

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

*Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису*

МОІСЕЄВА ЛЮБОВ ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 351.77:614.7:616.2:94(477)

ДИСЕРТАЦІЯ
ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЗАХИСТОМ РЕСПІРАТОРНОГО
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Спеціальність 281 – Публічне управління та адміністрування
Галузь знань 28 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 Л. В. Моїсеєва

Науковий керівник:

Бородін Євгеній Іванович,

доктор історичних наук, професор, Заслужений працівник освіти України,
директор Навчально-наукового інституту державного управління
Національного технічного університету «Дніпровська політехніка»

Дніпро – 2025

АНОТАЦІЯ

Моїсеєва Л.В. Публічне управління захистом респіраторного здоров'я населення в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 – «Публічне управління та адміністрування» – Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», Дніпро, 2025.

Обґрунтовано, що респіраторне здоров'я є невід'ємною частиною загального стану організму, що сприяє його життєдіяльності та якості життя. Зростання кількості хворих з патологіями органів дихання, які останнім часом посіли п'яте місце за захворюваністю та третє місце в структурі смертності серед усіх хвороб, обумовлює необхідність конструювання системи надійного захисту респіраторного здоров'я населення. Запропоновано авторську інтерпретацію концепту «публічне управління захистом респіраторного здоров'я», під яким авторка розуміє комплекс цілеспрямованих впливів на системи профілактики, діагностики, лікування та контролю хвороб органів дихання, в т.ч. ідентифікацію факторів ризику втрати здоров'я дихальних шляхів та розширення ефективних профілактичних заходів для його підтримки.

Уточнено зміст базових понять дослідження, зокрема: *«захист респіраторного здоров'я»* – процес мінімізації небезпечних впливів і пов'язаних із цим наслідків для здоров'я дихальних шляхів, у результаті чого відбуваються якісні зміни стану пацієнта на основі застосування динамічних, персоналізованих та цілісних підходів до охорони здоров'я на основі цінностей; *«пульмонологічна допомога»* – багатовимірний континуум медичних послуг для пацієнта з захворюванням органів дихання та сім'ї, що містить діагностику, терапію, емоційну підтримку та формування респіраторної грамотності; *«легенева реабілітація»* – комплексне втручання з метою поверненні пацієнта до найвищої можливої дієздатності та сприянні

досягненню індивідуального максимального рівня незалежності та функціонування в суспільстві, засноване на персоналізованій оцінці та лікуванні пацієнта, яке включає тренування, розвиток респіраторної грамотності, спрямування поведінки на зміцнення здоров'я, призначеними для покращення фізичного та психологічного стану людей з хронічними респіраторними захворюваннями.

Проаналізовано міжнародні стандарти захисту респіраторного здоров'я та встановлено, що вони орієнтовані на пріоритетизацію боротьби з хворобами органами дихання в системі громадського здоров'я в усіх країнах світу; забезпечення усвідомлення цієї загрози на державному та публічному рівні, залучення інших секторів в громадах для боротьби з респіраторними хворобами, пропагування здорового способу життя та уникнення тютюну, подразників дихальних шляхів та алергенів. На це спрямована діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я, Глобальної ініціативи з хронічного обструктивного захворювання легень, Глобального альянсу проти хронічних хвороб органів дихання, європейської дихальної Глобальної ініціативи з астми, адже останні десятиліття в світі характеризуються зростанням гострих інфекційних і хронічних хвороб органів дихання.

Досліджено ефективні міжнародні підходи до боротьби з туберкульозом, зокрема Стратегію подолання туберкульозу до 2035 р., впроваджену Всесвітньою організацією охорони здоров'я, реалізація якої дозволить досягнути Цілі розвитку тисячоліття щодо скасування захворюваності на туберкульоз.

Розглянуто світовий досвід захисту респіраторного здоров'я та надання пульмонологічної допомоги населенню та встановлено, що у світовій практиці існує кілька варіантів організації цієї допомоги: загальна медична мережа; спеціалізована пульмонологічна служба; спеціалізована протитуберкульозна служба. У багатьох країнах сформована тенденція до злиття пульмонології та фтизіатрії і набутий перший досвід нових організаційних форм.

Обґрунтовано, що оптимальною системою пульмонологічної допомоги є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних закладів.

Міжнародний досвід організації державних заходів щодо запобігання розвитку хвороб органів дихання, у т.ч. соціально небезпечних хвороб підтверджує існування різноманітних підходів щодо механізму державного впливу на цю проблему, через що в деяких країнах сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення може бути поділена між центральними органами виконавчої влади, які безпосередньо і не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), а є керованою іншими відомствами, наприклад, у сфері охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ тощо. При цьому, галузеве публічне управління у сфері захисту респіраторного здоров'я та протидії захворюванню на туберкульоз повинно здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання. Обґрунтовано, що управлінським центром захисту респіраторного здоров'я може бути створений спеціальний постійно діючий підрозділ при центральному органі виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я для координації діяльності, нормативно-правового та методичного забезпечення зв'язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства у сфері протидії захворюванню на туберкульоз та захисту респіраторного здоров'я.

Розглянуто проблему нормативно-правового забезпечення публічного управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення в Україні визначено кілька груп нормативно-правових актів.

Перша група – ті, які спрямовані на зміцнення загальних захисних сил (резервів) організму – здоровий образ життя, обмеження впливу тютюнопаління, загартування, фізична активність, імунопрофілактика, попередження поширення алергенів. При цьому наголошено, що в Україні

відсутні концепції законодавчого забезпечення здорового способу життя, що дали б змогу визначати загальні підходи, структуру, порядок (черговість) розроблення і прийняття законів.

Друга група нормативно-правових актів регулює запобігання поширенню вірусних респіраторних інфекцій.

Наступна група нормативно-правових актів спрямована на розвиток пульмонологічної допомоги в Україні, зокрема профілактики респіраторних захворювань та власне лікування легеневих паталогій.

Наголошено, що проблеми охорони здоров'я потребують належного нормативного забезпечення під час реалізації медичної реформи, у т.ч. що належить до сфери управління наданням медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю на рівні організації спеціалізованої допомоги на третинному рівні. Зокрема, практичний вимір проблеми полягає у тому, що у пульмонологічному відділенні обласної лікарні зустрічається широкий перелік нозологічних форм захворювань, які на даний час в нормативно-правовому полі залишаються не зовсім унормованими.

Обгрунтовано, що пульмонологічна служба України представляє собою в організаційно-функціональному плані добре організовану єдину систему управління, що передбачає наявність профільних інституцій на національному рівні, регіональному та місцевому рівні. Оптимальною системою пульмонологічної допомоги є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних відділень. Спеціалізація спеціалізованих медичних служб та їх взаємодія із загальною медичною мережею є однією з найскладніших (все більше диференціація терапії, розвиток спеціалізованих служб створюють певні протиріччя між органним принципом роботи медичних підрозділів і цілісною системою роботи сімейного лікаря). Спадкоємність в організації пульмонологічної допомоги недостатньо ефективна; відзначається низький рівень взаємодії сімейного лікаря з іншими фахівцями при наданні медичної допомоги хворим.

Підтверджено, що в організації медичної допомоги легенеvim хворим важлива співпраця амбулаторних і лікарів стаціонару, тісний зв'язок спеціалізованих клінік/відділень і загальної мережі, інтеграція різних служб (пульмонологічної, професійної патологічної, алергічної, онкологічної, фтизіатричної), взаємодія терапевтів і педіатрів.

Визначено шляхи удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні, зокрема використання інформаційно-аналітичних механізмів, модернізація організаційної структури пульмонологічної служби.

Охарактеризовано завдання кожного суб'єкта інформаційно-аналітичної системи забезпечення управління пульмонологічною допомогою: заклад охорони здоров'я – підготовка та подання документації первинного медичного обліку та звітності та виконання управлінських рішень; медичні інформаційно-аналітичні центри – обробка та аналіз інформації; науково-дослідні установи та заклади вищої освіти – науково-методичне забезпечення експертної оцінки стану респіраторного здоров'я та якості пульмонологічної допомоги; Міністерство охорони здоров'я та його головні спеціалісти (терапевт, пульмонолог) – підготовка інформаційно-аналітичних документів та управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності діючої системи.

Запропоновано структуру інформаційної системи моніторингу респіраторного здоров'я населення, організації та якості пульмонологічної допомоги: статистичний та експертний модулі. Обґрунтовано блок-схему інформаційної системи контролю респіраторного здоров'я населення, організації та якості пульмонологічної допомоги.

Сформульовано концепцію розвитку пульмонологічної допомоги на регіональному рівні, метою якої є поліпшення ефективності діагностики, лікування і диспансерного спостереження за легенеvim хворими.

Доведено, що участь громади в реалізації цільових програм розвитку охорони здоров'я дає можливість створити основу для впровадження в

практику охорони здоров'я ефективних методів профілактики, діагностики та лікування захворювань і забезпечити населення доступною кваліфікованою спеціалізованою меддопомогою. Їх реалізація дозволяє вирішувати комплексні міжвідомчі та фінансові проблеми розвитку пульмонологічної служби, стимулює участь органів виконавчої влади та місцевого самоврядування в їх вирішенні.

Розглянуто інструменти публічного управління захистом респіраторного здоров'я та запропоновано стратегічні цілі цього захисту: допомога людям з легневими хворобами, їхнім сім'ям та опікунам, надаючи інформацію про те, як найкраще керувати хворобою; покращення превенції, діагностики та лікування хвороб органів дихання шляхом покращення якості пульмонологічної допомоги, впровадження безпечних інформаційних технологій охорони здоров'я та створення великомасштабних реєстрів пацієнтів; факторів ризику та основних механізмів хвороб органів дихання; співпраця зі стейкхолдерами щодо забезпечення захисту респіраторного здоров'я на рівні громад. Для реалізації кожної із зазначених цілей авторка пропонує конкретні алгоритми.

Узагальнено підходи до визначення та оцінювання якості медичних послуг та встановлено, що якість медичних послуг у сфері захисту респіраторного здоров'я є критично важливою для забезпечення здоров'я та добробуту нації. Вона включає в себе доступність медичної допомоги, високу кваліфікацію фахівців, ефективну профілактику та підтримку потреб на психологічному рівні. Розвиток цієї сфери є завданням публічного управління, адже забезпечення здоров'я нації є основною передумовою для сталого розвитку суспільства в цілому.

Ключові слова: Публічне управління, охорона здоров'я, пульмонологічна допомога, територіальні громади, органи дихання, респіраторне здоров'я, управління охороною здоров'я, концепція, сталий розвиток, державна стратегія.

ABSTRACT

Moiseeva L.V. Development of public management in the field of respiratory health protection of the population in Ukraine. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 281 – "Public management and administration" – Dnipro University of Tecnology, Dnipro, 2025.

It has been substantiated that respiratory health is an integral part of the overall condition of the body, contributing to its vital activity and quality of life. The increasing number of patients with respiratory pathologies, which have recently ranked fifth in terms of morbidity and third in the structure of mortality among all diseases, necessitates the creation of a system of reliable protection of respiratory health of the population. The author's interpretation of the concept of "public management of respiratory health protection" is proposed, which according to the author means a set of targeted influence measures focusing on the systems of prevention, diagnosis, treatment, and control of respiratory diseases, including the identification of risk factors for respiratory health loss and the expansion of effective preventive measures to secure it.

The meaning of the basic concepts of the study has been clarified, in particular: "*respiratory health protection*" – the process of minimizing hazardous effects and related consequences for the health of the respiratory tract, resulting in qualitative changes in the patient's condition based on dynamic, personalized and holistic approaches to health care guided by core values; "*pulmonological care*" – a multidimensional continuum of medical services for a respiratory patient, which includes diagnosis, therapy, emotional support and increasing respiratory awareness; "*pulmonary rehabilitation*" – a comprehensive intervention to bring the patient to the maximum fitness possible, and to help achieve an individual maximum level of independence and ability to function in society, based on personalized assessment and treatment of the patient, which includes training,

promotion of respiratory awareness, development of healthy behaviours to improve the physical and psychological condition of people with chronic respiratory diseases.

The international standards for respiratory health protection have been analysed and it has been found that they are focused on prioritizing the respiratory diseases control in the public healthcare system across the world; ensuring awareness of this threat at the state and public levels, engaging other sectors in communities to deal with respiratory diseases, promoting a healthy lifestyle and avoiding tobacco, respiratory tract irritants and allergens. This is the focus of the activities of the World Health Organization, the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, the Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases, Global Initiative for Asthma of the European Respiratory Society, because recent decades have been characterized by an increase in acute infectious and chronic respiratory diseases in the world.

Effective international approaches to deal with tuberculosis have been researched, in particular the Strategy to End Tuberculosis by 2035, implemented by the World Health Organization, which will allow the achievement of the Millennium Development Goal of reversing the global incidence of tuberculosis.

The world experience of protecting respiratory health and providing pulmonary care to the population has been considered and it has been found that there are several options to provide care in world practice: a general medical network; specialized pulmonary service; specialized TB service. In many countries, there is a tendency to merge pulmonology and phthisiology and the first experience of new organizational forms has been gained.

It has been established that the optimal system of pulmonary care is an organization based on the interaction of the general medical network, TB facilities and specialized pulmonary facilities.

International experience in organizing state measures to prevent the respiratory diseases, including socially dangerous diseases, confirms the availability of various approaches to the mechanism of state influence on this

problem, due to which in some countries the responsibility of the state for securing the epidemic well-being of the population can be divided between central executive bodies that are not directly referred to the medical field (health care), but are managed by other departments, for example, in the field of nature protection, agriculture, energy, emergencies, internal affairs, etc. At the same time, sectoral public management in respiratory health protection and TB control should be carried out exclusively within the framework of arranging the medical prevention, health care and social assistance, sanitary education and upbringing. It has been substantiated that the management centre for respiratory health protection can be a special permanent unit of the central executive body, which ensures the formation and implementation of state policy in health care, created to coordinate activities, regulatory and methodological support of relations between various public authorities and representatives of civil society in the field of TB control and respiratory health protection.

The problem of regulatory and legal support of public governance in respiratory health protection of the people in Ukraine has been considered, and several groups of regulations have been identified.

The first group includes the regulations aimed at strengthening the protective abilities (reserves) of the body – a healthy lifestyle, restriction of the effects of tobacco smoking, hardening, physical activity, immunoprophylaxis, prevention of allergens spreading. At the same time, it is emphasized that in Ukraine, there are no concepts of legislative provision of a healthy lifestyle, which would allow determining the general approaches, structure, procedure (order) for the development and adoption of laws.

The other group of regulations stipulates the prevention of the spread of viral respiratory infections.

The next group of regulations is aimed at the development of pulmonary care in Ukraine, in particular the prevention of respiratory diseases and the actual treatment of pulmonary pathologies.

It is emphasized that the issues in health care require appropriate regulations

to ensure the implementation of medical reform, including those related to the specialised management of pulmonary health services provision at the tertiary level. In particular, the practical side of the issue is that the pulmonology department of a regional hospital deals with a wide list of nosological forms of diseases, which currently remain not quite standardised in the regulatory framework.

It has been substantiated that the pulmonological service of Ukraine is a well-organized unified management system in terms of organization and function, which provides for the availability of specialised institutions at the national, regional and local levels. The optimal system of pulmonary care is an organisation based on the interaction of the general medical network, TB facilities and specialized pulmonary departments. The distinct focus and expertise of specialised medical services and their interaction with the general medical network is one of the most complex (increasing differentiation of therapy, evolving specialised services create certain contradictions between the organ-based principle of operation of medical units and the holistic system of work of the family doctor). Succession in the organization of pulmonological care is not effective enough; there is a low level of interaction between the family doctors and other specialists in the provision of medical care to patients.

It has been substantiated that in the organisation of medical care for pulmonary patients, the close coordination of outpatient and inpatient doctors, the close connection of specialized clinics/departments and the general network, the integration of various services (pulmonary, occupational pathological, allergic, oncological, and phthisiatric), and the interaction of therapists and paediatricians are important.

The ways to improve the management of pulmonary care at the regional level have been identified, in particular the use of information and analytical mechanisms, modernisation of the organisational structure of the pulmonary service.

The tasks of each subject of the information and analytical system ensuring

the pulmonary care management have been characterized: a health care facility – preparation and submission of documents containing primary medical records and reporting and implementation of management decisions; medical information and analytical centres – processing and analysis of information; research institutions and institutions of higher education – scientific and methodological support for expert assessment of the state of respiratory health and the quality of pulmonary care; Ministry of Health and its chief specialists (a therapist, a pulmonologist) – preparation of information and analytical documents and management decisions aimed at improving the efficiency of the current system.

The structure of the information system to control respiratory health of the population, organisation and quality of pulmonary care, involving statistical and expert modules, has been proposed.

The concept of development of pulmonary care at the regional level has been formulated, the purpose of which is to improve the effectiveness of diagnostics, treatment and dispensary supervision of pulmonary patients.

It has been substantiated that community participation in the implementation of targeted healthcare development programs allows creating a basis for the introduction of effective methods of prevention, diagnosis and treatment of diseases into health care practice and provides the population with affordable qualified specialised medical service. The implementation of such methods provides solution for complex interdepartmental and financial problems of the pulmonary service development, stimulates the participation of executive and local authorities in a search for their solution.

The tools of public management of respiratory health protection have been considered and the strategic goals of such protection have been suggested: pulmonary patients care, help for their families and caregivers, providing information on ways to best manage the disease; improving the prevention, diagnostics and treatment of respiratory diseases by enhancing the quality of pulmonary care, introducing safe healthcare information technologies and creating large-scale patient registries; risk factors and key mechanisms of respiratory

diseases; cooperation with stakeholders to ensure respiratory health protection at the community level. To achieve each of the goals above, the author suggests specific algorithms.

Approaches to defining and assessing the quality of medical services have been generalized and it has been established that the quality of medical services in the field of respiratory health protection is critical for ensuring the health and well-being of the nation. It includes access to medical care, highly qualified specialists, effective prevention and support of needs at the psychological level. The development of this sphere is the task of public administration, because ensuring the health of the nation is the main prerequisite for the sustainable development of society as a whole.

Keywords: public administration, health care, pulmonological care, territorial communities, respiratory organs, respiratory health, health care management, concept, sustainable development, state strategy.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ

Монографії

1. Моїсеєва Л. Європейська парадигма захисту респіраторного здоров'я // Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 272 с. С.255-267. <https://surl.li/rbdynn>

Статті в наукових закордонних виданнях, проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus

2. Project management as a technology for optimizing resources in terms of reforming socio-economic relations: the experience of the EU / P. Bezus, N. Gavkalova, L.Moiseyeva [etc.] // *Ad Alta : journal of interdisciplinary research*. 2022. 12(1), XXV. PP. 67-72. <http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/23035>

Особистий внесок здобувачки: *представлено огляд практик управління проектами в європейських країнах у рамках просторового розвитку.*

Статті в наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії “Б”

3. Бородин, Є., & Моїсеєва, Л. (2022). Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*, 10(4), 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

Особистий внесок здобувачки: *розглянуто систему громадського здоров'я як об'єкт публічного управління, показано, що істотним відображенням соціальної значущості здоров'я в його індивідуальних і соціальних планах є взаємозв'язок здоров'я з соціально-трудовами можливостями людини, з положенням окремих соціальних груп в структурі суспільного виробництва, досліджено сучасні форми боротьби з туберкульозом в зарубіжних країнах.*

4. Моїсеєва Л.В. Теоретичні засади реалізації публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування* : електронний науково-практичний журнал. 2023. 7. https://reicst.com.ua/pmtl/issue/view/issue_7_2023. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-07>

5. Моїсеєва Л.В. Управління пульмонологічною службою на регіональному рівні в доковідний період: організаційні аспекти. *Публічне управління та місцеве самоврядування*. 2023. 1. С. 40-45. DOI: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-1-6>

6. Моїсеєва Л.В. Публічне управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення: нормативно-правові засади. *Дніпровський науковий часопис*. 2023. 3. С. 201-205. DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.3.33>

7. Моїсеєва Л.В. (2024). Алгоритми публічного управління захистом респіраторного здоров'я населення. *Публічне управління та місцеве*

самоврядування. 2024. 2. С. 59-64. DOI: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2024-2-8>

Матеріали конференцій

8. Moiseeva L. Current issues of public administration in the field of pulmonology care in Ukraine. The XV international science conference «Trends in the development of practice and science», December 28 – 31, 2021, Oslo, Norway. 386 p. p. 153-155. DOI - 10.46299/ISG.2021.П.XV

9. Моїсеєва Л. Соціальні фактори громадського здоров'я як складова його відновлення. Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління: матеріали міжнар. круглого столу до Дня Незалежності України (Київ, 22 серп. 2022 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ: ННІ ПУДС КНУ, 2022. 272 с. С. 179-181. <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf>

10. Моїсеєва Л. Трансформація системи охорони здоров'я в Європейському Союзі: досвід для України. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України*: мат-ли ХІХ регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 16 червня 2022 р. https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/Material_conference_16_06_2022.pdf

11. Моїсеєва Л. Удосконалення публічного управління медичною сферою у воєнний час. *Наукова весна* : мат-ли ХІІІ міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених. 1-3 березня 2023 р., НТУ «ДП» м. Дніпро. С.319-320.

12. Моїсеєва Л. Публічне управління формуванням медичної грамотності громад. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 257 с. С. 155-158. <https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/ConfDUMS-040523-270623.pdf>

13. Моїсеєва Л. Європейська політика у сфері боротьби з туберкульозом: досвід для України. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України*: мат-ли XX регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 18 травня 2023 р. 86-88. <http://surl.li/lbdjt>

14. Моїсеєва Л. Ментальне здоров'я як складова громадського здоров'я: *Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насильству в освітніх закладах*: мат-ли IV Всеукраїнського форуму (24 березня 2023 року). Дніпро. ДГУ. 146 с. С 46-50. <https://dgu.edu.ua/certificates/forum4/>

15. Моїсеєва Л. Удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні. *Молодь: наука та інновації*: матеріали XI міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених. НТУ «ДП» м. Дніпро. 22-24 листопада. 2023. С.194-196

16. Моїсеєва Л. Концепція захисту респіраторного здоров'я населення громад. *Безпечна, комфортна та спроможна громада*: мат-ли Міжнародного форуму. Дніпро, НТУ «ДП», 11-13 жовтня 2023 р.

17. Моїсеєва Л. (2024). Надання пульмонологічної допомоги населенню громади як чинник підвищення її безпеки *Безпечна, комфортна та спроможна громада*: мат-ли Міжнародного форуму. Дніпро, НТУ «ДП», 16-18 жовтня 2024 р.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
РЗ	респіраторне здоров'я
МБТ	– мікобактерії туберкульозу
МОЗ України	– Міністерство охорони здоров'я України
НАМН	– Національна академія медичних наук України
НІФП	– Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»
НЗЛ	– неспецифічні захворювання легень
ПМСД	– первинна медико-санітарна допомога
ПД	пульмонологічна допомога
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту
ТБ	– туберкульоз
ХОД	– хвороби органів дихання
ХОЗЛ	– хронічне обструктивне захворювання легень
БА	– бронхіальна астма

ЗМІСТ

ВСТУП	20
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАХИСТОМ РЕСПІРАТОРНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ	28
1.1. Захист респіраторного здоров'я населення як об'єкт публічного управління: огляд наукових джерел	28
1.2. Міжнародні стандарти захисту респіраторного здоров'я	42
1.3. Показники, критерії та методи управління якістю медичної допомоги	54
Висновки до розділу 1	69
Список використаних джерел до розділу 1	72
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАХИСТОМ РЕСПІРАТОРНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ	84
2.1. Нормативно-правові основи публічного управління у сфері забезпечення респіраторного здоров'я населення	84
2.2. Система організації первинної та спеціалізованої медичної допомоги хворим з легенеvim профілем	98
2.3. Управління захистом респіраторного здоров'я на регіональному рівні	113
Висновки до розділу 2	128
Список використаних джерел до розділу 2	132
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАХИСТОМ РЕСПІРАТОРНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ	142
3.1. Зарубіжний досвід управління захистом респіраторного здоров'я населення	142

3.2. Удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні	160
3.3. Інструменти публічного управління захистом респіраторного здоров'я	178
Висновки до розділу 3	205
Список використаних джерел до розділу 3	209
ВИСНОВКИ	224
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	230
ДОДАТКИ	265

ВСТУП

Актуальність теми. Респіраторне здоров'я є невід'ємною частиною загального стану організму, що сприяє його життєдіяльності та якості життя. Зростання кількості хворих з патологіями органів дихання, які у 2020 році посіли п'яте місце за захворюваністю та третє місце в структурі смертності серед усіх хвороб, обумовлює необхідність конструювання системи надійного захисту респіраторного здоров'я населення. Глобальна смертність від респіраторних захворювань (з чотирма серед десяти основних причин смерті: пневмонія, хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ), рак легень і туберкульоз) перевищує смертність через серцево- та цереброваскулярні захворювання. Пандемія COVID-19 істотним чином погіршила стан респіраторного здоров'я. У 2021 році Європейська Комісія активувала ініціативу «Здоровіші разом», щоб підтримати країни Європейського Союзу (далі – ЄС) у визначенні та впровадженні ефективної політики та дій, спрямованих на зменшення тягаря основних неінфекційних захворювань і покращення стану громадян, здоров'я і благополуччя. Захворювання органів дихання були однією з п'яти основних тем, включаючи: серцево-судинні захворювання, діабет, хронічні респіраторні захворювання, психічне здоров'я та неврологічні розлади та детермінанти здоров'я.

