4. Інші важкі хронічні захворювання, патологічні стани та функціональні розлади, які рішенням лікарсько-експертної комісії (мультидисциплінарного консилиуму) стаціонарного ЗОЗ ПХД або виїзної бригади ПХД визнаються такими, що потребують ПХД.

Додаток ІЗ.

Таблиця 7.2.

Рекомендований перелік штатних посад у закладах, де надають ПХД та СППД

| Персонал стаціонарних закладів ПХД | |
|---|---|
| Спеціалізовані ЗОЗ ПХД – хоспіси та центри ПХД/паліативної та хоспісної медицини | |
| <i>Медичний персонал – визначається профілем/спеціалізацією ЗОЗ ПХД і кількістю ліжок</i> | <i>Обслуговуючий та технічний персонал</i> |
| <u>Головний лікар.</u> <u>Заступник головного лікаря.</u> <u>Лікарі різної спеціалізації та лікарі-консультанти:</u> лікар паліативної та хоспісної медицини (необхідно затвердити спеціалізацію); <u>можуть бути на умовах контракту:</u> онколог; анестезіолог; геріатр; педіатр; фтизіатр; інфекціоніст; медичний психолог, психотерапевт або психіатр; терапевт; медичний реабілітолог або фізіотерапевт; клінічний фармаколог та інші. | <u>Соціальний працівник</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може залучатися з територіального центру соціального обслуговування населення на умовах контракту |
| | <u>Капелан</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може бути на громадських засадах |
| | <u>Арт-терапевт</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може бути на умовах контракту або на громадських засадах |
| | <u>Юрист</u> (на умовах контракту) |
| | <u>Молодший медичний персонал – сестра-доглядальниця</u> (посадові інструкції потребують затвердження); |

| | |
|---|---|
| | санітарка-прибиральниця; санітарка для роздачі їжі та годування хворих; санітарка для купання/миття хворих; сестра-хазяйка та інші. |
| Середній медичний персонал – медичні сестри/фельдшери різної спеціалізації: медична сестра паліативної та хоспісної медицини (необхідно затвердити спеціалізацію); патронажна медична сестра; палатна медична сестра; маніпуляційна медична сестра; медична сестра з масажу; медична сестра з лікувальної фізкультури; дієтична медична сестра та інші. | Соціальний працівник/робітник – може залучатися з територіального центру соціального обслуговування населення на умовах контракту |
| | Спеціаліст по кадрам |
| | Бухгалтер |
| | Секретар-діловод |
| | Електрик |
| | Охоронець |
| | Слюсар |
| | Сантехнік |
| | Столяр |
| | Водій |
| | Волонтери – на громадських засадах за умови відповідної фахової підготовки та психологічного відбору |
| Спеціалізовані відділення ПХД/ПХМ стаціонарних ЗОЗ різного профілю – багатопрофільні лікарні (ЦРЛ), спеціалізовані ЗОЗ онкологічного, фтизіатричного, інфекційного (центри СНІД), педіатричного, психоневрологічного тощо профілю | |
| <i>Медичний персонал – визначається профілем/спеціалізацією ЗОЗ і кількістю ліжок</i> | <i>Обслуговуючий та технічний персонал</i> |
| <u>Завідувач відділенням.</u> <u>Лікарі різної спеціалізації та лікарі-консультанти:</u> лікар паліативної та хоспісної медицини (необхідно затвердити спеціалізацію); <u>можуть бути на умовах контракту:</u> медичний психолог або психотерапевт/психіатр; онколог; анестезіолог; медичний реабілітолог або фізіотерапевт; клінічний фармаколог та інші лікарі-спеціалісти відповідно до профілю або спеціалізації відділення | <u>Соціальний працівник</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може залучатися з територіального центру соціального обслуговування населення на умовах контракту |
| | <u>Капелан</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може бути на громадських засадах |
| | <u>Арт-терапевт</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може бути на громадських засадах |

