

О.М. Ключов

Київський міський клінічний
онкологічний центр, Київ,
Україна

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ключові слова: злоякісні новоутворення, онкологічна допомога, канцер-реєстр, 5-річна популяційна виживаність, державна цільова програма, фармакоекономіка, реабілітація, організація і управління охороною здоров'я.

Метою роботи є аналіз наукових публікацій щодо деяких сучасних підходів до організації надання онкологічної допомоги населенню в різних країнах і стану реалізації таких підходів в Україні. Динаміка показників захворюваності та смертності населення України протягом останніх 10 років, характеристика діяльності онкологічної служби свідчать про необхідність удосконалення всіх ланок протиракової боротьби. Для переходу до світових стандартів при обмеженості фінансового забезпечення і низькому рівні матеріально-технічних ресурсів необхідне реформування системи охорони здоров'я. При цьому вкрай важливою є реалізація всіх сучасних підходів до оптимальної організації останньої.

Захворювання на рак вже протягом багатьох років є однією з основних складових неінфекційної захворюваності, інвалідності та смертності населення у світі, які призводять до значних втрат трудового та життєвого потенціалу суспільства. Згідно з експертними прогностичними оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної агенції з дослідження раку (IARC) кількість нових випадків злоякісних новоутворень (ЗН) досягне до 2020 р. 16 млн на рік, випадків смерті, пов'язаних зі ЗН, — 10 млн до 2020 р. і 11 млн — до 2030 р. [1–3]. Онкоепідеміологічна ситуація в Україні характеризується високою захворюваністю (у 2015 р. — 375,7 (грубий показник), 225,4 (світовий стандарт), 347,1 (український стандарт) на 100 тис. населення), що стабільно зростає як у жіночій та чоловічій популяціях, так і у дітей обох статей. За останнє 10-ліття кількість хворих онкологічного профілю збільшилася на 25%. Відбувається накопичення контингентів хворих на ЗН: зокрема, в 2016 р. на обліку онкологічних закладів України перебували 919 093 пацієнти. Смертність від ЗН у 2014–2015 рр. і у 2015–2016 рр. становила відповідно: 184,9 і 182,1 (грубі показники), 105,6 і 103,3 (світовий стандарт), 170,7 і 166,6 (український стандарт) на 100 тис. населення. Як за грубими, так і за стандартизованими показниками, смертність чоловічого населення була вищою, ніж у жінок. 35% осіб, що помирають від ЗН, — люди працездатного віку. Загалом відмічається, що за темпами поширення онкологічної патології Україна є другою державою в Європі [4–7]. Викладене переконливо демонструє актуальність та вагомість проблеми ЗН у суто медичному аспекті (профілактика ЗН, забезпечення необхідної діагностики, всіх видів комплексного лікування та реабілітації, диспансерне спостереження), а також у комплексі економічних, соціальних, моральних і психологічних проблем, значимих для суспільства і держави. Існують суттєві відмінності у підходах до вирішення проблеми ЗН у різних країнах, але, попри це, важливою складовою протиракової боротьби вважається

ефективна організація онкологічної допомоги населенню [7–12].

Метою нашої роботи є аналіз деяких сучасних підходів до організації надання онкологічної допомоги в різних країнах та стану реалізації таких підходів в Україні.

В Україні сформована і функціонує система онкологічної служби, яка займається всіма питаннями практичної і теоретичної онкології. Вона охоплює онкологічні диспансери країни, спеціалізовані відділення клінічних лікарень, науково-дослідні інститути (онкологічні, рентгенорадіологічні, гематологічні, експериментального напрямку), кафедри онкології і терапевтичної радіології медичних університетів й академій післядипломної освіти. Активно розвивається мережа приватних закладів, які забезпечують певний обсяг допомоги хворим зі ЗН [13]. Основними завданнями онкологічної служби є: забезпечення ранньої діагностики і комплексного лікування пацієнтів з онкологічними та передпухлинними захворюваннями; диспансерне спостереження за хворими зі ЗН і передпухлинними захворюваннями; організація та проведення профілактичних заходів щодо ЗН; вивчення причин несвоечасної діагностики та неадекватного лікування ЗН і вживання заходів щодо їх усунення; науково-практичні розробки та впровадження в практику нових методів діагностики та лікування ЗН; реалізація заходів із підвищення онкологічних знань у медичних працівників з вищою та середньою освітою; протиракова пропаганда серед населення [13].