Кожна основна сфера цієї ініціативи спрямована на усунення нерівності у здоров'ї, підтримку кращих знань і даних, діагностику та лікування, а також покращення якості життя пацієнтів.

Як внутрішнє, так і зовнішнє середовище все більше визнається основними причинами респіраторних захворювань, причому забруднення від пасивного куріння та вихлопних газів транспортних засобів зараз є встановленими причинами, поряд із класичними професійними факторами. Усі вони мають велике відношення до політики охорони здоров'я як ЄС, так і національних органів влади, спрямованої на оптимізацію якості повітря, яким ми дихаємо.

Отже, важливість прийняття стратегічних рішень щодо публічного управління захистом респіраторного здоров'я в Україні актуалізується, з одного боку, майбутнім вступом України до Європейського Союзу, а з іншого – руйнівними наслідками агресивних терористичних дій російської федерації на території України, які безпрецедентно підсилили негативний вплив середовища на стан респіраторного здоров'я населення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що проблеми реформування та розвитку публічного управління в сфері охорони здоров'я знаходились у фокусі уваги таких науковців, як М. Білинська, О. Бобровська, Є. Бородін, В. Воротін, Н. Дацій, В. Долот, Л. Жаліло, Д. Карамішев, Н. Кризіна, В. Лехан, Н. Липовська, О. Пархоменко-Куцевіл, Я. Радиш, І. Рожкова, Є. Романенко, І. Хожило та ін.

Чимала кількість досліджень присвячена питанням реалізації медичних послуг в Україні в умовах пандемії COVID-19. Зокрема, це роботи Т. Блащук, П. Ковтонюка, І. Парубчака, Н. Радуха, І. Хожило, О. Чорного та ін.

Однак проблематика публічного управління захистом респіраторного здоров'я ще не привернула належної уваги дослідників, однак, ми вважаємо, від державної влади та органів місцевого самоврядування, які повинні приймати рішення, що враховують забезпечення профілактики та лікування хвороб органів дихання, використовуючи для цього всі наявні ресурси, багато в чому залежить якість життя громадян та їх респіраторний статус.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано в Національному технічному університеті «Дніпровська політехніка» відповідно до стратегічних цілей Національної ради з відновлення України від наслідків війни, зокрема формування фізично активної і здорової нації є пріоритетним напрямом гуманітарної політики держави, Плану Ukraine Facility на 2024 - 2027 рр. (забезпечення доступу до медичних послуг та покращення реабілітації), а також у межах тем науково-дослідних робіт «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні» (номер державної реєстрації 0122U002375, 2022–2024),

«Цифрова трансформація публічного управління» (номер державної реєстрації 0122U002236, 2022–2024), що виконуються на кафедрі державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», у яких авторка брала участь як молодший науковий співробітник, виконавець (довідки про участь в НДР – додаток В). Матеріали досліджень представлені відповідними підрозділами у заключних звітах з НДР та увійшли до наукових публікацій, що готувалися за результатами виконання наукових тем.

Особистий внесок авторки полягає в обґрунтуванні шляхів підвищення ефективності діяльності органів місцевого самоврядування щодо захисту респіраторного здоров'я в Україні.

Мета і завдання дослідження.

Мета дисертаційної роботи полягає в обґрунтуванні концептуальних засад публічного управління захистом респіраторного здоров'я в Україні, виявити його протиріччя і пріоритетні напрямки, визначити стратегічні цілі цієї діяльності та алгоритми їх реалізації.

Відповідно до мети було визначено основні *завдання дослідження*:

- вивчити інтерпретації засадничих понять дослідження («захист респіраторного здоров'я», «пульмонологічна допомога», «легенева реабілітація») та уточнити їх зміст, а також запропонувати визначення поняття «публічне управління захистом респіраторного здоров'я»;
- дослідити міжнародні стандарти у сфері захисту респіраторного здоров'я та якості пульмонологічної допомоги;
- проаналізувати нормативно-правові та організаційні засади захисту респіраторного здоров'я та пульмонологічної допомоги в Україні;
- узагальнити зарубіжний досвід захисту респіраторного здоров'я;
- обґрунтувати стратегічні цілі та алгоритми публічного управління захистом респіраторного здоров'я;
- дослідити особливості управління захистом респіраторного здоров'я та розробити проєкт концепції розвитку пульмонологічної допомоги на

регіональному рівні в Україні.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що складаються у сфері публічного управління сферою охорони громадського здоров'я.

Предмет дослідження – розвиток публічного управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення в Україні.

Методи дослідження. Методологічний конструкт дисертаційної роботи слугує базується на інтеграції таких загальнонаукових та спеціальних методів, як: діалектичний (розкрито основні поняття дослідження – респіраторне здоров'я, легеневі хвороби, пульмонологічна допомога та їх сутність); формально-логічний (проаналізовано поняттєво-концептуальний апарат дослідження системи захисту респіраторного здоров'я); формально-юридичний (проаналізовано норми чинного законодавства у сфері надання пульмонологічної допомоги та охорони здоров'я населення); порівняльно-правовий (використано для порівняння чинних практик захисту респіраторного здоров'я в країнах Європейського Союзу та США); статистичний (зібрано, вивчено, проаналізовано й узагальнено інформацію щодо надання пульмонологічної допомоги в Дніпропетровській області); системний (окреслено контур системи публічного управління захистом респіраторного здоров'я); аналітичний (визначено сутність, структуру, стан і проблеми в сфері захисту респіраторного здоров'я); моделювання (обґрунтовано стратегічні цілі та алгоритми публічного управління захистом респіраторного здоров'я); синтезу (виявлено організаційно-правові засади управлінської діяльності щодо захисту респіраторного здоров'я); індукції (наведено алгоритми соціальної профілактики хвороб органів дихання й визначено шляхи активізації громадської участі у цій сфері); дедукції (узагальнено комплексний механізм публічного управління захистом респіраторного здоров'я та сформовано висновки); узагальнення (досліджено міжнародні стандарти у сфері захисту респіраторного здоров'я та якості пульмонологічної допомоги); проєктно-праксеологічний (розроблено проєкт концепції розвитку пульмонологічної допомоги на регіональному рівні в

Україні).

Теоретико-методологічною основою дисертації є положення теорії публічного управління та адміністрування, наукові дослідження щодо публічного управління сферою охорони здоров'я.

Нормативно-правовою та емпіричною базою дослідження є Конституція та закони України, укази Президента України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у вирішенні актуального дослідницького завдання щодо обґрунтування концептуальних засад розвитку публічного управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення в Україні.

Найважливіші наукові результати, що характеризують новизну і розкривають логіку та зміст дисертаційного дослідження, полягають у тому, що:

уперше:

– обґрунтовано комплекс концептуальних положень щодо розвитку публічного управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення в Україні, зокрема сформульовано стратегічні цілі: допомога людям з хворобами органів дихання, їхнім сім'ям та опікунам, надаючи інформацію про те, як найкраще керувати хворобою; покращення превенції, діагностики та лікування легеневих захворювань шляхом покращення якості пульмонологічної допомоги, впровадження безпечних інформаційних технологій охорони здоров'я та створення великомасштабних реєстрів пацієнтів; факторів ризику та основних механізмів лікування легеневих хвороб; співпраця зі стейкхолдерами щодо забезпечення захисту респіраторного здоров'я на рівні громад. Для реалізації кожної із зазначених цілей розроблено конкретні алгоритми, збалансованих конкретними методами, інструментами та відповідними управлінськими рішеннями;

– удосконалено:

– понятійно-категорійний апарат галузі науки публічного управління та адміністрування, зокрема конкретизований зміст таких понять, як: «публічне управління захистом респіраторного здоров'я» – це комплекс цілеспрямованих впливів на системи профілактики, діагностики, лікування та контролю хвороб органів дихання, в т.ч. ідентифікація факторів ризику втрати здоров'я дихальних шляхів та розширення ефективних профілактичних заходів для його підтримки; «захист респіраторного здоров'я» – процес мінімізації небезпечних впливів і пов'язаних із цим наслідків для здоров'я дихальних шляхів, у результаті чого відбуваються якісні зміни стану пацієнта на основі застосування динамічних, персоналізованих та цілісних підходів до охорони здоров'я на основі цінностей; «пульмонологічна допомога» – багатовимірний континуум медичних послуг для пацієнта з захворюванням органів дихання та сім'ї, що містить діагностику, терапію, емоційну підтримку та формування респіраторної грамотності; «легенева реабілітація» – комплексне втручання з метою поверненні пацієнта до найвищої можливої дієздатності та сприянні досягненню індивідуального максимального рівня незалежності та функціонування в суспільстві, засноване на персоналізованій оцінці та лікуванні пацієнта, яке включає тренування, розвиток респіраторної грамотності, спрямування поведінки на зміцнення здоров'я, призначеними для покращення фізичного та психологічного стану людей з хронічними респіраторними захворюваннями»;

– підходи до інтерпретації структури системи захисту респіраторного здоров'я, зокрема виокремлено її складові (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, навчання) та запропоновано структуру інформаційної системи моніторингу респіраторного здоров'я населення, організації та якості пульмонологічної допомоги: статистичний модуль (показники захворюваності, інвалідності, смертності населення внаслідок захворювань органів дихання; показники ефективності роботи амбулаторій та стаціонарних закладів охорони здоров'я; показники забезпеченості

ресурсами охорони здоров'я) та експертний (соціологічний моніторинг населення за станом здоров'я органів дихання, доступність і якість пульмонологічної допомоги та її експертна оцінка).

– *дістали подальшого розвитку:*

– підходи до оцінювання стану респіраторного здоров'я населення з урахуванням зарубіжного та вітчизняного досвіду, що дало змогу запропонувати власний методичний інструментарій, який дозволяє врахувати кількісні та якісні показники динаміки респіраторних захворювань та ідентифікувати ризики, які спричиняють їх виникнення та поширення;

– обґрунтування шляхів удосконалення публічного управління захистом респіраторного здоров'я, зокрема розроблено проєкт Концепції розвитку пульмонологічної допомоги на регіональному рівні в Україні;

– підходи до впровадження зарубіжного досвіду у систему захисту респіраторного здоров'я, зокрема наголошено, що галузеве публічне управління у сфері захисту респіраторного здоров'я та протидії захворюванню на туберкульоз повинно здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання. Обґрунтовано, що управлінським центром захисту респіраторного здоров'я може бути створений спеціальний постійно діючий підрозділ при центральному органі виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я для координації діяльності, нормативно-правового та методичного забезпечення зв'язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства у сфері протидії захворюванню на туберкульоз та захисту респіраторного здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів. Використання основних теоретичних положень і висновків дослідження, методичних розробок сприятиме вдосконаленню діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування щодо захисту респіраторного здоров'я. Науково обґрунтовані теоретичні положення та практичні розробки, висновки й результати роботи

можуть бути використані в практичній діяльності органів законодавчої та виконавчої влади органів місцевого самоврядування з питань охорони здоров'я, а також у науково-дослідницькій та викладацькій роботі при підготовці лекційних курсів, практичних і семінарських занять за відповідною тематикою.

Наукові рекомендації, висновки, пропозиції дисертації були враховані й використані: у практичній діяльності Павлоградської міської ради при розробці алгоритмів запобігання легенеvim хворобам населення промислових міст, під час реалізації заходів охорони громадського здоров'я у 2024 році (довідка про впровадження від 27.12.2024 № 15/д); Національного технічного університету «Дніпровська політехніка» – у процесі підготовки та підвищення кваліфікації державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування (удосконалення та актуалізація змісту робочих програм з освітніх компонентів спеціальностей 231 Соціальна та молодіжна робота першого (бакалаврського) рівня вищої освіти та 073 Менеджмент (ОП «Менеджмент в охороні здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти) (довідка про впровадження від 30.12.2024 № 12-34/181).

Особистий внесок здобувачки. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею авторки. Основні розробки, у тому числі ті, що характеризують наукову новизну, практичне значення, виконані авторкою особисто. Внесок авторки в публікації, виконані в співавторстві, конкретизовано у списку праць, опублікованих за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження оприлюднено на науково-практичних міжнародних та вітчизняних конференціях, форумах, зокрема: «Trends in the development of practice and science» (Осло, Норвегія, 2021); «Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління» (Київ, 2022); «Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України» (Дніпро, 2022, 2023); «Наукова весна» (Дніпро, 2023, 2024); «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні»

(Дніпро, 2023, 2024), «Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насильству в освітніх закладах» (Дніпро, 2022), «Молодь: наука та інновації» (Дніпро, 2023), «Безпечна, комфортна та спроможна громада» Дніпро, 2023, 2024).

Публікації. За результатами досліджень опубліковано 15 наукових праць, у тому числі: розділ у колективній монографії; 5 статей у наукових фахових виданнях з державного управління; 1 стаття в зарубіжному науковому виданні (WoS), 9 тез у матеріалах науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації визначені її метою, завданнями, об'єктом та предметом дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 272 сторінки, з яких основного тексту – 210 сторінок. Список використаних джерел налічує 298 найменувань, у тому числі 50 – іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАХИСТУ РЕСПІРАТОРНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

1.1. Захист респіраторного здоров'я населення як об'єкт публічного управління: огляд наукових джерел

Повоєнне відновлення України, виконання умов вступу до Європейського Союзу обумовлює підвищення вимог до ефективності та якості медичної допомоги населенню, у тому числі і пульмонологічної. Інтеграція до європейського простору вимагає від України зобов'язання трансформувати застарілу систему охорони здоров'я на якісно нову з новою метою, завданнями та порядком, що буде відповідати європейським стандартам. Це потребує необхідність розробки та впровадження нових організаційних підходів до системи публічного управління у сфері практичної охорони здоров'я, в тому числі респіраторного.

Медичне та соціально-гігієнічне значення охорони респіраторного здоров'я (далі – РЗ) у всіх промислово розвинених країнах світу безперечно високе через значну поширеність легеневих хвороб, котру поки що стримати на певному рівні не вдається.

Респіраторне співтовариство зазвичай визначає здоров'я дихальної системи як відсутність явного захворювання легень. Це надто спрощене визначення обмежило розвиток надійного підходу до профілактики хронічних захворювань легені. Навпаки, серцево-судинна спільнота продуктивно концептуалізувала «ідеальне серцево-судинне здоров'я», набір факторів, у тому числі кілька безпосередньо вздовж причинно-наслідкового шляху переходу від здоров'я до захворювання, які захищають від розвитку серцевих захворювань [1; 2]. Фундаментальна концепція «ідеального

здоров'я» передбачає існування додаткової концепції «порушеного здоров'я», яка є проміжною точкою на шляху від здоров'я до хвороби. Розгляд серцево-судинного здоров'я в такому континуумі полегшив ідентифікацію факторів ризику втрати здоров'я, уможливив розмежування проміжних ендотипів, таких як підвищене запалення та гіперхолестеринемія, які використовуються в клінічній практиці як інструменти скринінгу, і призвело до швидкого розширення все більш ефективних профілактичних заходів для підтримки здоров'я серцево-судинної системи. Дослідники серцево-судинної системи та клініцисти використовували цю концептуальну основу для формування політики громадської охорони здоров'я, інтеграції профілактики в первинну медичну допомогу та навчання громад.

Відповідно до національних та міжнародних консенсусів за останні роки до групи нозологій, що характеризуються хронічною бронхіальною обструкцією можна віднести такі: хронічне обструктивне захворювання легень (далі – ХОЗЛ), облітеруючий бронхіоліт, емфізема легень, бронхіальна астма (далі – БА) та бронхоектатична хвороба. Але на сьогодні проблема ХОЗЛ та БА стоїть гостро не тільки у світі, але й в Україні. За різними оцінками, в Україні від ХОЗЛ потерпає щонайменше 4% населення, а близько 2% смертей українців зумовлено цією хворобою [3].

Кількість хворих на таку патологію зростає – за даними міжнародних експертів у 2020 році ХОЗЛ посіли п'яте місце за захворюваністю та третє місце в структурі смертності серед усіх хвороб. Наступні роки характеризувались інтенсивним збільшенням кількості хворих на ХОЗЛ як наслідок пандемії COVID-19. Значною є гіподіагностика ХОЗЛ. Майже завжди діагностика ХОЗЛ проводиться на інвалідизуючих стадіях хвороби. У зв'язку з цим лікування на ранніх етапах захворювання, профілактика тяжких форм ХОЗЛ є досить актуальними завданнями не тільки галузевого напрямку, але й публічноуправлінської сфери в глобальному вимірі. У стандартах Європейського респіраторного товариства підкреслюється, що тільки 25% випадків захворювання діагностується своєчасно. Структура

поширеності пульмонологічної патології не лише в Україні, а й у світі, дуже велика і досягає 58% загальної захворюваності, займаючи, відповідно, перше місце. І першим проблемним питанням, за словами експертів, є пневмонія [4].

ХОЗЛ – захворювання, що можна попередити і яке піддається лікуванню. Воно характеризується не повністю зворотним обмеженням прохідності дихальних шляхів. Обмеження прохідності дихальних шляхів зазвичай прогресує та асоціюється з незвичною запальною відповіддю легень на шкідливі частки або гази, головним чином, у зв'язку із палінням. Нарівні з ураженням легень, ХОЗЛ призводить до значних позалегеневих системних ефектів, супутніх захворювань, які обтяжують перебіг захворювання в окремих хворих.

ХОЗЛ зазвичай розглядається як комплексне захворювання, яке впливає на здоров'я пацієнтів не тільки легені, з різними внутрішньо- та позалегеневими компонентами та значною варіабельністю між окремими особами. Лікування ХОЗЛ є складним завданням і вимагає передових, складних стратегій, які відповідають індивідуальним потребам пацієнта. Через гетерогенність і складність захворювання, що призводить до нелінійних і, як наслідок, погано передбачуваних відповідей на лікування, багатовимірний профіль пацієнта має вирішальне значення для визначення правильного пацієнта з ХОЗЛ для правильного лікування. Сучасні методи часто обмежуються загальними, добре відомими та широко використовуваними оцінками, нехтуючи потенційно релевантними (взаємодіями між) індивідуальними, унікальними «рисами», щоб нарешті забезпечити персоналізоване лікування. Потрібні динамічні, персоналізовані та цілісні підходи, щоб подолати цю багатогранну хворобу та забезпечити персоналізовану медицину та охорону здоров'я на основі цінностей [5].

В останні роки було виявлено кілька потенційних факторів ризику розвитку захворювань легень, окрім паління та впливу навколишнього середовища. Ці дослідження, однак, не були довгостроковими протягом

усього життя, що ускладнювало побудову часової шкали того, як такі фактори ризику впливають на РЗ. Крім того, ці фактори часто ідентифікували або в контексті «здорових» контрольних суб'єктів у дослідженнях, зосереджених на захворюваннях [6, 7, 8]), або з використанням обмеженої інформації про респіраторні симптоми, фізіологію та візуалізацію, отриману з когортних досліджень, зосереджених на серцево-судинних захворюваннях [9, 10, 11, 12]. Незважаючи на те, що Фремінгемське дослідження серця, наприклад, представляє дані, зібрані від трьох поколінь суб'єктів, які спостерігали протягом 70 років, воно не було розроблено як респіраторне когортне дослідження та не збирало детальну фенотипову інформацію для дихальної системи [13]. Респіраторні когорти, які існують, зазвичай охоплюють не більше 10 років спостереження [14].

Враховуючи відсутність досліджень протягом усього життя, зосереджених виключно на здоров'ї органів дихання, складно концептуалізувати, як індивід може перейти від ідеального РЗ до проміжного фенотипу порушення РЗ як потенційного, хоча й не універсального, передвісника хронічного респіраторного захворювання, такого як ХОЗЛ або інтерстиціальне захворювання легень. Хоча ймовірно, що перехід від здоров'я до хвороби відбувається з накопиченням факторів ризику, які призводять до порушення здоров'я легень у деяких людей, немає емпіричних даних, які демонструють цей шлях протягом усього життя. В американських дослідженнях численні фактори були визначені як потенційні внески в подвійні аспекти РЗ: резерв і сприйнятливість. Науковці досліджували «когорти народження» з метою виявлення факторів ризику хронічних захворювань легень у ранньому віці, які впливають насамперед на респіраторний резерв здоров'я людини. Дослідження, які вивчають втручання на ранньому етапі життя, щоб вплинути на максимальне РЗ або легеневий резерв, є критично важливими. Такі дослідження можуть бути розроблені навколо результатів, пов'язаних із визначенням функції легень у

той час, коли вона досягає піку в молодому дорослому віці, і, безумовно, сприятимуть зміцненню РЗ та профілактиці захворювань.

Існуючі дослідження факторів РЗ в зрілому віці здебільшого зосереджені на літніх людей і орієнтовані на встановлені респіраторні захворювання. Для визначення факторів, пов'язаних зі схильністю до майбутнього погіршення функції легень, і ключовим моментом відхилення від ідеального до погіршеного здоров'я дихальних шляхів необхідна програма досліджень навколо вивчення РЗ. Група американських дослідників стверджує, що основним фокусом майбутніх досліджень має бути період, що охоплює раннє доросле життя, коли досягається пік функції легень і коли сприйнятливі особи відхиляються від ідеального до погіршеного РЗ [15]. Визначення факторів, які передбачають сприйнятливість, дозволить ідентифікувати сурогатні маркери ідеального РЗ у дорослому житті.

Хоча парадигма ідеального серцево-судинного здоров'я може слугувати корисною парадигмою для розробки визначення РЗ, сукупність доказів, доступних дослідницькому співтовариству серцево-судинних захворювань, багатша, ніж ті, які доступні спільноті дослідників дихання. Потрібні нові далекоглядні епідеміологічні дослідження, щоб краще окреслити, як різноманітні фактори можна включити у всеосяжне визначення РЗ.

Важливим напрямом пульмонологічної допомоги (далі – ПД) населенню є легенева реабілітація. Легеневу реабілітацію було визначено як «комплексне втручання, засноване на ретельній оцінці пацієнта з подальшим індивідуальним лікуванням, яке включає, але не обмежується тренуваннями, освітою, зміною поведінки, призначеними для покращення фізичного та психологічного стану людей з хронічними респіраторними захворюваннями та сприяти тривалому дотриманню поведінки, що зміцнює здоров'я» [16]. Загальна мета легеневої реабілітації полягає в «поверненні пацієнта до найвищої можливої дієздатності та сприянні досягненню індивідуального максимального рівня незалежності та функціонування в суспільстві» [17].

Легенева реабілітація, запропонована як наріжний камінь майбутнього лікування ХОЗЛ [18], забезпечує відповідне налаштування, що вирішує складність, описану вище, пропонуючи персоналізований, цілісний підхід, який спочатку обговорювався понад 40 років тому. У 1974 році Американський коледж тестологів визначив легеневу реабілітацію як індивідуально підібрану мультидисциплінарну програму шляхом точної діагностики, терапії, емоційної підтримки та навчання [19]. У 1994 році Національний інститут охорони здоров'я США визначив легеневу реабілітацію як багатовимірний континуум послуг для пацієнта та сім'ї, що надаються інтегрованою командою спеціалістів у взаємодоповнюючих дисциплінах.

Легенева реабілітація – це динамічне, індивідуальне, інтегроване втручання, яке потребує повного спектру (медичних) знань, технічних навичок і спеціалізованих засобів для лікування ретельно визначених ознак, що піддаються лікуванню. Його пропонує спеціальна команда, яка працює в межах, а також між дисциплінами, щоб реалізувати індивідуальні цілі унікального пацієнта. Відповідний відбір пацієнтів і комплексна оцінка є вирішальними для успішного лікування. Початком кожної програми легеневої реабілітації має бути ретельне визначення ознак, які піддаються лікуванню, і цілей лікування. Залежно від ступеня складності складається модульна програма лікування. Кожна індивідуальна програма супроводжується вимірюванням результатів у різних сферах.

ХОЗЛ стає все актуальнішою проблемою сучасної пульмонології та охорони громадського здоров'я в цілому як важлива соціально значуща проблема.

Актуальності цій проблемі додає необхідність боротьби з туберкульозом, що є пріоритетом XXI ст. за визначенням ООН. Хоча ця хвороба має інфекційний характер та не входить до переліку пульмонологічної сфери, у 90% людей туберкульоз вражає легені, отже є дотичним до фокусу означеної проблеми.

Теоретичне підґрунтя роботи складають наукові праці за такими напрямками: перспективи розвитку пульмонології та респіраторної медицини; публічне управління реформуванням системи громадського здоров'я в Україні; особливості реалізації медичної реформи в постковідний та повоєнний час, державна політика в сфері охорони здоров'я [20].