| | |
|---|--|
| <p><u>Середній медичний персонал</u> – медичні сестри/фельдшери різної спеціалізації: медична сестра паліативної та хоспісної медицини (необхідно затвердити спеціалізацію); патронажна медична сестра; палатна медична сестра; маніпуляційна медична сестра; медична сестра з масажу; медична сестра з лікувальної фізкультури; дієтична медична сестра та інші.</p> | <p><u>Молодший медичний персонал</u> – сестра-доглядальниця (посадові інструкції потребують затвердження); санітарка-прибиральниця; санітарка для роздачі їжі та годування хворих; санітарка для купання/миття хворих; сестра-хазяйка та інші.</p> <p>Інший обслуговуючий та технічний персонал забезпечується за рахунок штатного розпису ЗОЗ.</p> <p>Волонтери – на громадських засадах.</p> |
| Лікарня/відділення сестринського/тривалого догляду | |
| <i>Медичний персонал – визначається кількістю ліжок</i> | <i>Обслуговуючий та технічний персонал</i> |
| <p><u>Керівник/завідувач лікарні/ відділення</u> – медична сестра/фельдшер, які мають освітній рівень бакалавра/магістра</p> | <p><u>Молодший медичний персонал</u> – сестра-доглядальниця (посадові інструкції потребують затвердження); санітарка-прибиральниця; санітарка для роздачі їжі та годування хворих; санітарка для купання/миття хворих; сестра-хазяйка та інші</p> |
| <p><u>Середній медичний персонал</u> – медичні сестри/фельдшери різної спеціалізації: медична сестра паліативної та хоспісної медицини (необхідно затвердити спеціалізацію); патронажна медична сестра; палатна медична сестра; маніпуляційна медична сестра; медична сестра з масажу; медична сестра з лікувальної фізкультури; дієтична медична сестра та інші</p> | <p><u>Капелан</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може бути на громадських засадах</p> <p><u>Соціальний працівник/робітник</u> – (посадові інструкції потребують затвердження) – може залучатися з територіального центру соціального обслуговування населення на умовах контракту</p> |
| <p><u>Лікарі:</u> лікар паліативної та хоспісної медицини (необхідно затвердити спеціалізацію), лікар ЗП-СЛ, інші лікарі-спеціалісти та лікарі-консультанти залучаються відповідно до нозології захворювання ПП на умовах контракту. <u>Психолог</u> – може залучатися з терцентру</p> | <p><u>Інший обслуговуючий та технічний персонал</u> в умовах відділення забезпечується за рахунок штатного розпису ЗОЗ, а в умовах самостійного ЗОЗ ПХД відповідає штатному розпису ЗОЗ цього типу.</p> |

| | |
|--|--|
| соціального обслуговування населення на умовах контракту. | |
| <u>Персонал амбулаторних закладів ПХД</u> | |
| Спеціалізоване відділення – мультидисциплінарна виїзна бригада ПХД вдома | |
| <i>Медичний персонал – визначається профілем/спеціалізацією ЗОЗ і кількістю ПП, яким надається ПХД</i> | <i>Обслуговуючий та технічний персонал</i> |
| <u>Завідувач відділенням.</u> <u>Лікар паліативної та хоспісної медицини</u> (необхідно затвердити спеціалізацію); лікар ЗП-СЛ; інші лікарі-спеціалісти та лікарі-консультанти залучаються відповідно до профілю захворювання ПП на умовах контракту; психолог – може залучатися з терцентру соціального обслуговування населення на умовах контракту; | <u>Молодший медичний персонал</u> – сестра-доглядальниця (посадові інструкції потребують затвердження); <u>Капелан</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може бути на громадських засадах |
| <u>Середній медичний персонал</u> – медична сестра паліативної та хоспісної медицини (необхідно затвердити спеціалізацію); медична сестра з масажу; медична сестра з лікувальної фізкультури; дієтична медична сестра та інші залучаються відповідно до профілю захворювання ПП на умовах контракту | <u>Соціальний працівник/робітник</u> – (посадові інструкції потребують затвердження) – може залучатися з територіального центру соціального обслуговування населення на умовах контракту <u>Водій</u> Волонтери – на громадських засадах |
| <u>Персонал закладів паліативного догляду соціального обслуговування населення</u> | |
| Відділення паліативного догляду територіального центру соціального обслуговування населення | |
| <i>Медичний персонал – визначається профілем/спеціалізацією закладу і кількістю ПП, яким надається СППД</i> | <i>Обслуговуючий та технічний персонал</i> |
| <u>Лікар територіального центру соціального обслуговування населення</u> | <u>Завідувач відділенням.</u> |
| <u>Лікар паліативної та хоспісної медицини</u> (необхідно затвердити спеціалізацію) – може залучатися з ЗОЗ ПХД на умовах контракту | <u>Соціальний працівник</u> за умови відповідної фахової підготовки <u>Психолог</u> |
| <u>Лікарі</u> – можуть залучатися на умовах контракту; | <u>Соціальний робітник</u> за умови відповідної фахової підготовки |