Надійність і адекватність оцінки ураження населення ЗН й ефективності організації та надання онкологічної допомоги базуються перш за все на об'єктивній інформації. У 1994 р. був створений Національний канцер-реєстр (НКР), основна діяльність якого спрямована на збір, систематизацію, моніторинг та аналіз інформації про хворих зі ЗН як на території всієї країни, так і окремих регіонів, а також в мережі закладів охорони здоров'я, в яких розміщені онкологічні та радіологічні ліжка. На сьогодні-

ні медико-інформаційну систему НКР впроваджено по всій Україні, функціонує центральний банк персоніфікованих даних. Отримана інформація використовується для вирішення різноманітних завдань управління онкологічною службою. Накопичення впродовж 20 років персоніфікованої інформації про всі випадки захворювань на ЗН зі щорічним її поповненням дозволяє об'єктивно оцінювати стан організації і надання онкологічної допомоги населенню з використанням загальноприйнятих у світовій практиці критеріїв, зокрема виживаності хворих на рак на популяційному рівні [14, 15]. За рекомендацією IARC, інтегральним критерієм оцінки якості онкологічної допомоги (діагностики, лікування, організації диспансерного спостереження) вважають показник 5-річної виживаності пацієнтів, який, на жаль, ще і досі не використовується в практичній онкології в Україні. Натомість «рейтинговим» директивно затвердженим в нашій країні показником залишається «летальність до року», що може бути штучно занижена шляхом реєстрації частини хворих як таких, яким діагноз встановлено посмертно. Для об'єктивізації оцінки в НКР використовуються показники «питома вага хворих, що не прожили 1 року з моменту встановлення діагнозу захворювання на ЗН» та (як допоміжний критерій) співвідношення «смертність/захворюваність» [5, 6]. Застосування таких підходів, безумовно, є позитивним для оптимізації організації онкологічної допомоги на всіх рівнях (країни, регіону, лікувального закладу).

Впровадження в Україні всевітньо прийнятого показника «5-річна виживаність хворих зі ЗН», яке забезпечить можливість зіставлення результатів досліджень, отриманих у популяції України, з міжнародними даними [16, 17], відбувається завдяки клініко-епідеміологічним дослідженням ЗН, які займають провідне місце в структурі онкологічної захворюваності. Так, у 2015 р. опубліковано результати дослідження показників, які характеризують стан онкологічної допомоги хворим на рак шлунка, товстої кишки, молочної та передміхурової залози в регіонах України [12]. Встановлено, що рівень занедбаності злоякісного процесу, летальності до року хворих на рак, охоплення спеціальним лікуванням у більшості регіонів не відповідають показнику 5-річної виживаності. При цьому летальність до року у 1,5–2,0 раза перевищує рівень занедбаності раку, що свідчить про штучне заниження останнього. Високий рівень охоплення хворих спеціальним лікуванням при низькому рівні занедбаності не супроводжується відповідною 5-річною виживаністю — остання в Україні у 1,5–3,0 раза нижча, ніж у країнах Європи для досліджуваних нозологічних форм ЗН. Найнижчу 5-річну виживаність зареєстровано у хворих на рак шлунка, найвищу — при ЗН молочної залози, проте її рівень значно нижчий, ніж у європейських країнах. Найбільш різкою відмінністю у 5-річній виживаності зафіксо-

вано при ЗН передміхурової залози: цей показник у країнах Європи перевищує 90,0%, а в Україні навіть не наближається до 60,0%, причому в окремих областях не досягає і 25,0%. Проведені дослідження довели, що найбільш об'єктивним критерієм стану надання онкологічної допомоги населенню є показник 5-річної виживаності, який відображає практично всі аспекти лікувально-діагностичного процесу в регіоні та може бути рекомендований для впровадження в онкологічну практику [12]. Подібні результати одержані також при поглибленому вивченні на основі даних НКР когорти хворих із ЗН чоловічих сечостатевоїх органів: показники 5-річної виживаності становили: при ЗН передміхурової залози — 51,9% в Україні, 72,8% — в країнах Східної Європи, 84,3 — в країнах Північної Європи; при ЗН нирки — 42,5; 57,6 і 55,3% відповідно, при ЗН сечового міхура — 54,7; 63,8 і 72,1% відповідно. Встановлено також, що за критерієм 5-річної виживаності віддалені результати лікування онкоурологічних хворих на 20–25% відрізняються залежно від закладу надання медичної допомоги та у деяких областях сягають лише 20,0–40,0%. На думку авторів, одержані результати свідчать про дефекти організації лікувально-діагностичного процесу, спричиняючи передчасну летальність хворих зі ЗН сечостатевоїх органів [18]. Проведення аналогічних досліджень щодо ЗН інших локалізацій, на нашу думку, є перспективним підходом до поліпшення організації онкологічної допомоги населенню, оскільки результати таких досліджень можуть акцентувати увагу на нозологічних формах ЗН, територіях і лікувальних закладах, що найбільш потребують оптимізації лікувально-діагностичного процесу.