Зокрема, на думку А. Неугоднікова, «негативними ознаками публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я передусім є відсутність чіткого алгоритму притягнення до відповідальності суб'єктів публічного адміністрування. Зокрема це стосується закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) та відсутності структуризації охорони здоров'я за конкретними напрямками досягнення такого стану» [21, с.63]. М. Долгих аналізує проблему формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я та стверджує, що це «є важливим не тільки для системи охорони здоров'я, а й для кожного громадянина та національної безпеки держави» [22, с.16].

На думку І. Демченка, «В Україні в процесі реформування національної системи охорони здоров'я питання громадського здоров'я набувають нового значення» [23]. Досліджуючи теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України через упровадження наукових засад формування ефективної системи публічного управління, С.І. Кучеров та Я.Ф. Радиш зазначають, що у центрі уваги громадського здоров'я є запобігання і управління захворюваннями, травмами та іншими станами, пов'язаних зі здоров'ям, шляхом нагляду і пропагування здорового способу життя, здорових громад та навколишнього середовища [24]. На думку Л.Р. Криничко, громадське здоров'я є особливою сферою державного управління як складова людського капіталу держави, що характеризує рівень її економічного, соціального та екологічного розвитку держави та впливає на усі сфери суспільного життя [25]. Сучасні наукові розробки у зазначеній сфері спираються на висновки фундаторів напряму досліджень державного управління у сфері охорони здоров'я – Д. Карамішева [26], З. Надюка [27], Я. Радиша [28], І Хожило [29], Н. Ярош [30]

та інших. Крім того, питання медичної реформи розглядаються у працях Є. І. Бородіна [31], Н.А. Липовської [32], Т.В. Маматової [33] тощо. У дослідженнях громадського здоров'я пріоритетом проблемного поля має стати найважливіше уточнення. У ньому слід визначити центр, коло профільних питань, відповіді на які мають вирішальне значення як для формування концепції громадського здоров'я, так і для коригування або розробки практичних підходів і рекомендацій до системи управління охороною здоров'я. Категоріальний апарат досліджень здоров'я вже розробляється, але сьогодні потрібно збагатити його в плані звернення до тенденцій повоєнного відновлення українського суспільства і потреб соціально спрямованого розвитку охорони здоров'я, зокрема респіраторного.

Слід зазначити, що серед тематики дисертаційних досліджень у період 2016 – 2021 рр., коли розпочалась підготовка докторів філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» проблеми державного/публічного управління/політики у сфері охорони здоров'я мають невисоку питому частку – 6 зі 130 оголошень (Табл.1.1).

Таблиця 1.1

Теми дисертаційних досліджень докторів філософії за спеціальністю 281. Публічне управління та адміністрування з фокусом на медичну проблематику

ІМ'Я здобувача	Тема дисертації
Ізраел О. І.	Удосконалення публічного адміністрування в системі охорони здоров'я
Кризина О.В.	Механізми державного управління патологоанатомічною службою України в умовах реформування сфери охорони здоров'я
Малонога С. О.	Механізми інфраструктурної трансформації екстреної медичної допомоги України в умовах цифровізації
Долгіх М. В.	Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я
Шевцов В. Г.	Удосконалення механізмів державного регулювання комунального сектору стоматологічної допомоги населенню в Україні
Савіна Т. В.	Формування публічної політики з підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я України

Складено авторкою за оголошеннями про захист, оприлюдненими на сайті МОН

Серед докторських дисертацій, поданих до захисту протягом 2018 – 2021 рр., частка проблематики така ж – 11 зі 149 (Табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Теми дисертаційних досліджень докторів наук в галузі «Державне управління» з фокусом на медичну проблематику

ПІБ здобувача наукового ступеня доктор наук з державного управління	Тема дисертації
Гавриченко Д. Г.	Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України
Мотайло О. В.	Трансформація державного управління системою охорони здоров'я як структурної складової державної безпеки
Криничко Л. Р.	Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування
Чорний О.В.	Формування та реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів пандемії
Дідок Ю. В.	Державне управління розвитком ветеринарної медицини в Україні
Худоба О. В.	Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації
Зима І. Я.	Механізми державного управління інституційною трансформацією системи охорони здоров'я
Кланца А. І.	Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави
Вовк С. М.	Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я
Долот В. Д.	«Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України
Кульгінський Є. А.	Стратегії розвитку державного управління системою охорони суспільного здоров'я в Україні в контексті європейської інтеграції

Складено авторкою за оголошеннями про захист, оприлюдненими на сайті МОН

Чимала кількість досліджень присвячена питанням реалізації медичних послуг в Україні в умовах пандемії COVID-19. Зокрема, це роботи І.І. Хожило [34], Т. Блащук [35], І.О.Парубчака, Н.Б. Радуха [36], О.В. Чорного [3], П. Ковтонюка та ін. [37].

Однак проблематика управління у сфері розвитку пульмонологічної служби зустрічається досить рідко в полі вітчизняного наукового дискурсу. Все вищезначене підтверджує необхідність здійснення такого дослідження.

У 2017 р. вийшла праця М. І. Линника та співавторів «Порівняльні дані

про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2010-2016 рр.» [38], в якій було викладено статистичні дані за 7-річний період щодо багатьох важливих показників діяльності пульмонологічної служби.

Відповідно до отриманих статистичних даних було визначено значне скорочення кількості лікарів-пульмонологів та закладів, які мають пульмонологічні кабінети, разом із тим, спостерігають тенденцію до зростання показників розповсюдженості, захворюваності та смертності на основні інвалідизуючі хвороби органів дихання (далі – ХОД).

Значному розвитку пульмонологічної науки і практики в Україні в останні роки сприяють:

- інтеграція українських і зарубіжних фахівців в рамках Європейського респіраторного товариства, що дало новий поштовх глобалізації в пульмонології;

- прийняття міжнародних та національних клінічних стандартів та стандартів з БА, ХОЗЛ, пневмонії, які забезпечили єдиний інформаційно-освітній простір для лікарів різних спеціальностей у різних регіонах країни;

- створення та періодичне перевидання нових версій звіту робочої групи міжнародної програми GINA – «Глобальна стратегія лікування і профілактики БА» і GOLD – «Глобальна стратегія діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ»;

- формування Глобального альянсу ВООЗ з респіраторних захворювань (GARD) та здійснення його програмної діяльності в Україні;

- розробка стандартів, положень та методичних документів, що регламентують стратегію і методологію забезпечення якості ПД.

ХОД залишаються однією з головних проблем охорони здоров'я і медичної науки України та усього світу. Наслідки пандемії COVID-2019 лише підкреслили актуальність і необхідність постійного оновлення знань з питань респіраторної медицини.

Наукові дослідження в сфері пульмонології та фтизіатрії в Україні мають давню історію. В 2022 р. відзначив 100-річчя Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського (НІФП) – єдина головна науково-дослідна установа в Україні, яка займається різнобічними науковими, науково-дослідними та організаційно-методичними аспектами удосконалення фтизіатричної та ПД населенню. Головною метою існування НІФП є проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень, координація планування і виконання наукових досліджень, які проводяться іншими установами, а також науково-методичне керівництво лікувально-профілактичними ЗОЗ України в галузі фтизіатрії і пульмонології [39].

У 2024 р. виповнюється 100 років кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольца.

У 2021 р. на базі Дніпровського державного медичного університету було започатковано проведення мультидисциплінарної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Респіраторні читання 2021» [40].

Проблема РЗ вивчається багатьма профільними науковцями. «Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція» – український медичний журнал, який публікує результати фундаментальних досліджень у галузі фтизіатрії, пульмонології та інфектології, висвітлює науково-медичну і соціальну проблематику ВІЛ-інфекції/СНІД та захисту РЗ.

Слід відзначити також таку важливу наукову платформу для розвитку та презентації респіраторних досліджень в Україні, як «Український пульмонологічний журнал», основним завданням якого є оприлюднення наукових статей з метою поширення інформації про новітні досягнення вітчизняних і зарубіжних вчених в галузі пульмонології, фтизіатрії, клінічної алергології та імунології, методах діагностики і лікування відповідно до міжнародних стандартів [41].

Новий час, який розпочався після повномасштабного вторгнення росії в Україну, потребує нових досліджень. Особливу увагу у цьому контексті заслуговує робота М. Г. Проданчук, А. В. Басанець, Н. В. Курділь [22], в якій

здійснено аналіз епідеміологічних та клінічних даних щодо факторів забруднення атмосферного повітря на території воєнних дій та пов'язаних з їхнім впливом порушень стану бронхолегеневої системи у військових та цивільного населення.

Респіраторна проблематика отримала значний розвиток в останні роки, незважаючи на соціальні та економічні труднощі. За останні двадцять років проведено ряд організаційних заходів з метою активізації науково-практичної роботи в галузі пульмонології. У багатьох регіонах ведеться активна робота з організації ПД допомоги, створення мережі спеціалізованих пульмонологічних установ, розробка цільових комплексних програм розвитку пульмонології. Впроваджуються нові методи діагностики, лікування та профілактики хронічних ХОД. Значно покращилася якість діагностики, лікування та профілактики таких захворювань, як бронхіальні захворювання, БА, ХОЗЛ, пневмонія.

На сьогодні створені гарні передумови для подальшого розвитку ПД пацієнтам. Провідна роль в цій роботі належить НІФП [39]. НІФП здійснює науково-дослідну та науково-методичну діяльність у сфері фтизіатрії та пульмонології; підготовку висококваліфікованих наукових кадрів; надання високо спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз та інші ХОД. В 1922 році був створений як Київський туберкульозний інститут. Одним із його засновників був проф. Ф.Г. Яновський, ім'я якого було присвоєно інституту в 1928 р. Очолює інститут вже 30 років поспіль академік НАМН України, доктор медичних наук, професор Ю. І. Фещенко. Основними науковими напрямками діяльності інституту є профілактика, діагностика, диференційна діагностика, консервативне та хірургічне лікування туберкульозу і неспецифічних захворювань легень; епідеміологічні та організаційно-методичні проблеми фтизіопульмонології; патофізіологія дихання і кровообігу, імунологічні, генетичні та біохімічні аспекти реактивності при туберкульозі та неспецифічних захворювань легень [42].

За даними Г.Л. Гуменюк, вітчизняні вчені подали на Конгрес

Європейського респіраторного товариства 2022, який відбувся у Барселоні 67 рефератів наукових доповідей: 63 з різних проблем пульмонології та 4 – з фтизіатрії. Найбільша кількість українських робіт – 24 – була присвячена проблемам COVID-19, 17 – питанням ХОЗЛ, три було з питань БА. Відзнакою цього року стала тісна співпраця українських пульмонологів з колегами з Європи, країн Північної та Південної Америки та Африки [43].

Вивчення умов та якості надання ПД на рівні первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД) та спеціалізованих послуг дало можливість визначити організаційно-методичні механізми її вдосконалення ефективності в системі ПМСД, сформулювати рекомендації щодо вдосконалення її розвитку. На основі системного аналізу факторів, що впливають на організацію та ефективність надання ПД, визначено пріоритетні механізми та інструменти вдосконалення ПД, практичний досвід їх впровадження, що дозволило забезпечити його ефективність на регіональному рівні.

Оцінка цього досвіду свідчить про те, що організаційно-методичне забезпечення системи організації медичної допомоги респіраторним хворим з використанням інформаційно-освітніх ресурсів, доступність та якість ПД є важливою передумовою та однією з головних умов підвищення її ефективності. Як показують дані проведених досліджень, робота щодо вдосконалення організації ПД населенню, модернізації системи надання медичної допомоги пацієнтам з ХОЗЛ, є основою для прогнозування та досягнення позитивних результатів у діяльності державних органів та ЗОЗ, спрямовані на підвищення якості та ефективності ПД.

Сучасний підхід до охорони здоров'я вимагає включення заходів зміцнення здоров'я в респіраторну медицину як основи профілактики захворювань. Щоб виконати цей мандат, ми вважаємо, що науково-дослідне співтовариство органів дихання має надати пріоритет розробці комплексного визначення РЗ. Ключові фактори, що стосуються РЗ, належатимуть до двох широких категорій: фактори, що впливають на максимальне РЗ або

легеневий резерв, і фактори, що впливають на швидкість зниження функції легень у дорослому віці або сприйнятливість. Досягнення консенсусу щодо цих ключових факторів РЗ полегшить ідентифікацію сурогатних результатів для використання як практичних кінцевих точок у дослідженнях, спрямованих на уповільнення або зворотне виникнення порушень РЗ і запобігання хронічним ХОД. Хоча зміцнення здоров'я є ключовою метою запобігання хронічним ХОД, підвищення нашої здатності виявляти порушення РЗ на якомога більш ранній стадії також дозволить розробити стратегії перехоплення хронічних ХОД до того, як вони стануть клінічно очевидними.

Безумовно, ці важливі завдання обумовлюють необхідність пошуку стратегічних напрямів публічного управління у сфері забезпечення РЗ населення в Україні, яке ми визначаємо як комплекс цілеспрямованих впливів на системи профілактики, діагностики, лікування та контролю хвороб органів дихання, в т.ч. ідентифікація факторів ризику втрати здоров'я дихальних шляхів та розширення ефективних профілактичних заходів для його підтримки.

1.2. Міжнародні стандарти захисту респіраторного здоров'я

Останні десятиліття ХХ століття і початок ХХІ століття в світі характеризуються зростанням гострих інфекційних і хронічних ХОД, що відображено в офіційних документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і в ряді ініціатив професійного співтовариства (ERS – European Respiratory Society, APSS – Asia-Pacific Respiratory Society). У той же час поширеність патології дихальної системи має глобальний характер, що займає одну з провідних позицій у структурі захворюваності, інвалідності та смертності населення [44, 45, 46, 47, 48, 49]. Але ці обставини стали потужним стимулом для розвитку респіраторної медицини і пульмонології.

За даними ВООЗ, однією з найважливіших проблем зі здоров'ям є

ХОЗЛ [44, 47, 50]. Незважаючи на те, що ХОЗЛ привертає все більше уваги з боку медичної спільноти, захворювання залишається відносно невідомим або мало значущим для населення в цілому, а також посадових осіб охорони здоров'я та урядових структур [44].

З метою привернення уваги до проблеми, її лікування та профілактики, в 1998 році під егідою ВООЗ була утворена «Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень» (GOLD) Першим кроком у програмі GOLD стала підготовка консенсусного звіту робочої групи «Глобальна стратегія діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ», опублікованого в 2001 році [52].

У зв'язку з цим ще одним важливим документом, що визначає стратегію надання медико-профілактичної допомоги населенню в галузі пульмонології, є рекомендації міжнародного професійного співтовариства для лікарів загальної практики та пульмонологів за діагностичними критеріями, методам раннього виявлення, ефективного лікування та профілактики хворих на ХОЗЛ (GOLD) [52].

П'ятдесят третя Асамблея ВООЗ, оцінивши важкі наслідки хронічних ХОД, звернулася до Генерального секретаря ВООЗ з проханням визначити їх профілактику і боротьбу з ними пріоритетними напрямками та, за підтримки світової спільноти, координувати співпрацю для мобілізації ресурсів, просування і проведення спільних досліджень (Резолюція ВООЗ 53.17, видана в травні 2000 року і підписана всіма державами-членами ВООЗ, всього 191 країна). Для розробки єдиного комплексного підходу до лікування, діагностики, профілактики та контролю хронічних респіраторних інфекцій ВООЗ провела чотири консультативні зустрічі для інформування учасників про створення Глобального альянсу проти хронічних ХОД (GARD) [51, 53].

Глобальний альянс проти хронічних ХОД (далі – GARD) є добровільним альянсом національних та міжнародних організацій, установ, які працюють над спільною метою сприяння здоров'ю органів дихання у

всьому світі.

Спеціальні завдання GARD:

- запропонувати поетапну комплексну програму профілактики та боротьби з хронічними ХОД та респіраторними алергіями, яким можна запобігти;
- сприяння гармонізації окремих програм, що реалізуються ВООЗ та іншими організаціями;
- підвищити обізнаність про хронічні ХОД та полегшити їх тягар, а також підтримати окремі ініціативи, адаптовані до місцевих потреб;
- приділяти особливу увагу потребам країн, що розвиваються, і соціально вразливих груп;
- забезпечити наявність лікарських засобів та відповідних методик діагностики та контролю хронічних ХОД;
- забезпечити необхідну підготовку медичних працівників;
- навчати та інформувати пацієнтів й їхні родини про ХОД.

На думку експертів GARD, для ефективного контролю хронічних респіраторних захворювань необхідно: зробити боротьбу з ХОД пріоритетом громадського здоров'я в усіх країнах світу; забезпечити, щоб уряди, засоби масової інформації, пацієнти та медичні працівники повністю усвідомлювали серйозність проблеми та поширювали відповідну інформацію про шляхи її вирішення.

ХОД накладають величезне навантаження на суспільство. За даними Всесвітньої доповіді про здоров'я ВООЗ за 2020 рік, на п'ять основних ХОД припадає 17,4% всіх смертей та 13,3% всіх років життя з урахуванням інвалідності. Інфекції нижніх дихальних шляхів, ХОЗЛ, туберкульоз та рак легень є одними з 10 провідних причин смерті у всьому світі. Частково виходячи з демографічних змін у країнах, що розвиваються, а також зі змін у системах охорони здоров'я, шкільній освіті, доходах та вживанні тютюну, тягар інфекційних захворювань, ймовірно, зменшиться, тоді як тягар ХОД, включаючи астму, ХОЗЛ та рак легень, збільшиться через вживання тютюну

та старіння населення, а також відтерміновані наслідки COVID-19.

До цього часу оцінки ХОЗЛ базувалися в основному на статистиці смертності. Вони надають оманливі цифри, оскільки ХОЗЛ недостатньо діагностується і часто не вказується ні як основна, ні як супутня причина смерті. Оцінки поширеності вимагають вимірювання обструкції повітряного потоку. Отже, небагато країн мають хороші популяційні дані про поширеність ХОЗЛ. Тим не менш, оцінки показують, що смертність та інвалідність через ХОЗЛ зростають у більшості регіонів серед чоловіків та жінок.

БА, маючи відносно низький рівень смертності, привертає менше уваги, ніж інші респіраторні захворювання, незважаючи на те, що вона вражає близько 150 мільйонів людей у всьому світі і є найбільш поширеним хронічним захворюванням в дитячому віці. Висока поширеність дитячої БА, що спостерігається протягом останніх десятиліть, передбачає зростання поширеності БА в найближчому майбутньому, якщо не буде вжито відповідних профілактичних заходів.

Якщо повернутися до власне респіраторних, неінфекційних захворювань, то серед них провідне місце займає БА, яка на сьогодні є серйозною соціально-економічною проблемою. Люди різного віку по всьому світу страждають від цього хронічного респіраторного захворювання, яке, якщо його не лікувати ефективно, може значно обмежити якість життя пацієнтів і навіть призвести до смерті. У зв'язку з цим провідні фахівці європейської дихальної Глобальної ініціативи з астми (GINA) розробленої Американським торакальним товариством з метою поширення інформації про підходи до лікування хворих на БА, оприлюднили впровадження результатів наукових досліджень у стандарти лікування БА. Дані GINA регулярно переглядаються, оновлюються і використовуються в якості стратегічної концепції для формування програм діагностики, лікування та профілактики захворювання [54].

Сучасна концепція ведення хворих на БА відповідно до рекомендацій

GINA зумовлена не стільки ступенем тяжкості пацієнтів, скільки контролем захворювання. У зв'язку з цим «метою лікування БА є досягнення і підтримка контролю над захворюванням, який визначається як сукупність індивідуальних показників» [53]. Недостатній контроль захворювання призводить до зниження якості життя, необхідності госпіталізації пацієнтів. Відсутність контролю захворювань призводить до неефективного використання ресурсів охорони здоров'я, а також збільшення непрямих витрат через інвалідність та передчасну смертність.

БА, на думку фахівців, можна легко контролювати, а люди здатні вести цілком нормальне життя при належному лікарському спостереженні. У багатьох країнах створення системи контролю БА дозволило знизити смертність через БА та знизити рівень госпіталізації [55]. Наприклад, в результаті освітньої програми рівень госпіталізації зменшився на 35%, кількість візитів до лікаря з приводу БА – на 27%, а кількість амбулаторних прийомів – на 19% [54].

Глобальна стратегія профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями, розроблена у відповідь на глобальну загрозу, яку становлять неінфекційні захворювання та схвалена П'ятдесят третьою Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, посилається на ХОЗЛ як одну з чотирьох пріоритетних груп захворювань, що підлягають вирішенню.

Фактори, що сприяють тягарю ХОД:

– Множинні детермінанти служать для збільшення тягара ХОД. Прямий і непрямий вплив тютюнового диму є основним фактором ризику його розвитку. У глобальному масштабі 5,4 мільйона осіб вмирають від тютюнової епідемії кожен рік – більше, ніж від ВІЛ/СНІДу, малярії та туберкульозу разом узятих. У Європі паління є причиною до 21% всіх випадків смерті. У середньому 24% молодих людей у віці 15 років палять щотижня [56]. Інші важливі фактори включають сильний вплив забруднення повітря, отриманого з внутрішніх і зовнішніх джерел, розлади, пов'язані з професією, недоїдання і низьку вагу при народженні, а також множинні ранні

інфекції легень.

– Дослідження, проведені протягом останніх трьох десятиліть, надають все більше доказів збільшення atopічних захворювань і сенсibilізації до поширених алергенів. Найбільш швидко поширеність БА зростає серед дітей, особливо там, де відбувається урбанізація. Досліджуються такі фактори, як вплив тютюнового диму, житло з поганою вентиляцією, алергени в приміщенні, вірусні інфекції, забруднення зовнішнього повітря, хімічні подразники. І навпаки, існують докази того, що чистіше навколишнє середовище, присутнє в сучасних містах, недостатньо стимулює постнатальну імунну систему, що призводить до надмірної сенсibilізації.

– Через інші пріоритети ХОД не отримують уваги та послуг, необхідних у багатьох країнах, що розвиваються, для запобігання та належного управління ними. Невжиття заходів призводить до збільшення масштабів.

– Бідність, яка охоплює значну частину населення світу, визначає тип доступного житла, рівень харчування, рівень освіти та види професій, доступні людям, і все це може негативно позначитися на стані здоров'я. Соціально-економічні фактори відіграють важливу роль у збільшенні поширеності та тяжкості захворювання через екологічні детермінанти, а також можуть призвести до несприятливих наслідків для здоров'я, викликаних відсутністю доступу до належної медичної допомоги.

Мета Глобальної стратегії ВООЗ з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями полягає в тому, щоб підтримати держави-члени в їх зусиллях щодо зниження кількості випадків захворюваності, інвалідності та передчасної смертності, пов'язаних з хронічними ХОД, зокрема ХОЗЛ та БА.

Виходячи з Глобальної стратегії профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями, цілями стратегії ВООЗ щодо ХОД є:

– Краще спостереження для картографування масштабів хронічних

ХОД та аналізу їх детермінант з особливим урахуванням бідних та неблагополучних груп населення, а також для моніторингу майбутніх тенденцій.

– Первинна профілактика для зниження рівня впливу окремих осіб та популяцій на загальні фактори ризику, зокрема тютюн, погане харчування, часті інфекції нижніх дихальних шляхів у дитинстві та забруднення навколишнього середовища (внутрішнє, зовнішнє та професійне).

Вторинна та третинна профілактика для зміцнення охорони здоров'я людей з хронічними ХОД шляхом визначення економічно ефективних втручань, підвищення стандартів та доступності медичної допомоги на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Існують основні перешкоди у створенні ефективних програм профілактики та контролю. Досвід показав, що для подолання цих бар'єрів необхідно вжити таких заходів:

– зміцнення партнерських відносин між системами охорони здоров'я та іншими верствами суспільства (урядовими та неурядовими організаціями у сфері респіраторної медицини, міжнародних установ, природоохоронних установ, промисловості та шкіл);

– розробка загальноприйнятих критеріїв діагностики ХОД;

– інтеграція профілактики ХОД у комплексну програму профілактики неінфекційних захворювань, засновану на спільності факторів ризику та профілактичних підходах;

– розробка та оцінка відтворюваних та недорогих методологій моніторингу ХОД, придатних для використання в країнах, що розвиваються;

– виявлення та усунення бар'єрів для доступності ліків та основних пристроїв, розробка підходів до покращення доступності основних лікарських засобів у країнах з низьким рівнем доходу, розробка та впровадження дослідження ліків та пристроїв для ХОД, доступність і ціноутворення в країнах з низьким і середнім рівнем доходу;

– виявлення прогалин в існуючих керівних принципах,

використання методологій розробки настанов, які є доказовими та враховують міркування охорони здоров'я, такі як економічна ефективність та техніко-економічне обґрунтування, особливо в країнах, що розвиваються, використовуючи нещодавно розроблені керівні принципи як раціональні підстави для включення лікарських засобів до Переліку основних лікарських засобів;

- посилення досліджень первинних та вторинних профілактичних втручань у ХОД;

- визначення пріоритетів досліджень, які повинні включати, крім стратегій профілактики, терапевтичні схеми, альтернативні системи доставки ліків, традиційну медицину та альтернативні терапевтичні підходи;

- встановлення та сприяння партнерським відносинам з професійними, науковими та освітніми установами для просування та реалізації ініціативи. Ініціювання досліджень економічної ефективності, пов'язаних зі зменшенням факторів ризику та вторинними профілактичними заходами щодо ХОД з акцентом на розширення можливостей медичних працівників за межі традиційної орієнтації на невідкладну допомогу при інфекційних ХОД;

- адаптація існуючих керівних принципів профілактики та лікування ХОД до потреб країн, що розвиваються, та адаптація їх до ПМСД. Використання окремих рекомендацій щодо захворювань може стати непрактичним в установах ПМСД, що характеризуються великим щоденним навантаженням. Необхідно вивчити можливість синдромного підходу до вирішення респіраторних симптомів;

- підвищення потенціалу систем охорони здоров'я у відповідь на потреби охорони РЗ. Доступні стандарти охорони здоров'я для людей із ХОД повинні бути доступними для всіх груп населення. Медичні працівники повинні мати доступ до обладнання та витратних матеріалів, необхідних для діагностики та лікування, а пацієнти потребують доступу до основних лікарських засобів. Роль медичних працівників у сприянні заходам

профілактики, таким як відмова від тютюну, імунізація та лікування гострої інфекції нижніх дихальних шляхів та туберкульозу, повинна бути посилена.