| | |
|--|---|
| лікар ЗП-СЛ; лікарі-спеціалісти ПМСД; інші лікарі-спеціалісти залучаються відповідно до нозології захворювання ПП на умовах контракту. | <u>Молодший медичний персонал</u> – сестра доглядальниця (посадові інструкції потребують затвердження) за умови відповідної фахової підготовки. |
| <u>Середній медичний персонал територіального центру соціального обслуговування населення</u> або медичні сестри/фельдшери, які залучаються на умовах контракту, за умови відповідної фахової підготовки | <u>Капелан</u> (посадові інструкції потребують затвердження) – може бути на громадських засадах |
| | <u>Водій</u> |
| | <u>Волонтери</u> – на громадських засадах |

Додаток І 4.

Таблиця 7.5.

Склад експертної групи

| Характеристика експертів (n = 31) | Кількість | % |
|--|-----------|------|
| Спеціаліст з організації і управління охороною здоров'я вищої кваліфікаційної категорії | 23 | 74,2 |
| Спеціаліст з організації і управління охороною здоров'я першої кваліфікаційної категорії | 1 | 3,2 |
| Лікар загальної практики-сімейний лікар | 2 | 6,5 |
| Лікар спеціалізованого стаціонарного ЗОЗ ПХД | 11 | 35,5 |
| Ступінь доктора медичних наук | 13 | 41,9 |
| Ступінь доктора наук з державного управління | 1 | 3,2 |
| Ступінь кандидата медичних наук | 4 | 12,9 |
| Ступінь кандидата фармакологічних наук | 2 | 6,5 |
| Наукове звання професор | 9 | 29,0 |
| Наукове звання старший науковий співробітник | 2 | 6,5 |
| Наукове звання доцент | 5 | 16,1 |
| Стаж роботи за зазначеною спеціальністю/посадою до 10 років | 5 | 16,1 |
| Стаж роботи за зазначеною спеціальністю/посадою 10-19 років | 5 | 16,1 |
| Стаж роботи за зазначеною спеціальністю/посадою 20-29 років | 14 | 45,2 |
| Стаж роботи за зазначеною спеціальністю/посадою більше 30 років | 7 | 22,6 |

Пропозиції

1. Звернутися до КМУ з пропозицією відновити функціонування міжвідомчої Координаційної Ради з питань розвитку ПХД в Україні за участю представників: МОЗ, Мінсоцполітики, МОН, Міноборони, НАМН, Дерслужби з контролю за лікарськими засобами та наркотиками, Міністерства розвитку економіки, торгівлі і сільського господарства, Мінфінансів, Міністерства розвитку громад та територій Мінюстиції, ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», представників Церков, релігійних та інших громадських організацій. Доручити Координаційній Radі:

1.1. затвердити Національну Стратегію розвитку паліативної допомоги в Україні на 2019-2027 роки та здійснювати моніторинг впровадження Плану заходів;

1.2. організувати розробку та внесення проекту Закону України «Про паліативну допомогу населенню» в установленому порядку до Верховної Ради;

1.3. розробити та затвердити пакет із соціального захисту працівників, які надають медичну допомогу і догляд ПП, зокрема підвищеної заробітної плати, пільгового пенсійного стажу, додаткової відпустки, санаторно-курортного лікування та інше;

1.4. розробити та затвердити механізми моніторингу розвитку системи ПХД та контролю виконання нормативно-правових актів з питань ПХД;

1.5 розробити та затвердити механізми мотивації сімейних лікарів до надання ПХД вдома (підвищений коефіцієнт за кожного паліативного пацієнта); забезпечення умов надання ПХД вдома (передбачити кошти на сумку-укладку, засоби догляду та гігієни), створити виїзні бригади ПХД вдома, які будуть допомагати сімейним лікарям надавати ПХД вдома.