Інформаційна технологія НКР дозволила висвітлити ще одну проблему, розв'язання якої важливе для адекватного планування практично всіх аспектів онкологічної допомоги населенню (включаючи фінансування, кадрове забезпечення, кількість та організацію спеціалізованих медичних установ). Дослідження стану реєстрації контингентів хворих, що перебувають під наглядом онкологічної служби, встановило, що рівень їх простеженості не перевищує в цілому в Україні 47,4%. Водночас виявлено низку несподіваних фактів — на обліку окремих онкологічних закладів перебуває більше 7 тис. осіб, вік яких перевищує 90 років, та майже 4 тис. хворих зі ЗН, діагноз яким встановлено понад 50 років тому. Одержані дані вказують на нагальну необхідність проведення ревізії контингентів хворих зі ЗН з приділенням уваги особливостям виконання диспансерного нагляду та реєстрації його результатів як в окремих регіонах, так і залежно від нозологічної форми ЗН [6].

Таким чином, рівень онкологічної допомоги населенню України все ще не відповідає реальним потребам і сучасним вимогам, а забезпечення ефективною та прийнятною з економічного погляду медичної допомоги хворим зі ЗН має залишатися одним

із пріоритетних завдань охорони здоров'я населення. Для вирішення цього завдання, крім клінічної частини, потрібно ще декілька складових, які знаходяться на межі соціального, організаційного, економічного аспектів суспільного життя [7, 19, 20].

Існує значна потреба в організації і проведенні реабілітаційних заходів для працездатних пацієнтів з первинною інвалідизацією внаслідок ЗН. За статистичними даними Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (на основі річних звітів Медико-соціальної експертної комісії, починаючи з 2001 р.), частка працездатних пацієнтів серед осіб з інвалідністю, зумовленою ЗН, у різних регіонах України варіює в межах 50–90%, в Україні в цілому — 65–75%. Типові програми та стандарти індивідуальної реабілітації повнолітніх інвалідів зі ЗН у нашій країні не розроблені. У Міністерстві охорони здоров'я відсутня система реабілітації онкологічних хворих, а у Міністерстві соціальної політики немає нормативних документів щодо проведення такої реабілітації. Вкрай мало програм реабілітації інвалідів зі ЗН розробляються і реалізуються локально (у межах окремих об'єднань і закладів реабілітації (найчастіше госпрозрахункових), окремих регіональних програм). Тому є актуальними дослідження та практичні кроки, спрямовані на забезпечення реабілітації хворих/інвалідів онкологічного профілю не тільки в процесі стандартного лікування з приводу ЗН, але й більш тривалого їх відновлення. Повноцінна реабілітація є важливою складовою не тільки профілактики рецидивів ЗН і ускладнень протипухлинного лікування, але і підвищення якості життя пацієнтів, поновлення їх інтеграції в суспільне життя, що матиме не тільки суто медичний, а і позитивний соціальний та економічний ефекти [21, 22].

За даними НКР, охоплення первинних хворих зі ЗН спеціальним лікуванням жодного року не перевищувало 69,8% (у цілому по країні), комбінованим та комплексним лікуванням — коливалося в межах 21–32%. Однією з причин цього є висока вартість сучасних лікарських засобів. Існують суттєві відмінності у структурі витрат на лікування онкологічних хворих в Україні та інших державах: зокрема, особливістю нашої країни є високі витрати на комбіновану хіміотерапію порівняно незначною вартістю стаціонарного лікування хворого зі ЗН. Міжнародний досвід свідчить, що практично в жодній країні житель із середнім статком не спроможний самостійно покривати витрати на високовартісне лікування ЗН. Крім медичних затрат, пацієнт зазнає ще і немедичних витрат (зокрема, втрата працездатності, інвалідизація). Дослідження соціального реєстру в США за 1995–2009 рр. показало, що ризик банкрутства у хворих зі ЗН перевищує середній рівень у популяції; середній час та медіана з моменту встановлення діагнозу до настання банкрутства встановили 3,3 та 2,5 року відповідно. Підкреслюється, що пацієнти похилого віку (> 65 років), що були включені в державну програму медичного стра-

хування, мали суттєво нижчий ризик банкрутства, ніж незастраховані пацієнти молодшого віку [10]. В усьому світі для лікування з приводу ЗН широко застосовується практика створення фондів, громадських організацій, а також державних цільових програм [7, 19, 23].