Для кількісної оцінки та відстеження ХОД та покращення порівнянності між державами-членами існує потреба стандартизувати епідеміологічні методи та розробити єдиний набір діагностичних критеріїв/інструментів.

Національні системи епіднагляду повинні в першу чергу зосереджуватися на моніторингу наступного, враховуючи важливість розробки та впровадження простих методологій забезпечення об'єктивних вимірювань тенденцій:

- які викликають специфічну смертність;
- поширеність факторів ризику;
- певні дані про захворюваність, такі як госпіталізація та консультації через загальні ХОД, а також терапевтичні тенденції.

Повинні бути прийняті стандартні показники. Вони можуть включати вимірювання функції легень, прогресування захворювання, прогули в школі або на роботі, а також госпіталізації.

Елементи структури охорони здоров'я, які також можна контролювати для оцінки якості медичної допомоги, включають доступність ліків, вартість та якість, наявність місцевих керівних принципів та політик, а також рівень підготовки медичних працівників.

Первинна профілактика ХОЗЛ вимагає зменшення або уникнення особистого впливу загальних факторів ризику, який слід починати під час вагітності та дитинства. Уникнення прямого і непрямого впливу тютюнового диму має першочергове значення не тільки для здорових легень, але і в якості профілактичного заходу для інших трьох пріоритетних неінфекційних захворювань (серцево-судинні захворювання, рак та діабет), визначені в Глобальній стратегії профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями. Інші спільні фактори ризику, на які слід звернути увагу, включають низьку вагу при народженні, погане харчування, гострі

респіраторні інфекції раннього дитинства, забруднювачі повітря в приміщеннях і на відкритому повітрі, а також фактори професійного ризику.

Щоб первинна профілактика була ефективною, необхідно активно залучати інші сектори в громаді. Це виходить за межі роботи та можливостей будь-якої системи охорони здоров'я досягти змін екологічних стандартів, які є необхідними, якщо хтось має намір зменшити схильність населення детермінантам хвороб та ризикам забруднення. Крім того, населення повинно бути повністю поінформоване про те, що являє собою здоровий спосіб життя, наприклад, здорові харчові звички, регулярні фізичні вправи та уникнення тютюну, подразників дихальних шляхів та алергенів.

При БА первинна профілактика передбачає запобігання сенсibilізації до факторів, які згодом можуть викликати захворювання. На додаток до згаданих, з'являється все більше доказів того, що алергічна сенсibilізація, яка є найбільш поширеним попередником розвитку БА, може відбуватися антенатально. Таким чином, сучасні знання з первинної профілактики вимагають акценту на здоров'я, харчуванні та навколишньому середовищі вагітної жінки і новонародженої дитини. Однак необхідні додаткові дослідження, перш ніж можна буде встановити ефективні стратегії первинної профілактики БА.

Раннє виявлення професійної БА є життєво важливим для запобігання подальшому прогресуванню та забезпечення економічно ефективного лікування. Були запропоновані програми раннього виявлення ХОЗЛ, але їх економічна ефективність ще не повністю оцінена. Хоча довгострокове зниження функції легень може бути незворотним, ефективне лікування, включаючи відмову від паління, легеневу реабілітацію та зменшення особистого впливу шкідливих речовин можуть зменшити симптоми, поліпшити якість життя і підвищити фізичну форму. Крім того, дані вказують на те, що вакцинація проти грипу є економічно ефективним втручанням для пацієнтів з ХОЗЛ.

БА, хоча і не виліковна, є захворюваністю, якій можна запобігти. Це

також відомий фактор ризику ХОЗЛ. Вторинна і третинна профілактика передбачає уникнення алергенів і неспецифічних тригерів. Було показано, що оптимальне фармакологічне лікування, що включає використання протизапальних препаратів, є економічно ефективним у боротьбі з БА, запобіганні розвитку хронічних симптомів та зниженні смертності.

Пріоритети для ВООЗ включають:

- розробка та оцінка відтворюваних та недорогих методологій моніторингу ХОЗЛ, придатних для використання в країнах, що розвиваються;

- виявлення та усунення бар'єрів для доступності ліків та основних пристроїв, розробка підходів до покращення доступності основних лікарських засобів у країнах з низьким рівнем доходу, розробка та впровадження дослідження наявності ліків та пристроїв для респіраторних захворювань та ціноутворення в країнах з низьким та середнім рівнем доходу;

- виявлення прогалин в існуючих керівних принципах, використання методологій для розробки керівних принципів, які є науково обґрунтованими та враховують міркування охорони здоров'я, такі як економічна ефективність та техніко-економічне обґрунтування, особливо в країнах, що розвиваються;

- посилення досліджень первинних та вторинних профілактичних втручань щодо ХОД;

- визначення апріорних зв'язків досліджень, які повинні включати, крім стратегій профілактики, терапевтичні схеми, альтернативні системи доставки ліків, традиційну медицину та альтернативні терапевтичні підходи;

- встановлення та сприяння партнерським відносинам з професійними, науковими та освітніми установами для просування та реалізації ініціативи.

Ефективні заходи з профілактики та боротьби з ХОЗЛ повинні бути інтегровані в системи охорони здоров'я всіх країн. Національні програми повинні:

- бути всеосяжним, охоплюючи всі три компоненти – нагляд, запобігання та управління;
- інтегрувати первинну профілактику ХОД з ініціативами профілактики інших поширених неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, діабет та деякі види раку;
- залучати державні та приватні системи охорони здоров'я;
- встановити зв'язок між медичними працівниками та школами для інформування дітей про небезпеку тютюнового диму та важливість мінімізації інфекцій нижніх дихальних шляхів;
- забезпечити залучення всіх рівнів постачальників медичних послуг, університетів, пацієнтів, груп підтримки пацієнтів, сторонніх платників та неурядових організацій;
- забезпечити належну підготовку та безперервну освіту з питань профілактики та лікування ХОД;
- сприяти та впроваджувати дослідження для кращого розуміння молекулярних та клітинних патогенних механізмів респіраторних захворювань;
- запровадити механізми сприяння доступу до основних лікарських засобів та дотримання тривалої терапії, особливо для бідних та знедолених людей;
- включати суворий метод оцінки та аудиту систем охорони здоров'я для забезпечення впровадження та перевірки місцевої ефективності.

Основна концепція цих міжнародних документів, опублікованих під егідою ВООЗ, які активно просуваються професійною спільнотою пульмонологів України, полягає в забезпеченні контрольованого перебігу хронічних ХОД та високого рівня якості життя пацієнтів. При цьому, незважаючи на всі вжиті заходи з поширення рекомендацій GINA і GOLD і наявність ефективних препаратів, дані міжнародних досліджень свідчать про низький рівень контролю БА і ХОЗЛ в багатьох країнах, включаючи Україну.

1.3. Показники, критерії та методи управління якістю медичної допомоги

Головною метою державної політики у сфері охорони здоров'я населення і, водночас, однією з найбільш складних для вирішення проблем охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства є поліпшення здоров'я населення, забезпечення доступності та якості медичної допомоги [20].

Слід зазначити, що ВООЗ визначила якість в охороні здоров'я як основне завдання однієї зі своїх програм, що підтверджує актуальність питань, пов'язаних з оцінкою та забезпеченням якості медичної допомоги в сучасних умовах. Згідно з визначенням ВООЗ, «Гарантією якості медичної допомоги є надання кожному пацієнту права на комплекс діагностичної та лікувальної допомоги, який би привів до оптимальних результатів для здоров'я пацієнта відповідно до рівня медичної науки» [57].

Виходячи з цього, основним стратегічним напрямком підвищення якості медичної допомоги є забезпечення всіх необхідних умов для того, щоб задовольнити потреби громадян України в якісній медичній допомозі на всіх її етапах, від амбулаторно-поліклінічної до спеціалізованої допомоги. Якість медичної допомоги є одним з найбільш часто цитованих принципів політики в галузі охорони здоров'я, і на сьогодні вона займає чільне місце на порядку денному політиків на національному, європейському та міжнародному рівнях [57; 58, 59, 60]. На національному рівні вирішення питання якості охорони здоров'я може бути мотивовано різними причинами – починаючи від загального зобов'язання до якісного надання медичної допомоги як суспільного блага або відновлення уваги до результатів пацієнтів у контексті популярних ідей охорони здоров'я, заснованих на цінностях, для виявлення конкретних проблем якості медичної допомоги.

Причини (пере)фокусування на якості догляду:

- Сприйняття якісної охорони здоров'я як суспільного блага;

- Зростаюча обізнаність про прогалини в безпечному, ефективному та орієнтованому на людину догляді;
- Зростаюча стурбованість суттєвими відмінностями в практиці стандартів надання медичної допомоги;
- Оновлено акцент на покращенні результатів лікування пацієнтів у контексті популярних нині ідей охорони здоров'я, заснованих на цінностях;
- Очікування від громадськості, ЗМІ та громадянського суспільства зі зростаючим суспільним запитом на прозорість та підзвітність;
- Прагнення до універсального охоплення послугами охорони здоров'я та розуміння того, що покращення доступу без належної уваги до якості не призведе до бажаних результатів для здоров'я населення;
- Зростаюче визнання необхідності узгодження ефективності надання державних та приватних медичних послуг на фрагментованих та змішаних ринках охорони здоров'я;
- Підвищення розуміння критичної важливості надійних послуг для ефективною готовності до епідеміологічних спалахів або інших складних надзвичайних ситуацій.

Висновки Європейської Ради щодо спільних цінностей та принципів у системах охорони здоров'я Європейського Союзу підкреслюють, що «всеосяжні цінності універсальності, доступ до якісної допомоги, справедливості та солідарності були широко визнані в роботі різних інституцій ЄС» [61]. Європейська комісія [58, 62] також визнає якість важливим компонентом ефективності системи охорони здоров'я.

На міжнародному рівні якості приділяється все більша увага в контексті Цілей сталого розвитку (ЦСР), оскільки ЦСР включають прагнення «досягти універсального охоплення послугами охорони здоров'я, включаючи захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медичних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних та доступних основних лікарських засобів та вакцин для всіх». Це відображено у двох звітах ВООЗ,

опублікованих у 2018 році, посібнику з національної політики та стратегій якості [60] та керівництві, спрямованому на полегшення глобального розуміння якості як частини прагнень універсального охоплення послугами охорони здоров'я [57].

Незважаючи на величезну літературну базу та загальне визнання його важливості в системах охорони здоров'я, немає єдиного розуміння терміну «якість медичної допомоги», і існують розбіжності щодо того, що він охоплює.

Визначення якості часто відрізняється в різних контекстах, дисциплінарних парадигмах і рівнях аналізу. Проте, як зазначено в основоположній роботі А. Донабедіана [63], оцінка та покращення якості визначає розуміння того, що це тягне за собою.

Ранні визначення якості охорони здоров'я формувалися майже виключно медичними працівниками та дослідниками медичних послуг. Однак зростає визнання того, що переваги та погляди пацієнтів, громадськості та інших ключових гравців також дуже актуальні [2].

Донабедіан визначив якість у загальних рисах як «здатність досягати бажаних цілей за допомогою законних засобів». Це визначення відображає той факт, що термін «якість» не є специфічним для охорони здоров'я і використовується багатьма різними людьми в різних секторах суспільства. Фактично, широке використання терміну якість частково пояснює плутанину навколо концепції якості охорони здоров'я, коли політики або дослідники використовують цей термін для всіх видів позитивних або бажаних атрибутів системи охорони здоров'я. Однак Донабедіан також дає більш конкретне визначення якості догляду, стверджуючи, що це «догляд, який, як очікується, максимізує інклюзивну міру добробуту пацієнтів після того, як буде враховано баланс очікуваних прибутків і втрат, які супроводжують процес догляду у всіх його частинах» [63].

Визначення Донабедіана цікаве тим, що воно визначає, що якість догляду пов'язана з процесом догляду у всіх його частинах і що метою

високоякісної допомоги є максимізація добробуту пацієнтів. Добробут пацієнта, безумовно, включає стан здоров'я пацієнта (пізніше визначений як такий, що охоплює фізичні, фізіологічні та психологічні виміри) [64]. Однак концепція добробуту пацієнтів також відповідає підходу, який враховує те, що пацієнти вважають важливим. Крім того, визначення Донабедіана визнає природні межі якості та її покращення, підкреслюючи, що в процесі догляду очікуються прибутки та втрати.

Десять років по тому Інститут медицини в США визначив якість медичної допомоги як «ступінь, до якої медичні послуги для окремих осіб і населення збільшують ймовірність бажаних результатів для здоров'я і узгоджуються з сучасними професійними знаннями» [65]. На перший погляд, фокус на «результатах для здоров'я» видається більш обмежувальним, ніж поняття «благополуччя пацієнтів» Донабедіана. Однак, розробляючи визначення, Інститут медицини уточнив, що ці «бажані» результати для здоров'я, як очікується, відображатимуть задоволеність та благополуччя пацієнтів поряд із широким станом здоров'я або заходами щодо якості життя. Визначення Інституту медицини надихнуло на розуміння якості багатьма іншими організаціями в США та на міжнародному рівні.

На відміну від інших популярних визначень якості в охороні здоров'я того часу (включаючи визначення Донабедіана), які в основному стосувалися медичного обслуговування або догляду за пацієнтами, визначення Інституту медицини зосередило увагу на медичних послугах в цілому (оскільки «охорона здоров'я передбачає широкий набір послуг, включаючи гостру, хронічну, профілактичну, відновлювальну та реабілітаційну допомогу, яка надається в багатьох різних умовах багатьма різними медичними працівниками») та окремих осіб та населення (а не пацієнтів), тим самим зміцнюючи зв'язок якості з профілактикою та зміцненням здоров'я. Нарешті, концепція «поточних професійних знань» одночасно посилила рух за доказову допомогу та підкреслила, що концепція якості динамічна і постійно розвивається. У цьому сенсі постачальників можна оцінювати лише за

поточним станом знань, оскільки послуга, яка вважається «хорошої якості» в будь-який момент часу може розглядатися як «поганої якості» у світлі нових ідей та альтернатив.

Визначення якості Радою Європи, опубліковане через сім років після визначення Інституту медицини як частини рекомендацій Ради щодо систем поліпшення якості для держав-членів ЄС, є першим, яке чітко включає міркування щодо аспекту безпеки пацієнта. У ньому стверджується, що якість медичної допомоги – це не тільки «ступінь, до якої відпущене лікування збільшує шанси пацієнта на досягнення бажаних результатів», що в основному повторює визначення Інституту медицини, але й продовжує визначення, що високоякісна допомога також «зменшує шанси на небажані результати» [66]. У цьому ж документі Рада Європи також чітко визначає ряд вимірів якості медичної допомоги – але, як не дивно, не включає безпеку серед них.

Два визначення отримані від Європейської комісії (2010) [67] і від ВООЗ (2018) [60]. На відміну від тих, що обговорювалися досі, обидва ці визначення описують якість, вказуючи три основні виміри або атрибути: ефективність, безпека та чуйність або орієнтованість на пацієнта. Не випадково обидва визначення схожі, оскільки на них сильно вплинула робота проекту ОЕСР «Індикатори якості охорони здоров'я» (HCQI) [68]. Ці останні два визначення цікаві ще й тому, що вони перераховують ряд додаткових атрибутів охорони здоров'я та систем охорони здоров'я, пов'язаних з якістю медичної допомоги, включаючи доступ, своєчасність, справедливість та ефективність. Однак вони зазначають, що ці інші елементи або є «частиною ширшої дискусії» [67], або є «необхідними для реалізації переваг якісної медичної допомоги» [60], чітко відрізняючи основні виміри якості від інших атрибутів належного медичного обслуговування.

Як згадувалося раніше, Донабедіан стверджував, що оцінка та покращення якості медичної допомоги передбачає розуміння того, що вона тягне за собою, а що ні. Різні визначення якості часто вказують на відносно

довгі списки різних атрибутів, які вони визнають частиною якості. Ефективність, безпека пацієнта та чуйність /орієнтованість на пацієнта, здається, стали загальноприйнятими як основні виміри якості догляду. Однак багато визначень – включають такі атрибути, як доречність, своєчасність, ефективність, доступ та справедливість. Це часто стирає межу між якістю медичної допомоги та загальною продуктивністю системи охорони здоров'я.

Ця відмінність ґрунтується на форматі проєкту ОЕСР HCQI, який вперше був опублікований у 2006 році [68]. Метою структури було керівництво розробкою показників для міжнародних порівнянь якості охорони здоров'я. Проєкт HCQI обрав три виміри ефективності, безпеки та орієнтованості на пацієнта як основні виміри якості медичної допомоги, стверджуючи, що інші атрибути, такі як доречність, безперервність, своєчасність і прийнятність можуть бути легко розміщені в цих трьох вимірах. Наприклад, доцільність може бути відображена в ефективності, тоді як безперервність і прийнятність можуть бути поглинені пацієнтоцентричністю. Доступність, ефективність та справедливість також вважалися важливими цілями систем охорони здоров'я. Однак команда HCQI стверджувала, посилаючись на визначення Інституту медицини [65], що лише ефективність, безпека та оперативність є атрибутами охорони здоров'я, які безпосередньо сприяють «збільшенню ймовірності бажаного результату».

Деякі визначення були розроблені для конкретних цілей і це відбивається на їх змісті. Як згадувалося вище, визначення Ради Європи [66] було розроблено для керівництва розвитком систем підвищення якості. Тому не дивно, що воно включає оцінку процесу надання медичної допомоги як елемента якості крім доступності, ефективності, результативності, ефективності та задоволеності пацієнта.

У 2001 році Інститут медицини США опублікував впливовий звіт «Перетинаючи прірву якості», в якому зазначалося, що охорона здоров'я повинна переслідувати шість основних цілей: вона повинна бути безпечною, ефективною, орієнтованою на пацієнта, своєчасною, ефективною та

справедливою [69]. Ці шість принципів були прийняті багатьма організаціями як шість вимірів якості, незважаючи на те, що сам Інститут медицини чітко визначив їх як «очікування ефективності». Наприклад, ВООЗ [70] адаптувала ці принципи як виміри якості у своїх керівних принципах для прийняття стратегічного вибору в системах охорони здоров'я, перетворивши концепцію своєчасності на «доступність», включаючи географічну доступність та прогресивність надання медичних послуг. Однак це сприяло плутанині та дебатам щодо якості порівняно з іншими вимірами продуктивності.

Експертна група Європейської Комісії з ефективних шляхів інвестування в охорону здоров'я також обрала широкий розгляд якості, включаючи виміри доцільності, справедливості та ефективності у своїх рекомендаціях щодо майбутнього порядку денного ЄС щодо якості медичної допомоги у 2014 році [62]. Аналогічним чином, ВООЗ [71] використовувала своєчасність замість доступності, і додала інтеграцію в надання медичної допомоги як вимір високоякісної медичної допомоги, відповідно до підходу, прийнятого Радою охорони здоров'я Канади [72]. Розуміння інтегрованої допомоги як частини пацієнтоцентричності також можна знайти в оновленій версії структури HCQI, опублікованій ОЕСР у 2015 році [73].

Цей довгий і суперечливий список різних вимірів неминуче вносить плутанину щодо поняття якості догляду. Однак концептуальна ясність щодо якості має вирішальне значення, оскільки вона впливатиме на типи політики та стратегій охорони здоров'я, які приймаються для її покращення. Частина плутанини навколо демаркації між якістю медичної допомоги та продуктивністю системи охорони здоров'я виникає через недостатнє розмежування проміжних та кінцевих цілей систем охорони здоров'я та між різними рівнями.

За останні 20 років були розроблені численні межі з метою сприяння кращому розумінню систем охорони здоров'я та забезпечення оцінки ефективності системи охорони здоров'я [74, 75]. Більшість цих меж неявно

або явно включають якість як важливу мету системи охорони здоров'я, але вони відрізняються тим, як вони визначають якість і як вони описують її внесок у загальні цілі системи охорони здоров'я. Особливо впливовою структурою є структура «будівельних блоків» ВООЗ [76] для зміцнення систем охорони здоров'я (рис. 1.1). Структура концептуалізує системи охорони здоров'я з точки зору будівельних блоків, включаючи надання послуг, медичну робочу силу, інформацію, медичні продукти, фінансування та лідерство / управління. Крім того, структура визначає якість та безпеку як проміжні цілі систем охорони здоров'я, разом із доступом та охопленням. Досягнення цих проміжних цілей в кінцевому підсумку сприятиме досягненню загальних цілей системи охорони здоров'я щодо поліпшення здоров'я, реагування, фінансового захисту та підвищення ефективності.

Варто зазначити, що якість та безпека згадуються окремо, тоді як більшість визначень якості, розглянутих вище, включають безпеку як основний вимір якості.

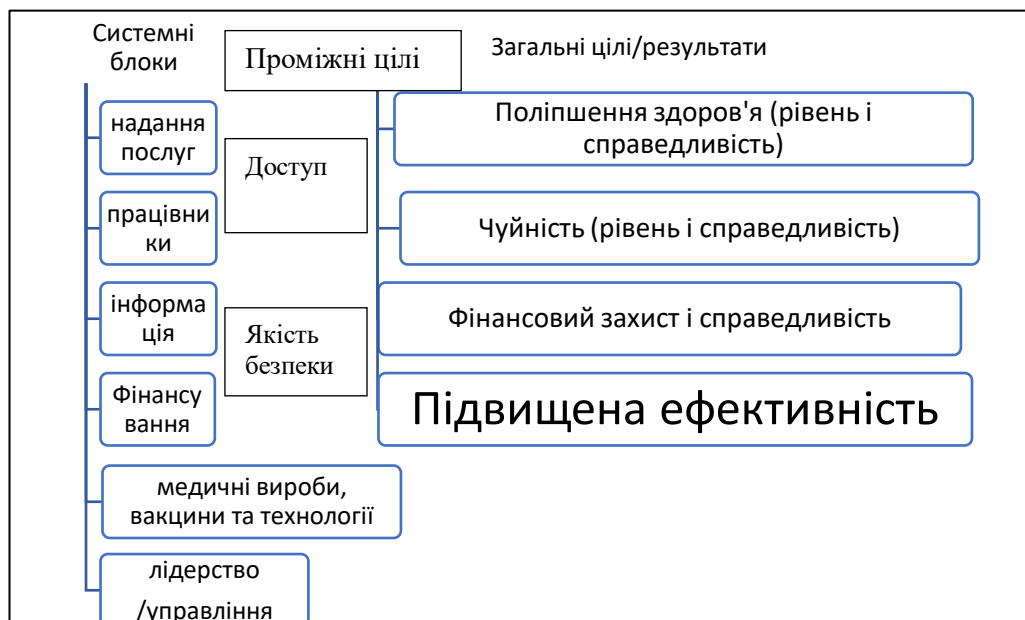


Рис. 1.1. Структура системи охорони здоров'я

Джерело: [86]

Як згадувалося вище, Донабедіан визначив якість у загальних рисах як

«здатність досягати бажаних цілей за допомогою законних засобів» [63]. Поєднання загального визначення якості Донабедіана з структурою будівельних блоків ВООЗ (рис. 1.1), можна стверджувати, що система охорони здоров'я є «високоякісною», коли вона досягає цих (загальних і проміжних) цілей законними засобами. Крім того, Донабедіан підкреслив, що важливо розрізняти різні рівні при оцінці якості охорони здоров'я [77]. Він розрізняв чотири рівні, на яких можна оцінити якість – індивідуальні практики, обстановка догляду, допомога, отримана (і реалізована) пацієнтом, і допомога, отримана громадою. Інші концептуалізували різні рівні, на яких можуть відбуватися розробки політики щодо якості: рівень системи охорони здоров'я (або «макро»), організаційний («мезо») та клінічний («мікро») рівень [78].