2. Створити міжвідомчу робочу групу з питань розвитку ПХД при МОЗ та Мінсоцполітики України, зусилля якої спрямувати на:

2.1. розробку та затвердження стандартів, акредитаційних вимог до закладів ПХД різного типу (зокрема центрів ПХД та хоспісів, лікарень та відділень сестринського догляду, мультидисциплінарних виїзних бригад ПХД, відділень/палат паліативної медицини у багатопрофільних лікарнях та спеціалізованих ЗОЗ, військових госпіталях, ЗОЗ педіатричного профілю, інтернатах для людей з інвалідністю та осіб похилого віку, центрів реабілітації та паліативної допомоги дітям тощо);

2.2. розробку та затвердження змін до клінічних протоколів різних захворювань, методичних рекомендацій та інструкцій для фахівців ЗОЗ і установ та закладів соціального обслуговування населення стосовно надання ПХД та СППД;

2.3. удосконалення і оптимізацію нормативно-правової бази надання ПХД;

2.4. моніторинг доступності ПП до адекватного знеболення.

3. Створення і розвиток доступної та ефективної системи ПХД потребує залучення до надання ПХД та паліативного догляду медичних працівників багатьох спеціальностей, зокрема лікарів ЗП-СЛ, дільничних терапевтів, дільничних педіатрів та інших спеціалістів ЗОЗ ПМСД, а також лікарів-спеціалістів

ЗОЗ вторинного і третинного рівнів, що вимагає відповідної професійної до- і післядипломної підготовки фахівців, а також затвердження медичної спеціалізації «Паліативна медицина» для лікарів і молодших медичних спеціалістів. Необхідно увести до списку професій молодших медичних працівників професію «Доглядальниця». Ширше залучати до надання СППД фахівців установ соціального захисту населення.

4. Вважати забезпечення доступного та адекватного знеболення паліативних пацієнтів невідкладним заходом щодо дотримання основних прав людини. Забезпечити доступність придбання опіоїдних (зокрема морфіну у таблетках) та психотропних анальгетиків в аптеках регіонів України. Сприяти закупівлі або виробництву в Україні морфіну пролонгованої дії і трансдермальних анальгетиків (пластирів), а також інших сучасних форм анальгетиків.

5. МОЗ України звернутися до НАМНУ та Національної Академії педагогічних наук України з пропозицією збільшити, починаючи з 2020 р., кількість наукових досліджень, що стосуються ПХД, забезпечивши виконання зазначених тем відповідними ресурсами. Заслухати зазначені питання на сесіях НАМНУ та НАПНУ. Науково-дослідним установам НАМНУ, МОЗ України та ВМЗО розпочати проведення спеціальних наукових досліджень у напрямках фундаментальних біомедичних, клінічних, фармацевтичних, організаційних та медико-юридичних питань ПХД.

6. Рекомендувати регіональним та місцевим органам влади:

6.1. Створити обласні/міські центри ПХД, хоспіси та відділення ПХД (на 20–25 ліжок) у багатопрофільних лікарнях та спеціалізованих ЗОЗ та мультидисциплінарні виїзні бригади ПХД вдома у кожному регіоні.

6.2. Створити відділення ПХД у спеціалізованих ЗОЗ, зокрема фтизіатричного, інфекційного (у т. ч. СНІД-центрах), психіатричного та неврологічного профілю та в установах соціального захисту населення (зокрема геріатричного профілю) тощо.

6.3. Створити лікарні/відділення сестринського/тривалого догляду.

7. Створити центри або відділення паліативної допомоги з мультидисциплінарними виїзними бригадами для дітей у кожному регіоні.

8. МОЗ України:

8.1. створити відділ координації та моніторингу розвитку ПХД в Україні,

8.2. розробити механізм визначення статусу та реєстрації паліативного пацієнта;

8.3. внести дані про паліативних пацієнтів у статистичні форми звітності органів охорони здоров'я і соціального захисту населення.