Державна цільова програма — це комплекс взаємопов'язаних завдань і заходів, спрямованих на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки чи адміністративно-територіальних одиниць, що здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за термінами виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням [24]. Одночасно з розробкою та затвердженням на законодавчому рівні надзвичайно важливими є питання оцінки ефективності виконання таких програм, вчасної реалізації їх заходів, цільового використання коштів, досягнення цільових показників. Для моніторингу та оцінювання ефективності програм зазвичай використовують їх паспорти, які в Україні запроваджено з 2002 р. З метою удосконалення онкологічної допомоги населенню, підвищення ефективності бюджетування онкологічної галузі за останнє десятиліття прийнято 5 вагомих регулюючих нормативно-правових актів (програм, наказів). На жаль, для жодної програми не застосовувалися цільові індикатори, як при проектуванні, так і після виконання. Не до кінця розв'язаною проблемою залишається оцінка ефективності програм (попри велику кількість використовуваних методик), оскільки основну увагу приділяють фактові цільового витрачання фінансування, що пов'язано з дефіцитом бюджетних ресурсів. Відмічається, що жодна з програм не була повністю виконана через недостатнє фінансування. Зокрема, внаслідок скорочення фінансового забезпечення Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. усі кошти були спрямовані лише на закупівлю лікарських препаратів, обладнання та витратних матеріалів, а решта завдань та заходів не були профінансовані. За рахунок виконання програми не вдалося досягти очікуваного рівня поліпшення якості спеціалізованої онкологічної допомоги, яка все ще не відповідає сучасним вимогам і потребам [7, 19, 25].

За останні роки удосконалення онкологічної допомоги населенню в Україні, зокрема її організаційних аспектів, відбувалося завдяки дослідженням багатьох авторів, однак при всій своїй цінності вони стосуються переважно епідеміологічних і клінічних аспектів проблеми ЗН, різних сфер функціонування онкологічних закладів [26]. Розробці критеріїв оцінки ефективності виконання програм з онкології в Україні та механізмів їх впровадження, питанням адаптації підходів до оцінки бюджетних програм, які застосовуються в США і країнах ЄС, а також проблемам адаптації методик та результатів фармако-економічних досліджень розвинених країн до умов сьогодення нашої економіки на основі валового вну-

трішнього продукту присвячені лише окремі публікації, розглянуті вище. Тому існує нагальна потреба у здійсненні таких розробок, що мають високу соціальну та економічну значимість.

Необхідно зазначити, що об'єктивні моніторинг та контроль за використанням коштів є можливими за наявності у програмі (державній, регіональній, локальній) чітких кількісних критеріїв і показників її виконання. Відсутність кількісних індикаторів не дає змоги провести повноцінний аналіз і оцінити рівень реалізації будь-якої програми та призводить до суб'єктивізму при прийнятті рішень і до втрати контролю за цим процесом [19, 27]. Критеріальні показники оцінки ефективності бюджетних витрат мають показувати співвідношення витрат і конкретних результатів. Слід визначати компоненти витрат; економічні показники, що дозволяють у єдиному масштабі зіставити витрати і результати, а також чисту віддачу (різницю між результатами і витратами, у тому числі між суспільними вигодами та громадськими витратами). При розробці цілісної системи оцінки ефективності програм до вищевказаних критеріїв підбирають групи індикаторів, з допомогою яких можливо кількісно оцінити діяльність учасників програми (міністерства, регіонального відомства, клінічного закладу). Важливою вимогою до показників оцінки ефективності бюджетних програм є їхня стабільність протягом кількох років. При цьому для досягнення цільових показників державних програм необхідно, щоб для кожної цільової програми і її підпрограми були розроблені конкретні вагові коефіцієнти з метою точного визначення внеску кожної з них у кінцеві результати. У той же час глибинний аналіз результатів і ефективності програмних заходів має не тільки переваги, але й недоліки. Основною перевагою є отримання найбільш детальної та надійної інформації, а як недоліки можна відзначити фінансові та часові витрати [8, 28].

Основними критеріями ефективності лікування пацієнтів при фармакоекономічному аналізі є повна та часткова відповідь на терапію, показник збереженого року життя з урахуванням його якості (quality adjusted life years — QALYs), тривалість життя, середня безрецидивна виживаність, середня тривалість життя без лікування, 5-річна виживаність. Оптимальним методом фармакоекономічного аналізу медикаментозного лікування при ЗН є метод «витрати-користь». Застосування фармакоекономічного аналізу вкрай важливе для прийняття рішень щодо закупівель лікарських засобів на основі доказової інформації, для раціонального розподілу бюджету, економії державних коштів [10].