Хоча точне визначення рівнів не є важливим, важливо визнати, що визначення якості змінюється залежно від рівня, на якому воно оцінюється. Для простоти науковці сконденсували чотири яруси Донабедіана в два концептуально різних рівня (див. рис. 1.2) [79].



Рис. 1.2 Два рівні якості медичної допомоги

Перший, вузький рівень – це рівень медичних послуг, який може включати профілактичний, гострий, хронічний та паліативний догляд [68].

На цьому рівні, здається, формується консенсус щодо того, що «якість медичної допомоги – це ступінь, до якої медичні послуги для окремих осіб та населення є ефективними, безпечними та орієнтованими на людей» [60].

Другий рівень – це рівень системи охорони здоров'я в цілому. Системи охорони здоров'я є «високоякісними», коли вони досягають загальних цілей поліпшення здоров'я, оперативності, фінансового захисту та ефективності. Багато визначень якості медичних послуг стосуються якості системи охорони здоров'я, оскільки вони включають ці атрибути серед заявлених вимірів якості. Однак таке широке визначення якості медичних послуг може бути проблематичним у контексті покращення якості.

Щоб досягти концептуальної ясності, пропонується залишити використання терміну «якість медичної допомоги» для першого рівня, тобто рівня медичних послуг [79]. Що стосується другого рівня, тобто рівня системи охорони здоров'я, то, здається, існує міжнародна тенденція до використання терміну «продуктивність системи охорони здоров'я» для опису ступеня, до якого системи охорони здоров'я досягають своїх загальних і проміжних цілей.

Рамки для оцінки ефективності системи охорони здоров'я ОЕСР [73] та Європейської комісії [62] включають якість охорони здоров'я на рівні послуг як основний вимір – поряд з іншими елементами ефективності, такими як доступність, ефективність та здоров'я населення. Іншими словами, продуктивність системи охорони здоров'я є кращим терміном для «якості» системи охорони здоров'я (згідно з широким визначенням цього терміну Донабедіаном), а якість медичних послуг є одним з її основних компонентів.

Системи охорони здоров'я повинні забезпечувати як доступ до медичної допомоги, так і якість, щоб досягти кінцевих цілей системи охорони здоров'я. Однак важливо концептуально розрізнити доступ і якість, оскільки для поліпшення доступу потрібні дуже різні стратегії (наприклад, поліпшення фінансового захисту, забезпечення географічної доступності провайдерів) ніж потрібні для поліпшення якості догляду.

На сьогодні технологія управління якістю в сфері охорони здоров'я є послідовним етапом виявлення і формулювання проблем, встановлення та обґрунтування причинно-наслідкових зв'язків, оцінки ефективності послуги, визначення та коригування цілей і завдань для забезпечення ефективної роботи як окремого лікаря, так і ЗОЗ в цілому [80].

У зв'язку з цим оздоровчі програми характеризуються значною кількістю показників і параметрів на вході (витрати) і вихідних (результати). З метою порівняння альтернативних варіантів організаційних заходів проводиться порівняння показників і параметрів. Це завдання вимагає застосування методів багатofакторного аналізу, які дозволяють проводити багатofакторний аналіз оцінок кожної з альтернатив. Наприклад, в якості характеристики можна використовувати динаміку смертності, ускладнень, первинної втрати працездатності, захворюваності, тимчасової втрати працездатності, вартості заходів/програм та інші.

Оцінка якості медичної допомоги – це управлінська процедура визначення її соціальної прийнятності або неприйнятності. При цьому результат оцінки повинен надавати стимулюючий управлінський вплив на суб'єкта медичної допомоги (медичного працівника та/або медичний заклад).

Аналіз теорії та практики управління якістю медичної допомоги дозволяє сформулювати напрямки діяльності щодо її удосконалення та впровадження в практику діяльності організацій та установ охорони здоров'я:

- розробка і впровадження спеціальних систем управління якістю медичної допомоги різних рівнів (робоче місце медичного працівника - ЗОЗ - громада - регіон);
- активне формування та впровадження системи стандартизації (медичні та медико-економічні стандарти, моделі медичної допомоги, протоколи ведення пацієнтів);
- інтенсифікація роботи з використання системи електронних рецептів при забезпеченні лікарськими засобами;

- розвиток системи акредитації медичних установ, в т. ч. створення нормативно-правової бази;
- розвиток матеріально-технічної бази ЗОЗ;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- проведення соціологічних досліджень і використання їх даних при прийнятті управлінських рішень;
- удосконалення системи матеріального стимулювання персоналу ЗОЗ для досягнення високих показників якості наданих медичних послуг.

В умовах модернізації вітчизняної охорони здоров'я підвищуються вимоги до ефективності якості медичної допомоги. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є розвиток організаційно-методичних технологій підвищення ефективності амбулаторного та стаціонарного ведення хворих, впровадження стандартизованих програм.

Однак механізми оцінки задоволеності населення послугами системи охорони здоров'я ще не розроблені, облік результатів роботи ЗОЗ не відображає кінцевих результатів надання медичної допомоги населенню, а оцінка якості медичних послуг має вузькоспрямований клінічний характер. Використання інтегрованих систем менеджменту якості в ряді ЗОЗ підвищить ефективність медичних послуг, яка знаходиться на самому початковому етапі становлення і вимагає подальшого розвитку.

Важливим аспектом, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги, є розробка критеріїв її оцінки, оптимізація та уніфікація стандартів медичної допомоги при нозологічних формах захворювань та їх ускладненнях.

Існує кілька аспектів оцінки якості медичної допомоги. Основою якісних і вартісних розрахунків медичних послуг в медичному закладі є економічний аспект.

Медико-правовий аспект реалізується в постановці діагнозу і епікризу в умовах прокурорської перевірки або рішення суду. Цей аспект для лікаря-експерта, який відповідає на поставлені експертом питання, реалізується в умовах досудової та судової практики. Лікарям-організаторам доцільно

дізнатися, що в умовах сучасного судочинства позовні вимоги Мін'юсту призводять до значних виплат з бюджету медичного закладу, не кажучи вже про морально-етичні проблеми.

Слід зазначити, що на сьогодні багато необхідних критеріїв оцінки якості медичної допомоги в медичному закладі або в будь-якому розділі медичної діяльності недостатньо розроблені або реалізуються тільки в межах окремого ЗОЗ.

Як зазначає більшість авторів, що займаються вивченням цього питання, проблема оцінки параметрів якості медичної допомоги, в даному випадку, є однією з провідних і дозволяє приймати управлінські рішення швидко, але в умовах стаціонару, який надає спеціалізовану допомогу, ПД залишається відкритою. Крім того, на місцевому та регіональному рівнях недостатня інформація, що дозволяє швидко використовувати комп'ютерні програми для прийняття управлінських рішень в даному напрямку.

Показники якості медичної допомоги повинні відображати її основні характеристики: ефективність, безпеку, оптимальність, в тому числі раціональне використання ресурсів; використання медичних технологій з доведеною ефективністю, стабільність процесу лікування і результату, безперервність; прийнятність (своєчасність, здатність відповідати очікуванням і потребам пацієнта); законність, справедливість, в тому числі доступність. Основними показниками оцінки доступності та якості медичної допомоги для населення є:

- оцінка доступу громадян до медичних послуг та їх якості (соціологічне дослідження);
- середній час очікування госпіталізації, днів;
- середня тривалість життя пацієнтів з хронічною патологією після встановлення захворювання, років.

Еластичність показника: з погіршенням медико-демографічної ситуації та якості медичної допомоги показник збільшується, з поліпшенням знижується. Тому для градації медичної допомоги належної та неналежної

якості необхідно вимірювати якість окремих її складових:

– задоволення пацієнта (вивчення обґрунтованості / необґрунтованості його претензій в залежності від застосування медичного персоналу, технологій та ресурсів);

– оптимальне використання ресурсів (вивчення наявності / відсутності та використання / невикористання наявних ресурсів для персоналу ЗОЗ);

– ризик захворювання (факт досягнення передбачуваної зміни стану здоров'я пацієнта; факт досягнення непередбачуваного результату при дотриманні всіх технологій під впливом характеру захворювання, виняткових індивідуальних особливостей організму пацієнта, стійкості пацієнта до лікування тощо).

Оцінка стану всіх цих компонентів повинна проводитися стосовно кожного конкретного пацієнта. Крім того, на думку експертів ВООЗ, цінність кожного з цих компонентів має бути рівною серед інших, оскільки виняткова увага до одного з них може призвести до неправильних висновків про якість медичної допомоги та помилкових дій з управління нею [60].

Такий підхід дає можливість більш чітко визначити критерії високої якості. Серед них найбільш важливими є: відповідність технології реального лікувально-діагностичного процесу сучасному рівню розвитку медицини з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта; оптимальне використання ресурсів захисту здоров'я для досягнення найкращого результату лікування; відсутність додаткового ризику погіршення або відсутності поліпшення стану пацієнта і працездатності; забезпечення задоволеності пацієнта медичною допомогою, зокрема в умовах воєнного стану [81].

Ключовим показником якості медичної допомоги є узгоджений (прийнятий) показник [82], за яким можна оцінити стан системи медичної допомоги з метою розробки заходів щодо її вдосконалення в межах Програми державних гарантій надання медичної допомоги громадянам.

Наступні чотири компоненти необхідно враховувати в діяльності із забезпечення якості:

- виконання професійних функцій (технологія лікувально-профілактичного процесу);
- використання ресурсів;
- ризик для пацієнта в результаті медичного втручання;
- задоволеність пацієнта медичною допомогою.

Аналіз теорії і практики управління якістю медичної допомоги дозволяє сформулювати деякі напрямки діяльності щодо її вдосконалення та впровадження в практичну діяльність органів і установ охорони здоров'я:

- розробка і впровадження спеціальних систем управління якістю медичної допомоги різних рівнів (робоче місце медичного працівника – ЗОЗ – місто – регіон);
- активне формування та впровадження системи стандартизації (медичні та медико-економічні стандарти, моделі надання медичної допомоги, протоколи ведення пацієнтів);
- інтенсифікація роботи з використання формулярної системи при забезпеченні лікарськими засобами;
- розвиток системи акредитації ЗОЗ;
- розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- проведення соціологічних досліджень серед населення та використання їх даних при прийнятті управлінських рішень;
- удосконалення системи матеріального стимулювання персоналу ЗОЗ для досягнення високих показників якості наданих медичних послуг.

Забезпечення якості медичної допомоги визначається багатьма факторами, серед яких найбільш важливими є рівень базової освіти, рівень оплати праці та реальна можливість використання сучасної техніки та обладнання, нові медичні технології, інформаційні бази даних за відповідними професійними напрямками. У зв'язку з цим важливою

складовою програми вдосконалення ПД населенню є система стандартів та протоколів, які встановлюють єдині вимоги до якості та доступності ПД [83]. Стандартизація видів та обсягів ПД є найважливішою умовою якісного та безперервного лікування на всіх його етапах [84]. Сучасні вимоги до стандартизації в галузі пульмонології включають:

- стандартизація медичних послуг;
- створення програми навчання медичних працівників;
- пред'явлення кваліфікаційних вимог до персоналу;
- стандартизація системи менеджменту ПД, заснована на єдності принципів [85].

Усвідомлюючи, що стан РЗ населення залежить від багатьох факторів і система охорони здоров'я є лише одним з них, слід враховувати, що даний фактор є більш керованим суспільством в порівнянні з іншими ключовими фактами, що визначають стан РЗ (екологія, спадковість, спосіб життя) [86]. Саме тому особливого значення має якість медичного обслуговування.

Висновки до розділу 1

1. Обґрунтовано, що публічне управління захистом респіраторного здоров'я – це комплекс цілеспрямованих впливів на системи профілактики, діагностики, лікування та контролю хвороб органів дихання, в т.ч. ідентифікація факторів ризику втрати здоров'я дихальних шляхів та розширення ефективних профілактичних заходів для його підтримки.

Зростання кількості хворих з патологіями органів дихання, які у 2020 році посіли п'яте місце за захворюваністю та третє місце в структурі смертності серед усіх хвороб, обумовлює необхідність конструювання системи надійного захисту респіраторного здоров'я населення.

2. Визначено основні категорії дослідження:

- Захист респіраторного здоров'я – процес мінімізації небезпечних впливів і пов'язаних із цим наслідків для здоров'я дихальних шляхів, у

результаті чого відбуваються якісні зміни стану пацієнта на основі застосування динамічних, персоналізованих та цілісних підходів до охорони здоров'я на основі цінностей.

– Пульмонологічна допомога – багатовимірний континуум медичних послуг для пацієнта з захворюванням органів дихання та сім'ї, що містить діагностику, терапію, емоційну підтримку та формування респіраторної грамотності.

Обгрунтовано, що важливим напрямом пульмонологічної допомоги населенню є легенева реабілітація, під якою авторка розуміє комплексне втручання з метою повернення пацієнта до найвищої можливої дієздатності та сприянні досягненню індивідуального максимального рівня незалежності та функціонування в суспільстві, засноване на персоналізованій оцінці та лікуванні пацієнта, яке включає тренування, розвиток респіраторної грамотності, спрямування поведінки на зміцнення здоров'я, призначеними для покращення фізичного та психологічного стану людей з хронічними респіраторними захворюваннями.

3. Теоретичне підґрунтя роботи складають наукові праці за такими напрямами: перспективи розвитку пульмонології та респіраторної медицини; публічне управління реформуванням системи громадського здоров'я в Україні; особливості реалізації медичної реформи в постковідний та повоєнний час, державна політика в сфері охорони здоров'я.

Доведено, що значному розвитку пульмонологічної науки і практики в Україні в останні роки сприяють:

– інтеграція українських і зарубіжних фахівців в рамках Європейського респіраторного товариства, що дало новий поштовх глобалізації в пульмонології;

– прийняття міжнародних та національних клінічних стандартів та стандартів з БА, ХОЗЛ, пневмонії, які забезпечили єдиний інформаційно-освітній простір для лікарів різних спеціальностей у різних регіонах країни;

– створення та періодичне перевидання нових версій звіту робочої

групи міжнародної програми GINA – «Глобальна стратегія лікування і профілактики БА» і GOLD – «Глобальна стратегія діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ»;

- формування Глобального альянсу ВООЗ з респіраторних захворювань та здійснення його програмної діяльності в Україні;

- розробка стандартів, положень та методичних документів, що регламентують стратегію і методологію забезпечення якості пульмонологічної допомоги.

4. Проаналізовано міжнародні стандарти захисту респіраторного здоров'я та встановлено, що останні десятиліття в світі характеризуються зростанням гострих інфекційних і хронічних хвороб органів дихання, що відображено в офіційних документах Всесвітньої організації охорони здоров'я і в ряді ініціатив професійного співтовариства – Європейського та Азійського респіраторних товариств. Досліджено діяльність Глобальної ініціативи з хронічного обструктивного захворювання легень, Глобального альянсу проти хронічних хвороб органів дихання, європейської дихальної Глобальної ініціативи з астми.

Міжнародні стандарти контролю хронічних респіраторних захворювань орієнтовані на пріоритетизацію боротьби з ХОД в системі громадського здоров'я в усіх країнах світу; забезпечення усвідомлення цієї загрози на державному та публічному рівні, залучення інших секторів в громадах для боротьби з ХОД, пропагування здорового способу життя та уникнення тютюну, подразників дихальних шляхів та алергенів.

5. Розглянуто показники, критерії та методи управління якістю медичної допомоги та встановлено, що на сьогодні технологія управління якістю в сфері охорони здоров'я є послідовним етапом виявлення і формулювання проблем, встановлення та обґрунтування причинно-наслідкових зв'язків, оцінки ефективності послуги, визначення та коригування цілей і завдань для забезпечення ефективної роботи як окремого лікаря, так і ЗОЗ в цілому.

Аналіз теорії та практики управління якістю медичної допомоги дозволяє сформулювати напрямки діяльності щодо її удосконалення та впровадження в практику діяльності організацій та установ охорони здоров'я:

- розробка і впровадження спеціальних систем управління якістю медичної допомоги різних рівнів (робоче місце медичного працівника - ЗОЗ - громада - регіон);
- активне формування та впровадження системи стандартизації (медичні та медико-економічні стандарти, моделі медичної допомоги, протоколи ведення пацієнтів);
- інтенсифікація роботи з використання системи електронних рецептів при забезпеченні лікарськими засобами ;
- розвиток системи акредитації медичних установ, в т. ч. створення нормативно-правової бази;
- розвиток матеріально-технічної бази ЗОЗ;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- проведення соціологічних досліджень і використання їх даних при прийнятті управлінських рішень;
- удосконалення системи матеріального стимулювання персоналу ЗОЗ для досягнення високих показників якості наданих медичних послуг.

Результати цього розділу були оприлюднені в наступних публікаціях авторки : [85, 87, 88, 89, 90, 91].

Список використаних джерел до розділу 1

1. Gooding H.K., Shay S.M., Ning H., Gillman M.W., Chiuwe S.E., Reis J.P., et al. (2015). Optimal lifestyle components at a young age are associated with maintaining an ideal cardiovascular health profile until middle age. *J am Hart Assoc.* 4: E002048.
2. Legido-Quigley H. et al (2008). Quality assurance of health care in the European Union: an example for action. *Observatory Studies Series*, 12.

Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.

3. Чорний О.В. (2020). Реалізація державної політики охорони здоров'я щодо роботи медичного персоналу в період пандемії COVID-19: соціально-економічні аспекти зарубіжного досвіду. *Право та державне управління*. 4. 301-306. http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2020/44.pdf

4. Мартишин О.О. (2017). Актуальні питання дитячої алергології та пульмонології. *Український медичний часопис*. www.umj.com.ua/uk/stattia-107272-aktualni-pitannya-dityachoyi-alergologiyi-ta-pulmonologiyi

5. Houben-Wilke S., Augustin I.M., Vercoulen J.H., van Ranst D, Bij de Vaate E., Wempe J.B., Spruit M.A., Wouters E.F.M., Franssen F.M.E. (2018). COPD stands for complex obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Rev*. Jun 6;27(148).180027. doi: 10.1183/16000617.0027-2018.

6. Couper D., LaVange L.M., Han M., Barr R.G., Bleecker E., Hoffman E.A., et al. (2014). Spiromics Research Group. Design of the Subpopulations and Intermediate Outcomes in COPD Study (SPIROMICS). *Thorax*. 69. 491–494.

7. Regan E.A., Hokanson J.E., Murphy J.R., Make B., Lynch D.A., Beaty T.H., et al. (2010). Genetic epidemiology of COPD (COPDGene) study design. *COPD*. 7.32–43.

8. Vestbo J., Anderson W., Coxson H.O., Crim C., Dawber F., Edwards L., et al. (2008). Eclipse investigators. Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate End-points (ECLIPSE). *Eur Respir J*. 31. 869–873.

9. Dawber T., Kannel W.B, Friedman G.D. (1966). Vital capacity, physical activity and coronary heart disease. In: Raab W, editor. *Prevention of ischemic heart disease: principles and practice*. Springfield, IL.: Charles C. Thomas. 254–265.

10. Gidding S.S., Xie X., Liu K., Manolio T., Flack J.M., Gardin J.M. (1995). Cardiac function in smokers and nonsmokers: the CARDIA study: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *J Am Coll Cardiol*. 26. 211–216.

11. Lange P., Nyboe J., Jensen G., Schnohr P., Appleyard M. (1991). Ventilatory function impairment and risk of cardiovascular death and of fatal or non-fatal myocardial infarction. *Eur Respir J.* 4. 1080–1087.
12. Lederer, D.J., Enright, P.L., Kavut, S.M., Hoffman, E.A., Hanningheik, G., van Beek, E.J., et al. (2009). Cigarette smoking is associated with subclinical parenchymal lung disease: a Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)-lung study. *Am J Respir Crit Care Med.* 180. 407–414.
13. Махмуд С.С., Леві Д., Васан Р.С., Ван Т.Дж. (2014). Фремінгемське дослідження серця та епідеміологія серцево-судинних захворювань: історична перспектива. *Ланцет.* 383. 999–1008.
14. de Marco R., Accordini S., Marcon A., Cerveri I., Anto J.M., Gislason T., et al. (2011). European Respiratory Health Study (ECRHS) Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young people. *Am J Respir Crit Care Med.* 183. 891–897.
15. Reyfman P.A., Washko G.R., Dransfield M.T., Spira A., Han M.K., Kalhan R. (2018). Defining Impaired Respiratory Health. A Paradigm Shift for Pulmonary Medicine. *Am J Respir Crit Care Med.* Aug 15. 198(4). 440-446. doi: 10.1164/rccm.201801-0120PP.
16. Spruit M.A., Singh S.J., Garvey C., et al. (2013). An official American Thoracic Society. European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Me.* 188. e13–e64.
17. Augustyn I.M., Wouters E.F.M. (2017). Pulmonary rehabilitation process and program organization. *J Card Pulm Rehabil.* 1. 109.
18. Штайнер М.К., Робертс К.М. (2016). Легенева реабілітація: подальші кроки. *Ланцет Респіратор Мед.* 4. 172–173.
19. Hodgkin J.E., Farrell M.J., Gibson S.R., et al. (1981). American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. *Pulmonary rehabilitation.* *Am Rev Respir Dis.* 124. 663–666.

20. Державна політика України у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. (2017). за заг.ред. М.М.Білінської, Я.Ф.Радиша. К. НАДУ. Ч. 1. 396.
21. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. (2019). *Юридичний вісник*. 3. 63-39. DOI <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i3.940>
22. Долгіх М. В. (2019). Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 7(12). 16-27. DOI: 10.15421/151961
23. Демченко І.С. (2018). Громадське здоров'я: міжнародно-правові підходи до визначення. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2. 53-58.
24. Кучеров С., Радиш Я. (2021). Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 13-14. 110–116. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.13-14.110
25. Криничко Л.Р. (2019). Охорона здоров'я як об'єкт державного управління. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 1 (65). 179-188. http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/1_2019/32.pdf
26. Карамішев Д. В. (2006). Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : моногр. Харків. Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр». 401.
27. Надюк З. (2009). Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. Uniwersytet Rzeszowski. <http://ur.edu.pl/pliki/Zeszyt14/40.pdf>
28. Радиш Я.Ф. (2001). Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: моногр. К. Вид-во УАДУ. 359.
29. Хожило І. В., Надюк З., Антонова О. В., Тарасенко Т. та Серохіна Т. (2020). Місцеве самоврядування у фокусі медичної реформи в Україні:

аналіз повноважень. *Теоретичні та емпіричні дослідження в управлінні містом. ТЕРУМ*. 15 (2), 22-38. <http://um.ase.ro/no152/2.pdf>.

30. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. (2012). Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 1(21). 95–100.

31. Хожило І. В., Бородин Є. В., Шевцов В. (2019), Трансформація системи менеджменту в стоматології: європейські моделі для України. *Архів euromedica*. 9. 3. 5 – 7. http://www.ewg-board.eu/archiv-euromedica/archiv_euromedica_03-2019/archiv_euromedica_03_2019_maket_, <https://doi.org/10.35630/2199-885X/2019/9/3.1>

32. Липовська Н., Хожило І. (2022). Доступність та якість медичних послуг в Україні в умовах воєнного стану: аспекти управління. *Архів EuroMedica*. 12. СП: Е1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.

33. Барзилович А., Урсаки Ю., Надежденко А., Маматова Т., Чикаренко І., Кравченко С. (2021). Вплив державного управління медичними послугами на якість життя населення. *Транзакції WSEAS з питань навколишнього середовища та розвитку*. 17. 619–629. DOI: <https://doi.org/10.37394/232015.2021.17.60>

34. Хожило, І. В.; Мороз, С.; Риженко, С.; Семеніхіна, В.; Туріщева, Н.; Хайтов, Р. (2020). Covid-асоційовані панічні атаки: аспекти регіонального управління. *Архів Euromedica*; 10(2):11-13, 2020. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1005432?lang=en>

35. Блащук Т. (2020). Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах пандемії COVID-19. *Підприємництво, господарство і право*. 11. 5-12. <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2020/11/2.pdf>

36. Парубчак І.О., Радух Н.Б. (2021). Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів пандемії COVID-19 в Україні. https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2021/1_2021/11.pdf

37. Здоров'я та освіта. (2021). Як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні. Аналітичний огляд. ГО «Ініціатива ХОЛОН». <https://nus.org.ua/wp-content/uploads/2021/03/Analychnyy-oglyad.pdf>
38. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2010-2016 рр. (2017). М. І. Линник, О. П. Недоспасова, О. Р. Тарасенко [та ін.]. Київ. Ліра. 48.
39. Автоматизація клініки Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського. Національні проекти. <https://emci.ua/natsionalni-proekty/>
40. Респіраторні читання 2021. <https://dmu.edu.ua/ua/novini/1263-respiratorni-chitannya-2021>.
41. Український пульмонологічний журнал. http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj_ukr.htm
42. Національному інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського 100 років. <https://www.phc.org.ua/news/nacionalnomu-institutu-ftiziatrii-i-pulmonologii-im-fg-yanovskogo-100-rokiv>
43. Гуменюк Г. Л., Опімах С. Г. (2023). Щорічний конгрес Європейського респіраторного товариства 2022: перший гібридний конгрес ERS. астма та алергія. 1. 5-16. doi: 10.31655/2307-3373-2023-1-5-16
44. Бігль Р., Яч Д. (2003). Глобалізація та профілактика та боротьба з неінфекційними захворюваннями: занедбані хронічні захворювання дорослих. *Ланцет*. 362(9387). 903-908.
45. Б'юст А.С., Волмер В.М., Макберні М.А. (2008). Глобальний тягар ХОЗЛ у країнах з високим та низьким рівнем доходу. Частина I. Ініціатива «Тягар обструктивного захворювання легень» (BOLD). *Ін-т Дж. 12 (7)*. 703-708.
46. Масолі М. (2004). Глобальний тягар астми – резюме звіту Комітету з розповсюдження бронхіальної астми. *Алергія*. 59. 69-478.

47. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease according to BTS, ERS, GOLD, and ATS criteria in relation to physician diagnosis, symptoms, age, sex, and smoking habits (2005). A. Lindberg [et al.] *Breathing*. 72(5). 471-479.
48. Ванденплас О., Торен К., Бланк П.Д. (2003). Здоров'я та соціально-економічні наслідки астми, пов'язаної з роботою. *Євр. Ж.* 22(4). 689 -697.
49. Всесвітня організація охорони здоров'я (2010). Глобальні ризики для здоров'я: смертність та тягар захворювань, пов'язані з обраними основними ризиками. ВООЗ. 62.
50. Stokeley R., Mannio D., Barnes P. (2009). Burden and pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc. Am. Thorac. Soc.* 6(6). 524-526.
51. Глобальна стратегія діагностики, менеджменту та профілактики хронічного обструктивного захворювання легень (оновлена у 2009 році). Ресурси медичної комунікації, Inc., 2009.
52. Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень. <https://goldcopd.org/>
53. Validity of the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease according to a large administrative database (2005). Y. Lacasse [et al.]. *You can, perhaps, respirates*. 2(5). 251-256.
54. Звіт GINA за 2022 рік, Глобальна стратегія лікування та профілактики астми. <https://ginasthma.org/gina-reports/>
55. GINA: Asthma and Beyond Guidelines (2007). J. Bousquet [et al.]. *Allergies*. 62 (2). 102-106.
56. Компас: Посібник з освіти в області прав людини за участі молоді. Здоров'я. <https://www.coe.int/uk/web/compass/health>
57. ВООЗ/ОЕСР/Світовий банк (2018). Надання якісних медичних послуг: глобальний імператив для загального охоплення послугами охорони здоров'я. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, Організація

економічного співробітництва та розвитку, Світовий банк. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

58. ЄК (2016). То й що? Стратегії по всій Європі для оцінки якості медичної допомоги. Звіт Експертної групи з оцінки ефективності систем охорони здоров'я. Європейська комісія (ЄК). Брюссель: Європейська комісія.

59. ОЕСР (2017). Турбота про якість у сфері охорони здоров'я: уроки, винесені з 15 оглядів якості охорони здоров'я. Огляди ОЕСР якості охорони здоров'я. Париж: Видавництво ОЕСР. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>.

60. ВООЗ (2018). Довідник з національної політики та стратегії якості – Практичний підхід до розробки політики та стратегії щодо покращення якості медичної допомоги. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.

61. Європейська Рада (2006). Висновки Ради ЄС щодо спільних цінностей та принципів у системах охорони здоров'я Європейського Союзу. *Офіційний вісник Європейського Союзу*, 146. 1–2.

62. ЄК (2014). Повідомлення від Комісії – Про ефективні, доступні та стійкі системи охорони здоров'я. Європейська комісія. Брюссель: Європейська комісія.

63. Донабедіан А (1980). визначення якості та підходи до її оцінки. Том 1. Дослідження в області оцінки якості та моніторингу. Енн-Арбор, Мічиган, США: Видавництво Адміністрації охорони здоров'я.

64. Донабедіан А., Вілер Дж.Р., Вишев'янський Л. (1982). Якість, вартість та здоров'я: інтегративна модель. *Медична допомога*. 20(10). 975–92.

65. МОМ (1990). Medicare: Стратегія забезпечення якості: Вашингтон (округ Колумбія), США: Видавництво національних академій.

66. Рада Європи (1997). Розробка та впровадження систем підвищення якості (QIS) в охороні здоров'я. *Рекомендація No P (97) 17 та пояснювальна записка*. Страсбург: Рада Європи.

67. ЄК (2010). Дії ЄС щодо безпеки пацієнтів та якості медичної допомоги. Європейська комісія, Відділ систем охорони здоров'я. Мадрид: Європейська комісія.
68. Ara, O. A. et al. (2006). Conceptual framework for the OECD project "Health Quality Indicators". *International Journal of Quality in Healthcare*, 18(S1):5–13.
69. MOM (2001). Перетинаючи прірву якості: нова система охорони здоров'я для 21 століття. Вашингтон (округ Колумбія), США: Видавництво Національних академій.
70. ВООЗ (2006). Якість медичної допомоги: процес прийняття стратегічних рішень у системах охорони здоров'я. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.
71. ВООЗ (2016). Глобальна стратегія ВООЗ щодо орієнтованих на людину та інтегрованих послуг у сфері охорони здоров'я. Проміжний звіт. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.
72. Рада охорони здоров'я Канади (2013). Краще здоров'я, кращий догляд, краща цінність для всіх: переорієнтація реформи охорони здоров'я в Канаді. Торонто, Рада з охорони здоров'я Канади.
73. Carinci F. et al. (2015). Towards effective international comparisons of health system effectiveness: an expert review of the OECD framework and quality indicators. *International Journal of Quality in Healthcare*, 27(2).137–46.
74. Papanicolas I (2013). International frameworks for health system comparison. In: Papanicolas I & Smith P (eds.): Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press. New York.
75. Фекрі О., Макараян Е.Р., Клазінга Н. (2018). Оцінка ефективності системи охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ: які домени та показники були використані державами-членами для її вимірювання? Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ (узагальнений звіт Health Evidence Network (HEN) 55).

76. ВООЗ (2006). Справа кожного: Зміцнення систем охорони здоров'я для покращення результатів у сфері охорони здоров'я: рамки дій ВООЗ. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.
77. Донабедіан А (1988). Якість догляду. Як його можна оцінити? *Журнал Американської медичної асоціації*. 260 (12).1743–8.
78. Øvretveit J (2001). Quality assessment and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning Management*. 16.229–41.
79. Буссе Р., у співавторстві (2019). Покращення якості охорони здоров'я в Європі Характеристики, ефективність та впровадження різних стратегій. *Європейська обсерваторія з систем і політики охорони здоров'я*. 447
80. Сміянов В. А. (2014). Внутрішній аудит – основа управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. *Wiadomosci Lekarskie*. LXVII. 2. II. 381 – 383.
81. Проданчук М. Г., Басанець А. В., Курділь Н. В. (2023). Захворювання системи органів дихання від впливу хімічних забруднювачів повітря на території воєнних дій. *Укр. пульмонолог. журнал*. 3. 31(1). 49-56. DOI: 10.31215/2306-4927-2023-31-1-49-56
82. Скрипник О.А. Публічне управління розвитком системи охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах: інтеграція та новий інструментарій. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2024. № 1. <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/article/view/2842/2878>
83. Хронічні респіраторні захворювання: центр громадського здоров'я. <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/khronichni-respiratorni-zakhvoryuvannya>
84. Lloyd-Jones D.M., Hong Y., Labarthe D, Mozaffarian D, Appel L.J., Van Horn L., et al. (2010). American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*.

121.586–613.

85. Безус П., Гавкалова Н., Мащенко М., Грудцина Ю., Базко А., Моїсеєва Л. (2022). Проектний менеджмент як технологія оптимізації ресурсів в умовах реформування соціально-економічних відносин: досвід ЄС. *Журнал міждисциплінарних досліджень. АД ДАЛЬТА*. 1.67-72. <http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/23035>

86. Ванденплас О., Торен К., Бланк П.Д. (2003). Здоров'я та соціально-економічні наслідки астми, пов'язаної з роботою. *Евр. Ж.* 22(4). 689 -697.

87. Бородін, Є., & Моїсеєва, Л. (2022). Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*, 10(4), 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

88. Моїсеєва Л. (2023). Ментальне здоров'я як складова громадського здоров'я: мат-ли IV *Всеукраїнського форуму «Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насильству в освітніх закладах»* (24 березня 2023 року). Дніпро. ДГУ. 146. 46-50. <https://dgu.edu.ua/certificates/forum4/>

89. Моїсеєва Л. (2022). Соціальні фактори громадського здоров'я як складова його відновлення. *Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління: мат-ли Міжнар.кр.столу*. 22 серпня 2022 р. м. Київ. 179-181.

90. Моїсеєва Л.В. (2023). Теоретичні засади реалізації публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій*. Серія: право, публічне управління та адміністрування : електронний науково-практичний журнал. 7. https://reicst.com.ua/pmtl/issue/view/issue_7_2023. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-07>

91. Моїсеєва Л. (2021). Актуальні питання державного управління у сфері пульмонологічної допомоги в Україні. *Тенденції розвитку практики і науки*. 28-31 грудня 2021. ОСЛО. НОРВЕГІЯ. <http://surl.li/bzgma>

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАХИСТОМ РЕСПІРАТОРНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Нормативно-правові основи публічного управління у сфері забезпечення респіраторного здоров'я населення

Увага до захисту РЗ населення стала надзвичайно актуальною в Україні у період пандемії COVID-19. Проте ця проблема набагато ширша та містить нормативно-правове забезпечення профілактики ХОД та власне лікування легеневих патологій.

У царині профілактики маємо виділити гострі ХОД, зокрема інфекційного характеру та РЗ в цілому. З іншого боку, профілактика має загальний та спеціалізований характер [1].

Отже, маємо кілька груп нормативно-правових актів.

Перша група – ті, які спрямовані на зміцнення загальних захисних сил (резервів) організму – здоровий образ життя, обмеження впливу тютюнопаління, загартування, фізична активність, імунопрофілактика, попередження поширення алергенів.

Україна – соціальна держава, Конституцією якої затверджується, що «утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави» [2]. Конституція України не присвячує праву на охорону здоров'я окремої статті – воно проголошується у статті 49 разом із правом на медичну допомогу та медичне страхування [2]. Основи публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні містяться у статтях 1, 3, 49, 92, 119, 143 Конституції України. Проголошене у статті 49 соціальне право на охорону здоров'я пов'язано з низкою екологічних прав, закріплених у статті 50. Її нормами встановлюється, що «кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» [2].

Детальний аналіз основ законодавства України про охорону здоров'я свідчить, що Україна дотримується загальновідомого, прийнятого ВООЗ трактування здоров'я, оскільки його охорона визначається одним з пріоритетних напрямів державної діяльності (стаття 12) [3].

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я [3]. Поряд з цим, у документі наголошено на відповідальності суспільства і держави перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України (рис.2.1).

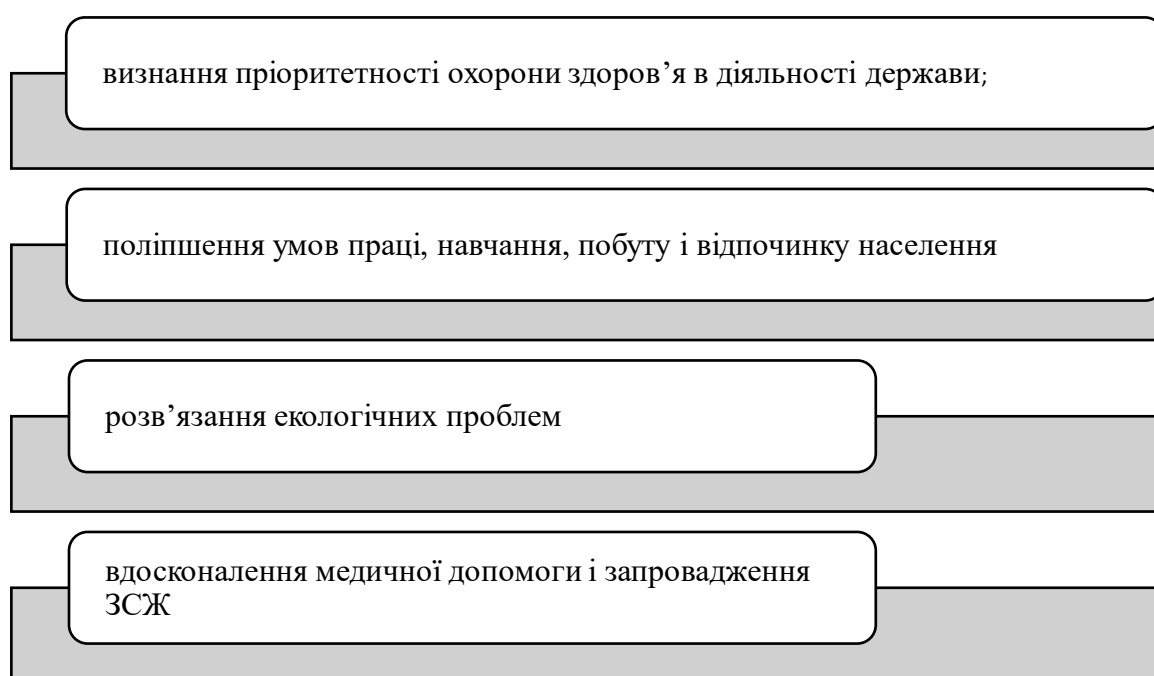


Рис. 2.1. Шляхи забезпечення збереження та зміцнення здоров'я громадян [3]

Тільки в частині формування здорового способу життя молоді Міністерство молоді та спорту України керується 17 нормативно-правовими актами [4].

При цьому, на жаль, в Україні відсутні концепії законодавчого забезпечення здорового способу життя, що дали б змогу визначати загальні підходи, структуру, порядок (черговість) розроблення і прийняття законів [5].

Стаття 32 Основ Законодавства України про охорону здоров'я «Сприяння здоровому способу життя населення», зокрема, встановлює, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вживає заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікувально-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, боротьбі із шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя. Крім того, у даній статті визначається, що в Україні проводиться державна політика щодо обмеження паління та вживання алкогольних напоїв [4].

Особлива увага останнім часом приділяється обмеженню тютюнопаління, що є досить важливим у контексті забезпечення РЗ населення. 11 липня 2022 року, в Україні було розширено перелік місць, де заборонено паління, вживання та використання тютюнових виробів, предметів, пов'язаних з їх вживанням, трав'яних виробів для паління, електронних сигарет, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння, кальянів [6].

У березні 2023 року МОЗ відновило заходи державного нагляду (контролю) щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів на період воєнного стану.

З 11 липня 2023 р. набрали чинності норми Закону України № 1978-IX, які забороняють виробництво, гуртову і роздрібну торгівлю, імпорт для реалізації на території України сигарет, а також тютюну для самокруток зі смако-ароматичними добавками.

Такі зміни до Закону України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я

населення» [75] були ухвалені в грудні 2021 року. Даний проєкт розроблено з метою імплементації «тютюнової» європейської Директиви 2014/40/ЄС [6].

Україна має досить потужне й розгалужене законодавство про охорону навколишнього природного середовища, що вкрай важливо для профілактики легеневої паталогії.

В основу охорони природного середовища закладено необхідність забезпечення сприятливого для здоров'я довкілля шляхом недопущення його забруднення, раціонального використання та відновлення в процесі господарської діяльності. Основним актом загальнонаціонального рівня з цих питань є Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища», прийнятий 26 червня 1991 р. [7].

Наступна група нормативно-правових актів щодо захисту РЗ стосується запобігання поширенню вірусних респіраторних інфекцій. Зокрема, Закон України від 24.02.1994 № 4004-ХІІ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [8], Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-ІІІ [9], Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» 2001 р. [10], Постанова Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» 2020 р. [11], Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» 2020 р. [12], Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та план заходів щодо її реалізації (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р) [13], Наказ МОЗ України від 17 травня 2019 № 1126 «Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з

готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ» [14], Наказ МОЗ «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб» від 23.07.2002 № 280 [15] тощо.

Наступна група нормативно-правових актів щодо захисту РЗ стосується розвитку ПД в Україні.

Важливою умовою в системі організації медичної допомоги населенню є забезпечення ЗОЗ організаційно-методичними та нормативними документами, що відповідають сучасному рівню розвитку галузі, впровадження нових медичних стандартів і технологій у галузі практичної медицини та охорони здоров'я. У зв'язку з цим надзвичайно актуальним є аналіз ступеня використання інформаційних технологій та рекомендацій професійних спільнот у діяльності лікарів ПМСД, їх інформації про основні організаційні, адміністративні та нормативно-правові акти, що регулюють порядок надання ПД.

Уперше про те, що цією патологією держава має опікуватися на засадах комплексного державно-управлінського підходу, було заявлено спеціальним наказом МОЗ України від 26.08.1993 № 191 «Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю» [16], відповідно до якого й було створено національну пульмонологічну службу. Пізніше у нього неодноразово вносились зміни [17], останні – в 2000 р.

У наказі, зокрема, сказано, що органами і закладами охорони здоров'я України проведено певну роботу щодо розвитку пульмонологічної служби. На базі обласних та ряду міських лікарень організовані пульмонологічні відділення на 8360 ліжок і 237 пульмонологічних кабінетів. Цей наказ дав перший поштовх до реорганізації служби, що виявилась у розширенні кола суб'єктів управління з 4 до 9. В організаційному плані пульмонологічна служба України представлена такими суб'єктами управління як

Національний пульмоцентр, пульмонологічні відділення при обласних лікарнях, пульмонологічні кабінети при обласних лікарнях, пульмонологічні відділення при міських лікарнях, пульмонологічні кабінети при міських лікарнях, пульмонологічні відділення при ЦРЛ, пульмонологічні кабінети при ЦРЛ, денний пульмонологічний стаціонар на базі МСЧ промислових підприємств, денний стаціонар при міських та районних поліклініках, що обслуговує також і пульмонологічних хворих. В умовах публічного управління охороною здоров'я та розвитку приватного сектора додається новий суб'єкт управління – лікар-пульмонолог приватного медичного центру.

Проблеми охорони здоров'я потребують належного нормативного забезпечення під час реалізації медичної реформи, у т.ч. що належить до сфери управління наданням ПД на рівні організації спеціалізованої допомоги на третинному рівні. Зокрема, практичний вимір проблеми полягає у тому, що у пульмонологічному відділенні обласної лікарні зустрічається широкий перелік нозологічних форм захворювань, які на даний час в нормативно-правовому полі залишаються не зовсім унормованими. До них, зокрема, належать:

- БА, неконтрольована, середньо-важкий, важкий персистуючий перебіг для корекції лікування;
- ХОЗЛ, важкий перебіг, група А, В, С, D для уточнення діагнозу, корекції лікування;
- пневмонія III-V групи складності по шкалі PORT, в тому числі з ускладненням, для корекції лікування, обстеження та диференційної діагностики;
- муковісцидоз в осіб 18 років та старше в період загострення, для корекції лікування;
- бронхоектатична хвороба (в тому числі вторинні бронхоектази) в період загострення для корекції лікування;

- саркоїдоз I-IV ст., для первинного встановлення діагнозу, корекції лікування;
- інтерстиційні ХОД: ідіопатичний легеневий фіброз, гіперсенситивний пневмоніт, неспецифічні інтерстиційні пневмонії, ятрогенний пневмоніт/фіброз, криптогенна організуюча пневмонія, еозинофільна інтерстиційна ХОД (еозинофільна пневмонія), респіраторний бронхіоліт, десквамативна інтерстиційна пневмонія, гостра інтерстиційна пневмонія, лімфоцитарна інтерстиційна пневмонія, рідкісні ІЗЛ (лімфангіолейоміоматоз, альвеолярний протеїноз, ідіопатичний гемосидероз легень, ідіопатичний бронхолегеневий амілоїдоз, остеопластична пневмопатія), для первинного встановлення діагнозу, для корекції лікування;
- інтерстиційні ХОД, асоційовані з системними захворюваннями, та які не класифікуються, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;
- спадкові та первинні ХОД (сімейний легеневий фіброз, Hermansky-Pudlak-синдром, легеневий гістіоцитоз Лангерганса, емфізема з дефіцитом альфа-1-антитрипсину), для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;
- професійні ХОД (пневмоконіоз, азбестоз), для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;
- хронічне легеневе серце, СН I-III, ФК I-IV;
- легенева артеріальна гіпертензія, ФК I-IV, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;
- тромбоемболія легеневої артерії малого ризику, в тому числі хронічна постемболічна легенева гіпертензія, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;
- підозра на онкологічну патологію органів дихання та середостіння, для встановлення первинного діагнозу та диференційної діагностики;

- синдром нічного апное, храп та інші дихальні розлади неясного генезу. Функціональний скринінг для первинного встановлення клінічного діагнозу та корекції лікування;

- діагностична знахідка патології легень та органів середостіння на рентгенограмі або на комп'ютерній томографії органів грудної клітки;

- відсутність діагностичних можливостей на I-II рівні для диференційної діагностики бронхообструктивного синдрому (спірометрія з провокаційним тестом та тестом на зворотністю бронхіальної обструкції);

- відсутність діагностичних можливостей на I-II рівні (торакоцентез, біопсія лімфо-вузлів та легень під контролем УЗД-датчика, бронхоскопія, ультразвукова діагностика органів грудної клітки, алергологічна діагностика) для діагностики пульмонологічної патології;

- жінки в віці 18 років та старше в I-III триместрі вагітності з вище переліченою пульмонологічною патологією, для додаткового обстеження та корекції лікування;

- відсутність кадрів та лікувально-діагностичних можливостей на I-II рівні для вище переліченої пульмонологічної патології згідно уніфікованих клінічних протоколів затверджених наказами МОЗ.

Проведення функціональних методів обстеження у пацієнтів з хронічною ХОД для експертизи непрацездатності. З метою вдосконалення організації ПД населенню в даний час розроблені нормативні документи, які регламентують діяльність пульмонологічної служби, спрямовану на поліпшення якості життя хворих з хронічними ХОД і попередження виникнення гострих ХОД.

Одним із таких пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я є профілактика та зниження захворюваності на хронічні неінфекційні ХОД – БА, алергічні хвороби та ХОЗЛ.

Нормативно-правове підґрунтя цієї політики складають наступні нормативно-правові акти: Конституція України [2], Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [3], Постанова Верховної Ради

України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» [18]; Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» [19]; Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1011-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки» [20]; Глобальна стратегія і цілі щодо профілактики, лікування і боротьби з туберкульозом на період після 2015 року від 29 листопада 2013 року № ЕВ 134/12 [21]; Наказ МОЗ України від 16 серпня 2004 року № 414 «Про затвердження Стратегії розвитку медичної статистики» [22]; Стратегія реформування та розвитку фтизіатричної і пульмонологічної галузі й науки до 2022 року від 20 червня 2018 р. [23], чинні клінічні протоколи і стандарти щодо туберкульозу і неспецифічних ХОД.

На сьогодні проходить активне обговорення та реалізація Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24], який трансформує порядок фінансування галузі медицини і розрахунки при наданні медичної допомоги. Необхідно зробити акцент, що у самій назві зазначеного закону говориться про медичне обслуговування, а не про медичну допомогу, як це було до реформи.

Туберкульоз (ТБ) залишається однією з глобальних проблем галузі охорони здоров'я як в Україні, так і загалом у світі, відповідно вирішення цієї проблеми потребує ефективної державної відповіді. Питання протидії захворюванню на ТБ в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. Для комплексного подолання проблеми ТБ розпорядженням Кабінету Міністрів України (далі – КМУ) від 27 листопада 2019 р. №1415-р. схвалено Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р. [25]. Саме тому впровадження національних стандартів контролю за ТБ,

заснованих на принципах доказової медицини, є нагальною потребою. Клінічну настанову «Туберкульоз» розроблено мультидисциплінарною робочою групою, склад якої було затверджено наказом МОЗ України від 18 серпня 2020 р. №1908 (у редакції наказу МОЗ України від 16.02.2021 р. №265 наведено оновлені аспекти контролю за туберкульозною інфекцією, що ґрунтуються на сучасних міжнародних підходах, заснованих на принципах доказової медицини). Опрацювання клінічної настанови здійснювалось відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» та зареєстрованої у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за №2001/22313. Дана клінічна настанова є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією «Зведеної настанови ВООЗ з туберкульозу», виданої у 2020–2021 рр. [26].

Уперше в Україні основні положення міжнародних консенсусів (GOLD, ATS, BTS та ін.) з урахуванням національних особливостей були представлені у Національному, узгодженому щодо лікування ХОЗЛ, Наказі МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. Але, ураховуючи той факт, що за останні роки з'явилися нові сучасні лікарські засоби та дещо зазнали змін певні положення щодо проблеми ХОЗЛ, було створено та затверджено нові методичні рекомендації у вигляді Наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» (2007 р.) [27]. У цьому наказі представлені основні положення щодо діагностики, клінічної класифікації та лікування ХОЗЛ та БА. Але цей протокол не передбачав поділу надання медичної допомоги пацієнтам із ХОЗЛ за рівнями.

Враховуючи принцип затвердженої трирівневої системи медичної допомоги було прийнято наказ МОЗ України від 27 червня 2013 р. № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі

стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень», яким затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень» [28].

Положення Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги спрямовані на мультидисциплінарне надання медичної допомоги пацієнтам із ХОЗЛ і охоплюють всі етапи надання медичної допомоги. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ХОЗЛ [1].

Разом із тим, практика, що склалася в Україні, свідчить про фактичну відсутність розмежування ЗОЗ, в яких надають медичну допомогу різних рівнів, що негативно впливає на якість надання медичної допомоги [29]. На первинному рівні повинно розпочинатися і завершуватися до 90% звернень за медичною допомогою. Та, відповідно до даних офіційного сайту МОЗ України [30], в нашій державі на первинному рівні розпочинають і завершують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% – у сільській місцевості [31].

Однією з основних складових системи управління якістю в охороні здоров'я є стандартизація медичних послуг [32, 11]. Впровадження стандартів сприяє раціональному розподілу ресурсів і забезпеченню адекватного фінансування медичної допомоги. Завдяки впровадженню стандартів у повсякденну практику підвищується рівень обізнаності лікарів про останні досягнення медичної науки та доступність якісної медичної допомоги пацієнтам [33]. Медичні стандарти дозволяють оцінити якість медичної допомоги, хоча відповідність реально проведених профілактичних, лікувальних і діагностичних процедур і маніпуляцій, закладених в медичні стандарти, не може повною мірою відображати кінцеві результати діяльності. У зв'язку з цим оцінка ступеня відповідності стандартним медичним стандартам використовується в сукупності з іншими показниками.

Систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні

соціальні нормативи та галузеві стандарти. Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я, зокрема, є:

– стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

– клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність.

Основними нормативно-правовими документами галузевого змісту, якими керуються керівники стаціонарної ланки пульмонологічного профілю виступають такі накази МОЗ України:

– наказ МОЗ України № 191 від 26.08.1993 р. Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю [16];

– наказ МОЗ № 270 від 17.12.1993 р. Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю [17];

– наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень [34];

– наказ МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р. Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим [35];

– наказ МОЗ України № 433 від 3.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [36];

– наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на ХОЗЛ» [37];

– наказ МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на БА» [38];

– наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [27];

– наказ МОЗ України від 07.11.2009 р. № 813 «Алгоритм надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (АН1/Н1)» [39].

В умовах модернізації системи охорони здоров'я в Україні і обов'язкового медичного страхування (ОМС) саме стандарти стають основним орієнтиром при наданні медичної та медичної допомоги населенню. Діючий Уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги пацієнтам із ХОЗЛ містить вичерпні рекомендації щодо профілактики та лікування захворювання, проте не містить інформації щодо ефективних методів скринінгу населення на ХОЗЛ з урахуванням практично доступних технологій, використання яких дозволить підвищити ефективність роботи лікаря за рахунок стандартизації надання медичної допомоги пацієнтам та оптимізації вартості лікування.

Як відомо, «золотим стандартом» діагностики й оцінки перебігу хронічного обструктивного захворювання легень є спірометрія. Наказом МОЗ України від 27 червня 2013 р. № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» передбачено наявність в закладах первинної медичної допомоги спірометра чи пікфлуометра [40; 28]. Відтак, обов'язковою умовою дослідження пацієнтів із підозрою на ХОЗЛ є виконання спірометричного обстеження за допомогою портативних спірометрів.

Але, незважаючи на вищезазначені накази, далеко не всі медичні заклади мають у своїй наявності спірометр чи пікфлуометр. Головна причина – мізерний рівень фінансування медичної галузі. Окремо потрібно відзначити відсутність державної цільової програми чи хоча б часткової фінансової підтримки з боку держави щодо забезпечення пацієнтів із ХОЗЛ

медикаментозним лікуванням, що значно погіршує перспективи одужання таких пацієнтів та їх подальшу соціальну реабілітацію.

Пріоритетною умовою в системі організації медичної допомоги населенню є забезпечення ЗОЗ організаційно-методичними та нормативними документами, актуальними для сучасного рівня розвитку галузі [41], впровадження нових медичних технологій у сферу охорони здоров'я.

Важливою складовою в системі організації ПД в сучасних умовах є використання адекватних і високоінформативних методів досягнення контролю захворювання та оцінки ефективності медикаментозної терапії. В якості таких інструментів та інструментів оцінки ступеня ефективності лікувально-профілактичних заходів для пацієнтів з хронічними респіраторними захворюваннями (ХОЗЛ, БА) пропонується ХОЗЛ Assessment Test tm (САТtm) (опитувальник для простої і достовірної оцінки хронічних респіраторних захворювань) (тобто ХОЗЛ) і контрольний тест на астму (АСТTM).

У сучасних умовах державотворення, коли на перше місце виходить охорона громадського здоров'я, пріоритетним завданням медичної галузі є розвиток напрямку раннього виявлення та профілактики захворювань, що мають високий ризик інвалідизації.

Відтак на сьогодні головну роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ХОЗЛ відіграють лікарі загальної практики – сімейні лікарі [42]. Тому вкрай важливим є можливість застосування лікарями первинної ланки сучасних ефективних методів скринінгу населення на ХОЗЛ з урахуванням практично доступних їм технологій, що дасть змогу не лише вчасно надати пацієнтам із ХОЗЛ якісне та ефективне лікування, але й в цілому покращити стан громадського здоров'я України.

Отже, на сьогодні по лінії галузевого управління, найвищим органом виконавчої влади якого є Міністерство охорони здоров'я України [43; 44], затверджено основні галузеві нормативно-правові акти, які визначають

пріоритети формування державної політики в системі охорони здоров'я України, але на законодавчому рівні залишаються й дотепер не врегульованими питання, які регламентують розмежування лікувально-профілактичних закладів за рівнями надання медичної допомоги. Тому потрібно розробити чіткий механізм діяльності закладів охорони здоров'я за рівнями, удосконалити маршрутизацію пацієнтів із ХОЗЛ та закріпити за кожним рівнем медичної допомоги відповідний перелік медичних послуг.

2.2. Система організації первинної та спеціалізованої медичної допомоги хворим з легенеvim профілем

Характерною особливістю розвитку лікувально-профілактичної допомоги є її спеціалізація. Якість профілактики, діагностики та лікування різних захворювань залежить від рівня спеціалізації, форм і методів організації різних видів спеціалізованої медичної допомоги. Відображенням процесів спеціалізації та інтеграції в практичну сферу охорону здоров'я є організаційні форми спеціалізованої медичної допомоги. При цьому доцільність створення спеціалізованої служби визначається рівнем поширення і соціальної значущості захворювань.

При цьому соціально-економічне значення неінфекційних ХОД не викликає сумнівів. Поряд з різноманітними факторами соціального і природного середовища на рівень захворюваності населення з ХОД впливає і стан організації ПД, ступінь розвитку її основних структурно-організаційних форм. І однією з неодмінних умов зниження захворюваності та смертності населення, підвищення якості медичної допомоги є розвиток і зміцнення її спеціалізованих видів.

Організація ПД дозволяє значно підвищити якість медичної допомоги хворим на ХОД і забезпечити позитивну динаміку не тільки показників захворюваності, а й інвалідності та смертності від цих причин, отримати значні економічні та соціальні блага. Встановлено, що всі статистичні показники, що характеризують якість медичної допомоги хворим на ХОД,

кращі в тих закладах, де є фахівці з пульмонології. Створення пульмонологічних кабінетів і центрів сприяє уніфікації діагностичних і лікувальних методів [45].

Пульмонологічна служба України представляє собою в організаційно-функціональному плані добре організовану єдину систему управління, що передбачає наявність профільних інституцій на національному рівні, регіональному та місцевому рівні (рис. 2.3). Головним профільним закладом пульмонологічної служби України є НІФП, який і формує разом з МОЗ України розвиток основних напрямів функціонування пульмонологічної служби.

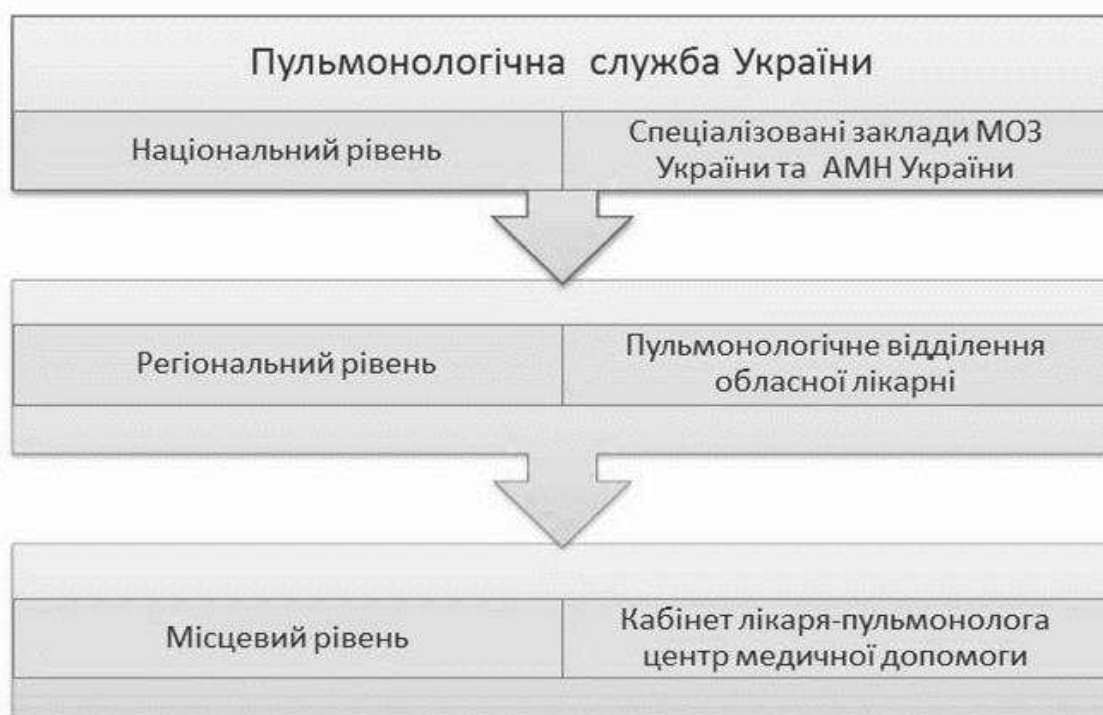


Рис. 2.3. Організаційно-функціональна модель пульмонологічної служби в Україні

Оптимальною системою ПД є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних відділень. Спеціалізація спеціалізованих медичних служб та їх взаємодія із загальною медичною мережею є однією з найскладніших (все більше диференціація терапії, розвиток спеціалізованих служб

створюють певні протиріччя між органічним принципом роботи медичних підрозділів і цілісною системою роботи сімейного лікаря). Спадкоємність в організації ПД недостатньо ефективна; відзначається низький рівень взаємодії сімейного лікаря з іншими фахівцями при наданні медичної допомоги хворим.

В організації медичної допомоги хворим з ХОД важлива співпраця амбулаторних і лікарів стаціонару, тісний зв'язок спеціалізованих клінік/відділень і загальної мережі, інтеграція різних служб (пульмонологічної, професійної патологічної, алергічної, онкологічної, фтизіатричної), взаємодія терапевтів і педіатрів. Пульмонологія тісно пов'язана з іншими медичними спеціальностями і її розвиток можливий тільки з позицій інтеграла. Необхідно з'єднати між собою всі ланки пульмонологічної служби і етапи лікування (сімейний лікар, пульмонологічний кабінет, пульмонологічне відділення, реабілітаційне відділення, санаторій).

В останні десятиліття низка закладів накопичили досвід роботи диференціально-діагностичних комісій як організаційної форми пульмонологічної служби, які створюються на базі великих консультативно-діагностичних центрів і дозволяють підвищити якість діагностики та лікування хворих. Створюються лікарні для короткочасного (денного) перебування хворих на ХОД; патронажні форми догляду за хворими з вираженою дихальною недостатністю в домашніх умовах. Новою організаційною формою надання висококваліфікованої допомоги населенню є консультативно-діагностичні центри.

ПД може надаватися в наступних умовах:

- амбулаторно (в умовах, які не передбачають цілодобового лікарського спостереження і лікування);
- в денному стаціонарі (в умовах, що передбачають лікарське спостереження і лікування в денний час, які не вимагають цілодобового лікарського контролю і лікування);

– стаціонарні (в умовах, що забезпечують цілодобове лікарське спостереження і лікування).

Особливу роль в організації адекватної ПД відіграє амбулаторний етап, якому приділяється основна частина робіт з раннього виявлення хронічних форм ХОД і провідна роль у проведенні лікувально-оздоровчих заходів (80,0% хворих із ХОД починають і закінчують лікування в клініці) [46].

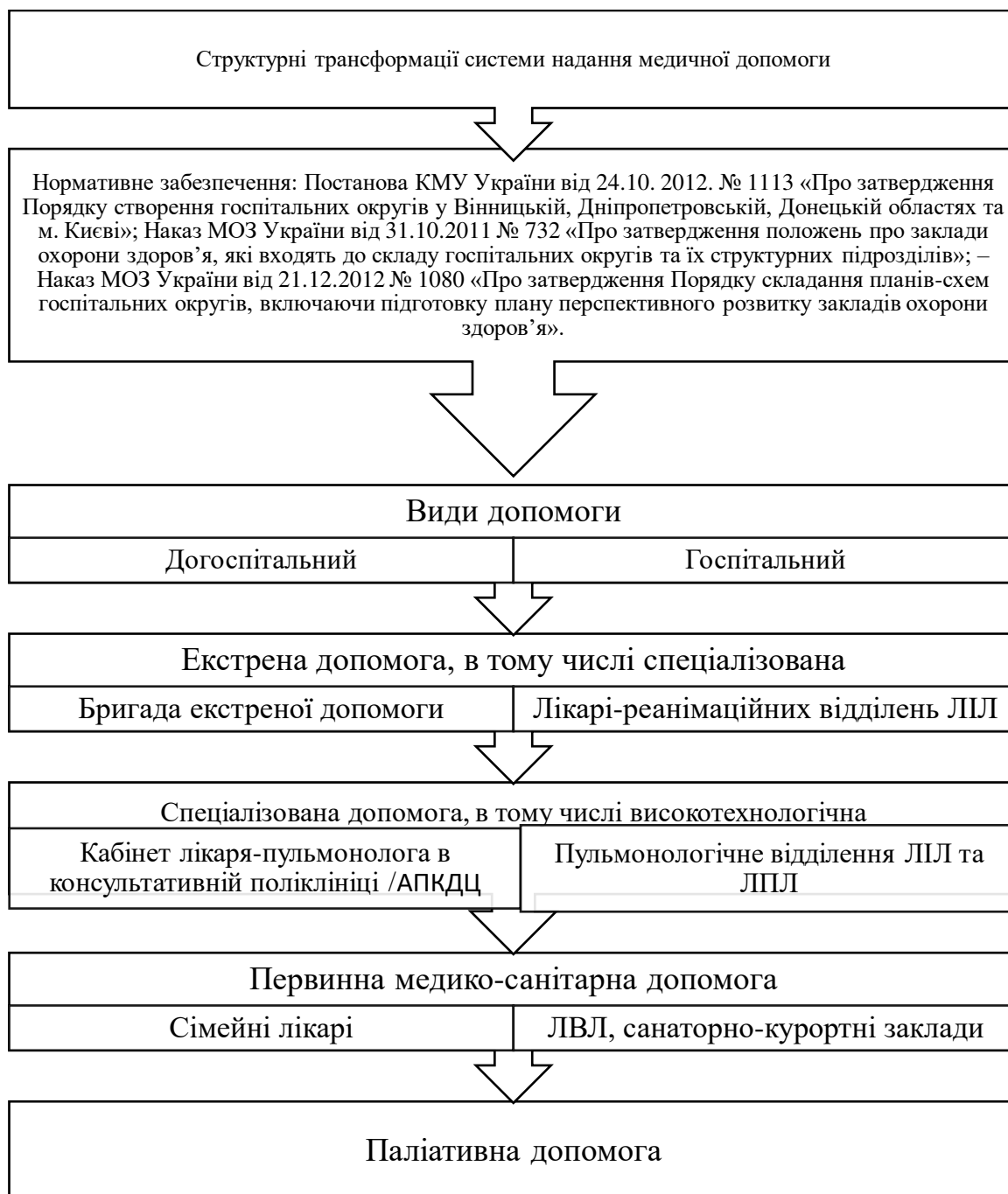


Рис. 2.4. Організаційна структура пульмонологічної допомоги [47, 48]

У межах медичної реформи в Україні відбулися структурні трансформації вторинної ланки меддопомоги [49]: створення лікарень нового типу; формування госпітальних округів [50; 51].

В ході реформування вторинної медичної допомоги створюються наступні ЗОЗ. Для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги на базі поліклінік РЛ та ЦРЛ сформовано консультативні поліклініки та амбулаторно-поліклінічні консультативно-діагностичні центри. В консультативній поліклініці надається консультативна допомога дітям та дорослим за основними (до 7-9) спеціальностями. Для проведення консультацій пацієнти мають бути обстеженими. Відповідно функціонує діагностичне відділення в складі якого працює рентгено- та УЗД-кабінети. В консультативно-діагностичному центрі передбачено надання медичної допомоги за всіма основними спеціальностями та обстеження пацієнтів відповідно галузевих стандартів.

Для надання стаціонарної допомоги формуються лікарні нового типу.

Лікарні інтенсивного лікування [52] (ЛІЛ) пацієнтів стають головним ЗОЗ для надання стаціонарної медичної допомоги другого рівня. Вони формуються на базі існуючих ЗОЗ. Були розроблені вимоги та індикатори для відбору ЗОЗ на базі яких передбачається формування ЛІЛ. ЛІЛ надають екстрену інтенсивну медичну допомогу за визначеними спеціальностями цілодобово. Нормативними документами передбачено формування ЛІЛ двох рівнів: першого та другого. Відмінність за рівнями відрізняється наявністю профілів (за спеціальностями) стаціонарних відділень. Консультативно-діагностична поліклініка може входити до складу ЛІЛ. Для організації ефективної діяльності даний заклад охорони здоров'я повинен мати потужну діагностичну базу в тому числі з променевої діагностики.

Лікарня планового лікування [53] (ЛПЛ). Даний тип ЗОЗ створюється на базі існуючих ЦРЛ та ЦМЛ. В ЦРЛ та ЦМЛ оптимізується структура закладу: розширюються відділення, які надають консервативну не інтенсивну допомогу, а відділення, в яких надається хірургічна та інтенсивна допомога

переводяться до складу ЛПЛ. Консультативні поліклініки в районах та містах можуть входити до складу ЛПЛ. Надання такої допомоги не потребує організації цілодобової роботи діагностичних служб. Із променевих методів дослідження також немає потреби в проведенні в такій лікарні складних та дороговартісних обстежень.

Лікарня відновного лікування [54] (ЛВЛ). Цей тип ЗОЗ передбачає надання спеціалізованої реабілітаційної медичної допомоги. Для цього формується відповідна структура зі спеціальною матеріально-технічною та технологічною базою. Лікування в ЛВЛ не передбачає проведення діагностичних обстежень. Пацієнти направляються до лікарні обстеженими.

Хоспіси [55]. Заклад призначається для догляду за тяжкохворими пацієнтами в термінальній стадії. Перебування в даному закладі не передбачає проведення діагностичних обстежень. Пацієнти направляються до лікарні обстеженими.

Заклад медико-соціальної допомоги [56]. Заклад призначається для довготривалого перебування та догляду за пацієнтами, які мають на те медичні та соціальні показання. Перебування в даному закладі не передбачає проведення діагностичних обстежень. Пацієнти направляються до лікарні обстеженими. А при потребі вони обстежуються в лікарні планового лікування або консультативно-діагностичному центрі.

Відповідно до чинних норм, ПМСД передбачає заходи щодо профілактики, діагностики, лікування легеневих захворювань і станів, медичної реабілітації, формування здорового способу життя. До структури ПМСД входять первинна долікарська допомога (надається медичними працівниками із середньою медичною освітою), первинна меддопомога (надається сімейним лікарем) та ПМСД (надається пульмонологом) [57]. Первинна медична допомога надається амбулаторно та в умовах денного стаціонару. Якщо первинну домедичну допомогу надають медичні працівники із середньою медичною освітою, то первинну медичну допомогу надає сімейний лікар.

Чинними правилами передбачено, що за наявності медичних показань до надання медичної допомоги, яка не потребує її надання в стаціонарних умовах, сімейний лікар, медичні працівники із середньою медичною освітою, педіатр направляють хворого до кабінету пульмонолога ЗОЗ з надання ПМСД.

ПМСД надає лікар-пульмонолог, а при його відсутності – лікар загальної практики – педіатр. При відсутності кабінету пульмонолога в ЗОЗ ПМСД може надаватися в терапевтичних кабінетах, педіатричних кабінетах. При неможливості надання медичної допомоги в межах ПМСД пацієнта направляють в ЗОЗ, який надає спеціалізовану медичну допомогу за напрямками «пульмонологія» або «терапія», «педіатрія», «хірургія», «дитяча хірургія» (Рис. 2.5).

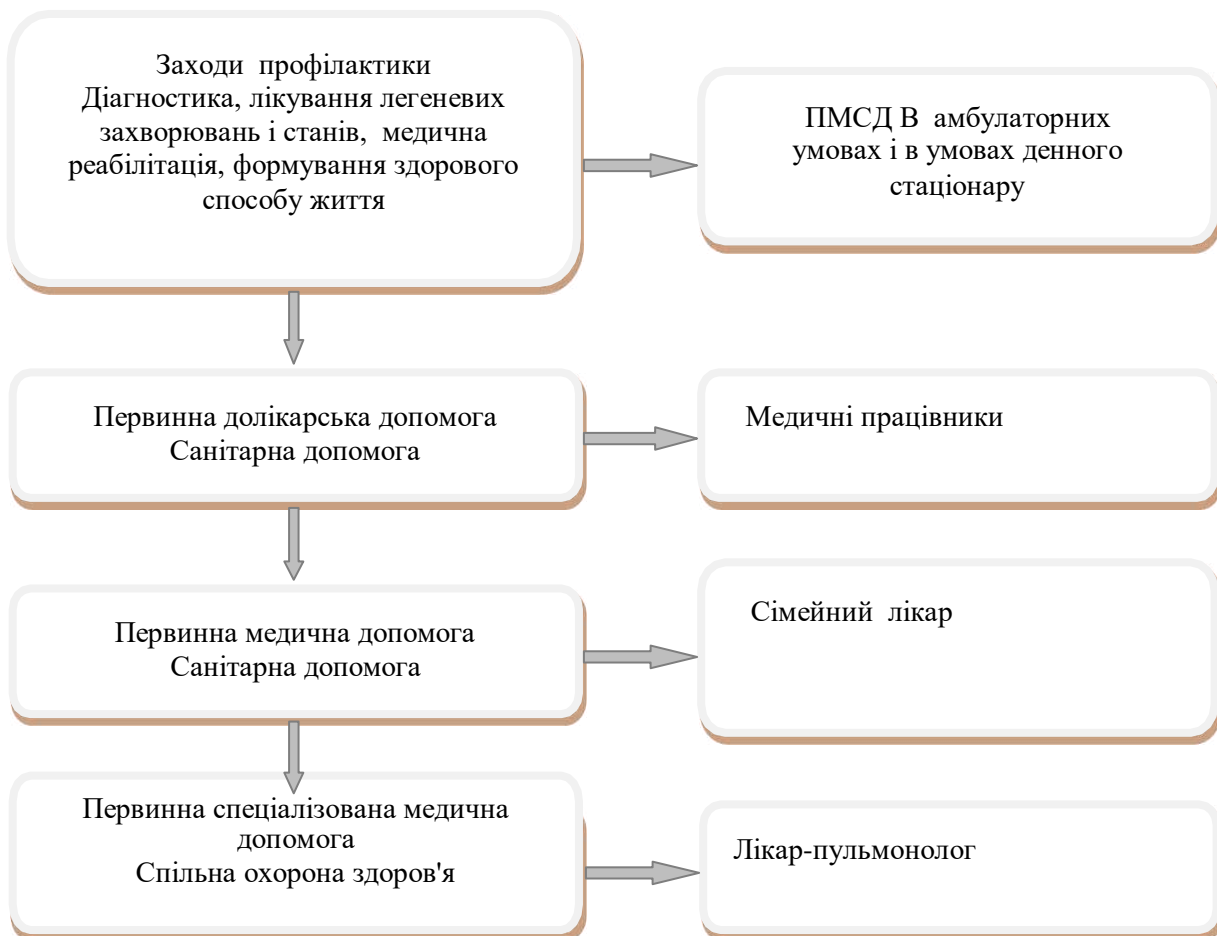


Рис. 2.5. Структура та умови надання первинної медичної допомоги за профілем «пульмонологія»

Екстрена медична допомога, в тому числі спеціалізована, забезпечується фельдшерськими та медико-мобільними бригадами екстреної допомоги, спеціалізованими мобільними бригадами, в тому числі педіатричними в екстреній та невідкладній формі поза межами ЗОЗ, а також в амбулаторно-поліклінічних закладах. За таких умов в разі необхідності проводиться медична евакуація, яка включає в себе санітарну авіацію і санітарну евакуацію. В цьому випадку бригада екстреної допомоги доставляє пацієнтів із загрозливими для життя станами в ЗОЗ, які надають цілодобову медичну допомогу за напрямками «анестезіологія та реаніматологія», «хірургія» або «дитяча хірургія», «пульмонологія», «терапія», «педіатрія». Після усунення загрозливих для життя станів і при наявності медичних показань хворих переводять в пульмонологічне або хірургічне відділення, відділення дитячої хірургії, терапії, педіатрії для надання спеціалізованої медичної допомоги.