Перетворення і реформи, що здійснюються в Україні, нерозривно пов'язані з пошуком принципово нових методів організації та управління медичною сферою. Це потребує адекватних змін у структурі планування матеріально-технічного забезпечення виробництва медичних послуг і, відповідно, зумовлює необхідність удосконалення системи облікової

інформації, потрібної для прийняття управлінських рішень. Ефективність господарської діяльності медичних закладів значною мірою залежить від оцінки та раціонального використання виробничих запасів [29]. В економіці сформувалася наука щодо управління матеріальними ресурсами на виробництві — логістика. Згідно зі словником, логістика — це наука про планування, контроль і управління транспортуванням, складуванням, іншими матеріальними та нематеріальними операціями, які здійснюються у процесі доведення сировини і матеріалів до виробничого підприємства, внутрішньої переробки сировини, матеріалів і напівфабрикатів, доведення готової продукції/послуг до споживача відповідно до інтересів і вимог останнього, а також передання, зберігання і обробки відповідної інформації [30]. В охороні здоров'я методи логістики ще не набули належного впровадження, але розробка специфічних логістичних підходів є нагальною потребою.

Дуже важливим аспектом оптимізації онкологічної допомоги хворим України є підготовка кадрів охорони здоров'я. В Указі Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» в розділі «Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я» зазначено, що «реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я має бути спрямовано на: здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: ...менеджер охорони здоров'я...». Концептуальна зміна методології та організаційної форми підготовки спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я, вимог до рівня їх професійних компетенцій (знань, вмінь, навичок) і, що вкрай актуально, до досвіду застосування останніх у таких сферах, як впровадження стратегії розвитку медичного закладу, фінансовий менеджмент, маркетинг, лідерство, управління людськими ресурсами, впровадження реформ, є нагальною потребою сьогодення [31–33]. Перший крок у цьому напрямку вже зроблений. У Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика 29 березня 2013 р. відбувся перший випуск спеціалістів, які готувалися за очно-заочною формою навчання на 18-місячному циклі спеціалізації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» [33].

Виходячи з потреб сьогодення, нагальною необхідністю є аналіз основних показників діяльності та її планування окремих лікувальних закладів. Крайня потреба такого аналізу диктується вимогами функціонування спеціалізованої медичної установи в умовах великого міста. Для того щоб спланувати дослідження лікувального закладу, обраного для аналізу відповідно до пріоритету, визначають мету аналізу; користувачів результатів дослідження; перспективу дослідження (суспільство, уряд, лікувально-профілактичний заклад, пацієнт); часові параметри розрахунку (тривалість перебування пацієнта в стаціонарі, термін до повного одужання, тривалість життя пацієнта); групу пацієнтів (вік, стать, діагноз, супут-

ні захворювання і т.д.); вибір технології та лікарських засобів у порівнянні (краща альтернатива, стандартна технологія і т.д.). При виборі параметри повинні бути взаємопов'язаними [8]. Якщо результати фармакоеконімічного аналізу є необхідними для складання формуляра індивідуальної лікарні, тоді в обчисленнях буде враховано лише витрати, пов'язані з перебуванням пацієнта у стаціонарі [10, 23].

Перш за все, потребує детального аналізу стан спеціалізованої медичної допомоги у столиці України. Аналізуючи ситуацію в ретроспективі, варто наголосити, що з 1990 р. захворюваність на ЗН по Києву зросла на 38%, щорічний темп підвищення становить 3,5%. За уточненою інформацією 2015 р., в Києві захворюваність становила 414,8 (грубий показник), 255,5 (світовий стандарт), 405,6 (український стандарт) на 100 тис. населення; по Україні в цілому — відповідно 375,7; 225,4 та 347,1 на 100 тис. населення. У 2016 р. в Києві зареєстровано 10 672 випадки вперше виявлених ЗН. Слід відмітити, що при зростанні захворюваності на рак показник смертності від ЗН населення Києва протягом 10 років стабілізувався і становить у середньому 159,3 на 100 тис. населення (загальноукраїнський — 186,1 на 100 тис. населення). У 2015 р. смертність від ЗН сягала в Україні та Києві відповідно 182,1 і 167,6 (грубі показники), 98,1 і 103,3 (світовий стандарт), 165,0 і 166,6 (український стандарт) на 100 тис. населення. Найбільш значний приріст захворюваності за 2015 р. відмічено при таких локалізаціях ЗН: шийка матки — 11,2%, молочна залоза — 9,1%, лімфома — 6,0%, меланома — 5,3%, ободова кишка — 3,0%, тіло матки — 2,3%. Перші п'ять місць в структурі онкологічної захворюваності населення Києва займають у 2015 р.: рак молочної залози — 99,6 (грубий показник), 89,2 (український стандарт) на 100 тис. населення (жінки); рак передміхурової залози — 52,6 (грубий показник), 65,6 (український стандарт) на 100 тис. населення (чоловіки); немеланомні ЗН шкіри — 43,3 (грубий показник), 42,4 (український стандарт) на 100 тис. населення; рак тіла матки — 40,9 (грубий показник), 35,6 (український стандарт) на 100 тис. населення (жінки); рак ободової кишки — 32,9 (грубий показник), 33,0 (український стандарт) на 100 тис. населення [6]. У Києві щоденно виявляють 24 нових онкологічних хворих, помирають 11 хворих на рак, а на 56 жителів міста припадає 1 хворий онкологічного профілю.

Рівень виявлення онкологічних захворювань при профілактичних оглядах із 1990 р. у Києві зріс в 4 рази, він постійно вищий, ніж по Україні, приблизно на 10% і становив у 2015 р. 58,6%. З числа виявлених у 2016 р. хворих діагноз підтверджено морфологічно у 9894 осіб, що становить 91,4% (по Україні — 84,7%). Серед первинних хворих зі ЗН у 2016 р. спеціальне протипухлинне лікування одержали 74,9% (по Україні — 68,0%). На диспансерному обліку на кінець 2015 р. перебувало 80 057 хворих (2765,9 на 100 тис. населення), більше половини з них (60,1%) живуть п'ять та більше років [5].

За критеріями оцінки ефективності виконання Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями до 2016 р. (порівняння показників 2009 та 2016 рр.) [25] у Києві одержано такі результати. Показник занедбаності захворювання знизився на 3,2% — з 10,7 до 7,5% (по Україні зріс на 1,8%). Рівень виявлення усіх ЗН I–II стадій зріс на 1,0% — з 52,2 до 53,2% (по Україні — на 2,4%); у тому числі ЗН шийки матки — підвищення на 4,8% (по Україні — зниження на 3,3%), ЗН молочної залози — зниження на 3,8% (по Україні — підвищення на 0,3%). Смертність від ЗН (український стандарт) у Києві знизилася на 13% (по Україні — на 4,2%). Показник смертності онкологічних хворих, що помирають протягом 1 року після встановлення діагнозу, зменшився на 3,0% — з 29,8 до 26,8% (по Україні — зменшення на 4,0%). Охоплення первинних хворих спеціальним протипухлинним лікуванням зросло на 4,9% — з 70,0 до 74,9% (по Україні — зростання на 1,3%). Таким чином, за більшістю основних показників, виділених НКР як такі, за якими можливо оцінити сучасний стан онкологічної допомоги населенню України, в Києві виявлено позитивну динаміку. Проведення повної оцінки реалізації програми до 2016 р. у масштабах усієї країни та окремих регіонах не здійснено через низку об'єктивних причин [25].

Актуальною науково-практичною проблемою, яка ще далека від вирішення, залишаються ЗН молочної залози. У 2016 р. в Києві було зареєстровано 1353 випадки захворювання на рак молочної залози у жінок і 16 випадків — у чоловіків. Померли від ЗН молочної залози 242 хворих. Контингент хворих на рак молочної залози на 100 тис. населення Києва становить 891,0. Прогресування ЗН молочної залози є однією з провідних причин смертності у жіночій популяції хворих на ЗН. Тому велика увага приділяється визначенню груп ризику, для яких є підвищеною вірогідність виникнення рецидивів та метастатичного процесу. Хворі, що підпадають під категорію підвищеного ризику, потребують особливих заходів спостереження за перебігом хвороби, яка може призвести до смерті, в тому числі у ранні терміни. Цей напрямок активно розвивається у світі та в Україні; особливого значення оптимізація підходів до формування груп ризику набуває в зв'язку з тим, що середній вік хворих на рак молочної залози зміщується в бік зниження — хворіють молоді жінки репродуктивної та працездатної категорії [35, 36].

Проаналізована інформація дозволяє зробити низку висновків:

1. Організація ефективної та економічно обґрунтованої допомоги хворим зі ЗН є надзвичайно важливою і одночасно складною медичною, соціальною та економічною проблемою.

2. Аналіз показників захворюваності та смертності населення України протягом останніх 10 років, характеристик діяльності онкологічної служби свідчить про необхідність удосконалення всіх ланок протиракової боротьби.

3. Для переходу до світових стандартів при обмеженості фінансового забезпечення і низькому рівні матеріально-технічних ресурсів необхідне реформування системи охорони здоров'я (включаючи надання онкологічної допомоги).

4. Вкрай важливою є реалізація всіх сучасних підходів до оптимальної організації онкологічної допомоги населенню країни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. World Health Organization. Media Center. Cancer. Fact sheet (February 2017). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

2. Global Health Observatory (GHO) data. NCD mortality and morbidity. WHO, 2017. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/.

3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 04/12/2017.

4. Global Health Observatory Data Repository. Life tables by country. Ukraine/World Health Organization [Електронний ресурс] (Last updated: 2017–10–07) (<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-UKR?lang=en>).

5. Cancer in Ukraine, 2014–2015. Morbidity, mortality, indicators of the oncology service activity. Bull Natl Cancer Register Ukr; Kyiv, 2016; (17). 144 p. (in Ukrainian).

6. Cancer in Ukraine, 2015–2016. Morbidity, mortality, indicators of the oncology service activity. Bull Natl Cancer Register Ukr; Kyiv, 2017; (18): 5–87 (in Ukrainian).

7. Michailovich YI, Zhurbenko AV. Criteria and assessment methodologies of the state-funded program of cancer control efficiency. Clin Oncol 2016; (3): 6–10 (in Ukrainian).

8. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2005. 396 p.

9. de Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO-CARE-5 — a population-based study. Lancet Oncol 2014; 15: 23–34.

10. Mandrik O, Gaysenko A, Michailovich Y, et al. Methods of pharmacoeconomic analysis in treatment of oncologic diseases. Clin Oncol 2011; (4): 4–7 (in Ukrainian).

11. Anishchenko OV, Tolstanov OK, Voronenko VV, et al. Modern tasks in the field of healthcare reform. Actual problems in family medicine: Materials of IX Int Sci-Pract Conf, Zhytomyr, April 14, 2011 — Zhytomyr, 2011: 5–18 (in Ukrainian).

12. Fedorenko ZP, Gulak LO, Gorokh YL, et al. New approaches to the evaluation of cancer care to the population. Clin Oncol 2015; (3): 3–6 (in Ukrainian).

13. Oncology. Bilynsky BT et al., eds. Lviv: Meditsina Svit, 1998. 272 p. (in Ukrainian).

14. Ryzhov A, Fedorenko Z, Gorokh E. The use of hospital-based cancer registries as a source for National Cancer registry of Ukraine. 35th Int Ass Cancer Registries Conf, Buenos Aires, Argentina, 22–24 October 2013: 47.

15. Gaysenko AV, Michailovich YI, Gulak LO, Zhurbenko AV. Evaluation of index survival in cancer patients, as indicator of the quality specialized medical care. Oncology 2010; 12 (1), Special issue): 97–101 (in Ukrainian).

16. Fedorenko ZP, Gulak LO, Ryzhov AY, et al. Use of population survival rates as evaluation criteria of oncological care to patients with cancer of genitourinary organs. Clin Oncol 2014; (3): 11–4 (in Ukrainian).

17. Fedorenko ZP, Gaysenko AV, Gulak LO, et al. Survival of patients as an indicator of the quality of organization of cancer care for cervical cancer patients. Cancer in Ukraine, 2010–2011. Morbidity,

mortality, indicators of the oncology service activity. Bull Natl Cancer Register of Ukraine; Kyiv, 2012; (13): 72–87 (in Ukrainian).

18. Fedorenko ZP, Gulak LO, Ryzhov AY, et al. Organization of cancer care for patients with cancers of male genito-urinary organs in Ukraine. Clin Oncol 2017; (3): 39–44 (in Ukrainian).

19. Michailovich YI, Fedorenko ZP, Zhurbenko AV. Evaluation of the quality and effectiveness of government programs in oncology. Opinion. Clin Oncol 2014; (3): 9–10 (in Ukrainian).

20. Tolstanov OK, Pari VD, Mishkovsky VS, et al. Organizational aspects of participation of the population of Zhytomyr region in the financing of medical care. Materials of the 5-th inter-regional scientific-practical conference «Actual questions of family medicine». Zhytomyr, 2008: 27–39 (in Ukrainian).

21. Misiak SA. Methodology of realization of rehabilitation individual program for cancer patient/invalid in a rehabilitation center. Oncology 2015; 17 (4): 292–5 (in Ukrainian).

22. Misiak SA. The need for rehabilitation activities for working-age adults with the primary disability with cancer in the regions of Ukraine for 2001–2011. Oncology 2016; 18 (3): 233–7 (in Ukrainian).

23. Pary VD, Mishkovsky VS, Tolstanov OK, et al. Experience in introducing a medical form in the medical institutions of Zhytomyr region. Materials of the II Scientific and Practical Conference «Pharmacoeconomics in Ukraine: the state and prospects of development». Kharkiv, 2009: 137–9 (in Ukrainian).

24. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1621-15> [Electron resource] Document 1621–15, — Red 02.12.2012; basis 5463–17 (in Ukrainian).

25. Michailovich YI, Zhurbenko AV. Assessment of the state-funded cancer control program. Practical aspect and philosophy of the decision. Clin Oncol 2017; (3): 6–10 (in Ukrainian).

26. Tolstanov OK, Parry VD, Grischuk SM. Introduction of local clinical protocols as an instrument for improving the quality of medical care. Materials of the All-Ukrainian Scientific and Practical Conference «Improving the quality of medical care: scientific principles and practical results». Kyiv, 2010: 143–4 (in Ukrainian).

27. Pary VD, Boris VM, Grischuk SM. Determination of indicators for optimization of the bed fund of health facilities of the hospital district. Science Rise 2015; (10/3): 97–100 (in Ukrainian).

28. Macgrave RA, Macgrave PB. Public Finances: theory and practice. M: Business Atlas, 2009. 148 p. (in Russian).

29. Voronenko YV, Hoyda NG, Zozulya IS, et al. Modern approaches to the management of material resources of the medical institution. Ukr Med J 2013; (1): 19–22 (<http://www.umj.com.ua>) (in Ukrainian).

30. Anikin BA. Logistics. Moscow: INFRA-M, 2011. 352 p. (in Russian).

31. Voronenko YV, Goyda NG, Kryshchtopa BP, et al. New approaches to the preparation of heads of Ukrainian Governments and Health Care Institutions. Collection sciences co-workers NMAPO named after PL Shupik. Kyiv, 2012; 21 (1): 518–28 (in Ukrainian).

32. Voronenko YV, Goyda NG, Latyshev YE, et al. Innovative forms of postgraduate training of healthcare organizers in Ukraine: the first experience. Modern Med Technol 2013; 2: 27–9 (in Ukrainian).

33. Voronenko YV, Goyda NG, Mikhalchuk VM, et al. The experience of training healthcare managers at the National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik. Ukr Med J 2013; (3): 32–4 (<http://www.umj.com.ua>) (in Ukrainian).

34. Aistrakhanov DD, Volynkin II, Dudina OO, et al. Intersectoral Integrated Program «Health of the Nation». 2007. K., 2010. 153 p.

35. Chekhun VF, Lukyanova NYu, Shepelenko IV, et al. Method of risk recurrence assessment in breast cancer patients. Information letter on innovations in the field of public health № 189. 2016. 6 p.

36. Chekhun VF, Lukyanova NYu, Shepelenko IV, Klyusov OM, et al. Method of determining the degree of malignancy of tumors in breast cancer patients. Pat of Ukraine for Useful Model № 111510; dated 10.11.2016, Official Bull «Promyslova vlasnist» 2016; (21). Information letter on innovations in public health № 191–2016.

**MODERN APPROACHES
TO ORGANIZATION
OF ONCOLOGICAL CARE***O.M. Kliusov*

Summary. *The aim of the work is to analyze scientific publications about some modern approaches to the organization of provision of oncological assistance to the population in different countries and the implementation of such approaches in Ukraine. The dynamics of morbidity and mortality indices of the population of Ukraine during the last 10 years, characteristics of the activity of the oncology service indicates the need to improve all parts of the anti-cancer struggle. In order to move to world standards with the limited financial and low level of material and technical resources, the health*

system reform is necessary. At the same time, the implementation of all modern approaches to the optimal organization of the latter is extremely important.

Key Words: malignant neoplasms, cancer care, cancer registry, 5-year population survival, state target program, pharmacoconomics, rehabilitation, organization and management of health care.

Адреса для листування:

Клюсов О.М.

03115, Київ, вул. Верховинна, 69

Київський міський клінічний онкологічний центр

E-mail: oleksandr.kliusov@gmail.com

Одержано: 15.11.2017