При цьому основна роль в системі спеціалізованої медичної допомоги хворим з бронхолегеневою патологією належить пульмонологічним кабінетам, основними функціями яких є :

- надання консультативної, діагностичної та лікувальної допомоги пацієнтам із ХОД;
- диспансерне спостереження та медична реабілітація хворих з ХОД;
- проведення заходів щодо первинної профілактики розвитку ХОД, а також вторинної профілактики ускладнень і прогресуючого перебігу ХОД;
- вирішення організаційних питань надання медичної допомоги за профілем «пульмонологія» та направлення хворого на консультацію до інших фахівців;
- направлення хворих з ХОД для надання медичної допомоги в стаціонарних умовах ЗОЗ;
- участь у відборі пацієнтів для надання високотехнологічних видів медичної допомоги в установленому порядку надання високотехнологічної медичної допомоги, а також реєстрація осіб, які очікують та отримують

високотехнологічну ПД;

- участь в організації та проведенні медичного огляду прикріпленого населення;

- розробка і впровадження заходів щодо санітарно-гігієнічного виховання та пропаганди медичних знань з профілактики ХОД (Положення про пульмонологічний кабінет [16]);

- впровадження в практику нових методів профілактики, діагностики та лікування хворих з ХОД;

- ведення бухгалтерської та звітної документації, надання звітів про діяльність в установленому порядку, збір даних для реєстрів, ведення яких передбачено законодавством.

В основу роботи лікаря пульмонологічного кабінету повинен лягати принцип наступності у веденні пацієнтів. При цьому пульмонолог повинен тісно співпрацювати з:

- відділенням профілактики поліклініки (при необхідності бере участь в профілактичних оглядах);

- відділенням (кабінетом) реабілітаційного лікування (участь у підготовці індивідуальних комплексних реабілітаційних заходів для хворих на ХОД);

- сімейними лікарями;

- вузькими фахівцями, в тому числі фтизіатром та онкологом (за показаннями).

Таким чином, кабінет пульмонолога ЗОЗ створюється для надання консультативної, діагностичної та лікувальної допомоги в сфері пульмонології. На посаду лікаря пульмонологічного кабінету призначається лікар, що пройшов спеціальну підготовку з пульмонології. (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 серпня 1993 р. № 191) [16].

З урахуванням виконуваних завдань лікувально-діагностичною базою пульмонологічних кабінетів можуть бути тільки установи, до складу яких входять діагностичні та лікувальні відділення, що забезпечують його роботу.

У зв'язку з цим вони повинні бути організовані в складі обласних лікарень, великих медико-санітарних підрозділів, ЦРЛ, міських поліклінік.

На сьогодні реальні можливості матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ інформаційним медичним обладнанням диктують необхідність передачі діагностичного процесу на амбулаторний етап. Особливе значення для поліпшення ПД в сучасних умовах має організація амбулаторних консультативно-діагностичних підрозділів. Однак ці можливості використовуються не повною мірою: лише 15% хворих на хронічні ХОД обстежуються і лікуються амбулаторно.

Основним варіантом, який забезпечує реальне поліпшення епідеміологічних показників ХОД при зниженні необхідності госпіталізації, є організація пульмонологічних кабінетів при міських поліклініках і РЛ. Висока клініко-епідеміологічна ефективність пульмонологічних кабінетів пояснюється їх економічною ефективністю, яка окупається протягом одного року за рахунок зниження фактичного рівня кошовної госпіталізації хворих на ХОД і зменшення втрат від тимчасової втрати працездатності. Організація пульмонологічних кабінетів дає можливість скоротити кількість випадків і днів тимчасової і стійкої непрацездатності на 15-25% в короткі терміни, а за деякими оцінками в 1,5-2 рази [58].

При цьому в системі організації пульмонології з наявністю пульмонологічних кабінетів надати дану допомогу без участі сімейних лікарів неможливо, а підвищення якості не може базуватися виключно на спеціалізованих підрозділах. Більш того, значний обсяг роботи з діагностики та лікування ХОД (а це слід враховувати при організації ПД) проводиться місцевими лікарями загальної практики, до яких адресовані ці пацієнти. Особливості клінічного перебігу ХОД вимагають організації лікування за місцем проживання за участю загальної медичної мережі.

У сільській місцевості більшість хворих на хронічні ХОД отримують стаціонарне лікування в терапевтичних відділеннях центральних районних лікарень, інші – на базі районних та обласних лікарень [10]. За кордоном

41,1% пацієнтів з ХОД лікуються в спеціалізованому закладі.

Однак якість амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на ХОД потребує подальшого вдосконалення. Недостатнє матеріально-технічне забезпечення амбулаторної служби та недостатня професійна підготовка сімейних лікарів у сфері пульмонології не дозволяє успішно лікувати великі контингенти пацієнтів. У той же час саме в цій ланці відкриваються великі можливості в поліпшенні медичних, соціальних та економічних показників РЗ населення. У зв'язку з цим важливу роль у розвитку медичної допомоги в цілому відіграє подальше вдосконалення амбулаторно-поліклінічної служби. На сьогодні управління амбулаторно-поліклінічною допомогою є одним з пріоритетних завдань.

У системі послідовного забезпечення хворих на ХОД кваліфікованою медичною допомогою важливе місце належить спеціалізованим лікарням, які є основною структурною одиницею пульмонологічних центрів.

В Україні з 2002 року діє «Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги», яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України. Відповідно до цієї програми медична допомога – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства.

Цією програмою визначено, що державними та комунальними закладами охорони здоров'я надається безкоштовна медична допомога таких основних видів, що перелічені нижче:

- швидка та невідкладна – на догоспітальному етапі станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги, пунктами невідкладної медичної допомоги у стані, що загрожує життю людини; амбулаторно-поліклінічна;

- стаціонарна – у разі гострого захворювання та в невідкладних випадках.;

- долікарська медична допомога сільським жителям;
- санаторно-курортна допомога інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих санаторіях;
- медико-соціальна експертиза втрати працездатності та інші види [1; 59].

Тобто у випадку звернення хворого до ЗОЗ існують алгоритми скерування хворого одразу на III рівень до лікаря пульмонолога / алерголога / імунолога:

Скерування пацієнта відбувається до консультативної поліклініки за направленням закладу охорони здоров'я області I-II рівня з діагнозом та повним переліком проведених діагностичних заходів, консультацій суміжних спеціалістів та проведеного лікування згідно локальних протоколів та формулярів лікарських засобів.

При наявності важкого стану пацієнта транспортування відбувається санітарним транспортом лише в супроводі медичного персоналу.

В разі протипоказань щодо транспортування хворого в заклад III рівня здійснюється ургентний виклик консультанта лікаря-пульмонолога через санавіацію обласного центру екстреної медичної допомоги.

Фінансування ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу та входять до складу госпітальних округів, здійснювалося із обласних бюджетів Вінницької, Дніпропетровської, Донецької областей та міського бюджету м. Києва [32; 60; 61].

Бюджетним Кодексом України (ст. 89-90) на законодавчому рівні було визначено об'єднання коштів державного бюджету для надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного значення, а коштів державного бюджету на надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та екстреної медичної допомоги – на рівні обласних бюджетів [62, 63].

Повністю виконано даний напрямок реформи в Дніпропетровській області. Проведений аналіз даних інновацій, який полягає в об'єднанні

фінансових ресурсів охорони здоров'я на рівні обласного бюджету дозволило сформувати більш потужні фінансові пули для надання медичної допомоги вторинного та третинного рівнів та забезпечити принцип екстериторіальності, рівнодоступності спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтів ЗОЗ відповідних рівнів [64].

Так, за даними експерименту 100% від потреби забезпечено фінансування невідкладної допомоги, на 46,3% збільшено фінансування пільгових категорій населення по забезпеченню безоплатними лікарськими засобами до 33,9 млн грн у 2013 р., приведено фінансові видатки на придбання медикаментів та харчування до єдиних нормативів при збільшенні їх більше, ніж у 2 рази.

В Дніпропетровській області було розпочато концентрацію матеріально-технічних і кадрових ресурсів на базі більш потужних лікарень, що сприяло запровадженню сучасних медичних діагностичних та лікувальних технологій, підвищенню кількості малоінвазивних методів оперативного втручання, що сприяло зменшенню середнього терміну перебування пацієнтів на лікуванні в стаціонарах.

Позитивним є те, що концентрація фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів на рівні області дозволила в правовому полі забезпечити необхідну маршрутизацію пацієнтів відповідно до потреби, що визначається їх клінічним станом, за напрямом та рівнями надання меддопомоги, реалізацію єдиних підходів у фінансуванні ЗОЗ, виділення першочергових заходів (інтенсивна допомога, ургентна хірургічна допомога, перинатальна допомога, тощо).

Постановою КМУ від 08 грудня 2010 № 1149 «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» врегульоване питання визначення у пілотних регіонах обсягів фінансових видатків за рівнями місцевих бюджетів на охорону здоров'я: первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу [65].

З метою забезпечення виконання даної постанови КМУ було розроблено Методику, яку було затверджено наказом МОЗ України від 15.05.2013 № 373 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 20.06.2013 № 1044/23576) «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги». В ній представлено Порядок проведення розрахунку обсягу фінансових видатків між видами медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) як у пілотних регіонів, так і не пілотних регіонах [66].

Це дозволило коригувати частки обсягу фінансових видатків місцевих бюджетів на ЗОЗ [65, 66].

Наказом Міністерства фінансів України від 14.01.2011 № 11 «Про бюджетну класифікацію» [67] затверджено функціональну класифікацію видатків та кредитування бюджету, в якій виділено окремі функції Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги (код 0724), Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (код 0726), перинатальні центри (код 0733), що дозволило встановити обсяги бюджетного фінансування на надання медичної допомоги в ЗОЗ вказаних типів.

Проведений аналіз використання бюджетних коштів в розрізі відповідних бюджетних програм за видами надання медичної допомоги, дозволив зробити висновок, що використання програмно-цільового методу у бюджетному процесі в охороні здоров'я на рівні місцевих бюджетів є позитивним.

У період пілотного відпрацювання реформи системи фінансування було опрацьовано підходи щодо укладення договорів на рівні ЗОЗ та фінансуючою стороною, про медичне обслуговування населення [32; 68]. Це забезпечило чіткий зв'язок договорів між ЗОЗ та місцевою владою з програмно-цільовим методом планування бюджетів в охороні здоров'я з вираховуванням цільових індикаторів витрат, якості та ефективності медичних послуг, для чого необхідно передбачити кількісні та якісні

показники діяльності ЗОЗ.

Важливим напрямком реформи є запровадження фінансування ЗОЗ за скороченою економічною класифікацією видатків державного бюджету. Для цього були прийняті наступні нормативно-правові акти [69 – 71], що дозволило фінансувати ЗОЗ, які надають ПМСД у пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 2282 «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку» та КЕКВ 3210 «Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)».

Важливим організаційним напрямком реформи охорони здоров'я є відпрацювання зміни господарського статусу ЗОЗ з установ на комунальні некомерційні підприємства (Рис. 2.6).

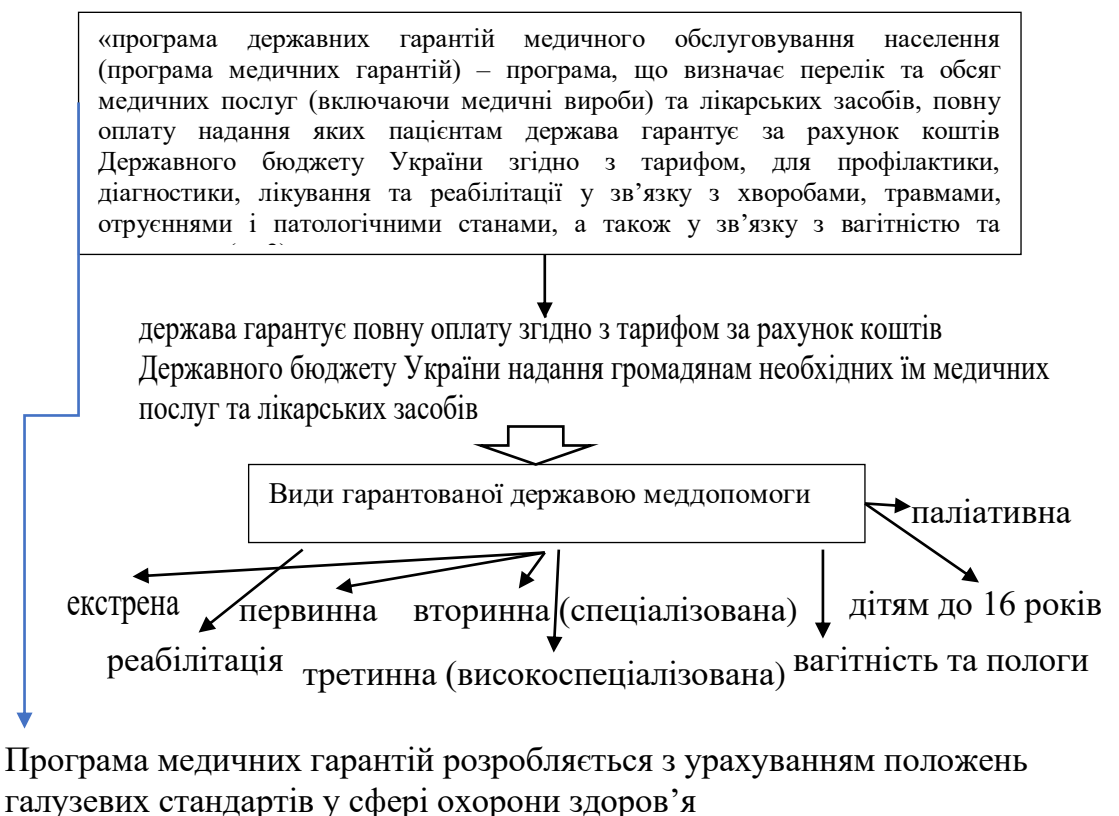


Рис. 2.6. Запрограмовані медичні гарантії [24]

Таким чином, втративши статус бюджетної установи ЗОЗ, які

zareєстровані в статусі комунальних некомерційних підприємств стикнулися з проблеми з оподаткуванням та з оплатою комунальних послуг тощо.

Згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (прийнято 19 жовтня 2017 р.) [24] радикально змінена система фінансування в охороні здоров'я України.

Цим Законом України вперше в країні визначено поняття «програма державних гарантій медичного обслуговування населення». В умовах реформування системи надання медичної допомоги населення велика увага приділяється питанням перманентного підвищення якості меддопомоги [29, 72].

Проведений аналіз забезпечення безперервного підвищення та управління якістю з урахуванням міжнародного досвіду меддопомоги на рівні ЗОЗ вказує на практичну відсутність системи безперервного підвищення якості на рівні ЗОЗ. Це підтверджується наступними даними: відсутні системи моніторингу якості меддопомоги, що підтверджується відсутністю індикаторів оцінки як за рівнями, так і за видами меддопомоги та обмеженістю цифровізації проведення такого моніторингу; відсутні системи зовнішнього та внутрішнього аудиту якості меддопомоги [72, с. 382]; недостатній рівень інформованості лікарів про Клінічні протоколи, які затверджені МОЗ України і є галузевими стандартами меддопомоги; недостатній рівень безперервного професійного навчання та мотивації медичних працівників до якісної та ефективної меддопомоги [73].

2.3. Управління захистом респіраторного здоров'я на регіональному рівні

Тепер розглянемо більш детально регіональний рівень управління пульмонологічною службою, яка сьогодні представлена мережею спеціалізованих ліжок у кожному регіоні нашої держави.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням

відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України здійснюють місцеві державні адміністрації.

Відповідно до Положення Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації (далі – Департамент) є структурним підрозділом обласної державної адміністрації, що утворений головою обласної державної адміністрації шляхом перейменування управління охорони здоров'я облдержадміністрації, є правонаступником усіх майнових та немайнових прав і зобов'язань.

Департамент є підпорядкованим голові обласної державної адміністрації та підзвітним і підконтрольним МОЗ України. Основними завданнями Департаменту є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- у межах своїх повноважень управління закладами охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласного бюджету, організація їх кадрового, матеріально-технічного і методичного забезпечення;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я області та нормативне забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію інфекційних захворювань, епідемій. Відповідно до покладених завдань Департамент готує пропозиції до проектів програм соціально-економічного розвитку області та проектів місцевого бюджету, подає їх на розгляд обласної державної адміністрації та забезпечує їх виконання, визначає потребу у лікарських засобах та виробках медичного призначення, медичному обладнанні, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту, здійснює організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення на відповідній території.

Відповідно до основ законодавства про охорону здоров'я, кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

- екстрена медична допомога;
- первинна медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Розглянемо більш детально основні показники діяльності пульмонологічної служби України за період 2011-2017 рр. [74].

Середня тривалість лікування хворого в стаціонарі при бронхіальній астмі (в днях) зменшилася з 11,02 у 2017 році до 10,77 у 2018 році.

Середня тривалість лікування хворого в стаціонарі при інших обструктивних хворобах легень також зменшилася з 11,08 у 2017 році до 10,91 у 2018 році.

Середня тривалість лікування хворого в стаціонарі при пневмоніях також зменшилася: з 12,09 у 2017 році до 11,83 у 2018 році.

Середня тривалість перебування хворого на торакальному ліжку збільшилася з 15,48 у 2017 році до 15,61 у 2018 році.

Середня тривалість перебування хворого на алергічному ліжку зменшилася з 11,33 у 2017 році до 10,86 у 2018 році.

У 2018 році кількість пульмонологічних ліжок (для дітей та дорослих)

зменшилася на 40 (з 2736 у 2017 році до 2696 у 2018 році).

Кількість ліжок торакальної хірургії (для дітей та дорослих) також зменшилася на 20 (з 891 у 2017 році до 871 у 2018 році).

Кількість алергологічних ліжок (для дорослих) не змінилася та становить у 2017 та 2018 роках 916. Проте кількість алергологічних ліжок (для дітей 0-14 років) зменшилася на 20 (з 586 у 2017 році до 566 у 2018 році).

Число закладів, які мають пульмонологічні кабінети, продовжує стабільно скорочуватися і становить у 2018 році – 230 (з 333 у 2010 році до 230 у 2018 році).

Кількість алергологічних кабінетів майже трішки зросла і становить у 2018 році 147 (у 2017 році було 145 ліжок).

Показник забезпеченості лікарями-пульмонологами у 2017 та 2018 роках залишився без змін і становить 0,12.

Показник забезпеченості лікарями-алергологами у 2017 та 2018 роках також залишився без змін і становить 0,06.

Смертність від хвороб органів дихання зросла з 28,7 у 2017 році до 33,2 у 2018 році на 100 тис. населення.

Смертність від пневмонії також зросла з 11,7 у 2017 році до 15,3 у 2018 році на 100 тис. населення.

Смертність від хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів незначно зросла з 14,1 у 2017 році до 14,2 у 2018 році на 100 тис. населення.

Смертність від бронхіальної астми та астматичних станів у 2018 році порівняно з 2017 роком не змінилася та становить 0,3 на 100 тис. населення.

Показник лікарняної летальності:

- при пневмонії збільшився з 1,43 у 2017 році до 1,59 у 2018 році;
- при бронхіальній астмі збільшився з 0,03 у 2017 році до 0,06 у 2018 році;
- при інших обструктивних хвороб легень збільшився з 1,42 у 2017 році до 1,59 у 2018 році на 100 тис. дорослого населення.

Матеріально-технічна база і кадровий потенціал пульмонологічної служби залишаються однією із найскладніших проблем [60].

Проведений статистичний аналіз ХОД в Україні за 2018 рік у порівнянні з 2017 роком вказує на підвищення якості та ефективності діагностики ХОД.

Також слід акцентувати, що в організаційному плані наказом МОЗ України від 04.10.2018 року № 1802 «Про затвердження Змін до наказу МОЗ України» від 10 липня 2007 року № 378, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 31 жовтня 2018 року за № 1240/32692 – форму № 12 «Звіт про захворювання, що зареєстровані у районі обстеження лікувально-профілактичного закладу» відмінено.

У зв'язку з цим статистичні дані про захворюваність та поширеність ХОД за 2018 рік відсутні, як і за наступні роки.

У Дніпропетровській області, як і по всій Україні дуже гострою проблемою є забезпечення заходів щодо організації й надання допомоги хворим з ХОД, серед якої найбільш частим захворюваннями є ХОЗЛ, алергологічна патологія (БА) та туберкульоз легень.

Нормативні документи, за якими здійснюється робота пульмонологічного відділення Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова регламентується наказом УОЗ № 165 від 06.05.1998 р. «Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю» та наказом МОЗ № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».

Основне завдання відділення – надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з неспецифічними захворюваннями легень та алергологічною патологією.

Відділення пульмонології надає спеціалізовану допомогу хворим з пульмонологічною, алергологічною та імунологічною патологією. Відділення оснащене концентраторами кисню та сучасним обладнанням для

діагностики та лікування патології органів дихання, імунної системи та алергічних захворювань.

З метою уточнення діагнозу, підбору адекватного лікування хворих пульмонологічного профілю у відділенні використовуються такі сучасні методи обстеження та діагностики, як:

- рентгенологічне обстеження органів грудної клітки,
- комп'ютерна томографія з болюсним підсиленням;
- фібробронхоскопія;
- ультразвукові дослідження;
- лабораторна діагностика: бактеріологічні, імунологічні дослідження.

При необхідності, на базі алергологічного кабінету поліклінічного відділення пацієнтам проводяться шкірні проби з побутовими та харчовими алергенами.

Роботу відділення забезпечують: 3 лікаря-пульмонолога, 6 медсестер та 6 молодших медсестер.

Технічна база пульмонологічного відділення розрахована на 30 ліжок. Щодо обладнання відділення, то також є кабінет УЗД та інвазивних методів діагностики та лікування (торакоцентез під контролем УЗД, бронхоскопія), лабораторія функціональних методів дослідження дихання (спірометрія з бронходилатативним тестом, спірометрія з навантаженням, пульсоксиметрія), кабінет специфічної імунологічної діагностики та імунотерапії (імунобіологічна терапія, алерген-специфічна імунотерапія алергенами та алергоїдами).

Клінікою та відділенням організовано 8 палат для стаціонарного лікування хворих з пульмонологічною та алергологічною патологією, які оснащені концентраторами кисню, небулайзерами. Відділення оснащене інтернетом з WiFi. Ординаторська оснащена негатоскопом та комп'ютерною технікою для роботи з медичною документацією в електронному форматі.

Завідувачем та лікарями відділення проводиться наукова робота з питань профілактики та лікування хвороб органів дихання. Загальна кількість

опублікованих робіт понад 125 наукових статей (в т. ч. методичних рекомендацій) у вітчизняних та закордонних виданнях з виступами на науково-практичних конференціях, конгресах та симпозиумах.

На базі відділення функціонує міжнародний центр клінічних досліджень БА, ХОЗЛ, пневмонією та іншою хронічною патологією органів дихання згідно правил GCP та вимог ДЕЦ МОЗ України.

Сьогодні налічується більше 15 профілів захворювання для скерування у відділення пульмонології обласної клінічної лікарні для подальшого лікування:

- БА, неконтрольована, середньо-важкий, важкий персистуючий перебіг для корекції лікування;
- ХОЗЛ, важкий перебіг, група А, В, С, D для уточнення діагнозу, корекції лікування;
- пневмонія III-V групи складності по шкалі PORT, в тому числі з ускладненням, для корекції лікування, обстеження та диференційної діагностики;
- муковісцидоз в осіб 18 років та старше в період загострення, для корекції лікування;
- бронхоектатична хвороба (в тому числі вторинні бронхоектази) в період загострення для корекції лікування;
- саркоїдоз I-IV ст., для первинного встановлення діагнозу, корекції лікування;
- інтерстиційні захворювання легень: ідіопатичний легеневий фіброз, гіпер-сенситивний пневмоніт, неспецифічні інтерстиційні пневмонії, ятрогенний пневмоніт/фіброз, криптогенна організуюча пневмонія, еозинофільне інтерстиційне захворювання легень (еозинофільна пневмонія), респіраторний бронхіоліт, десквамативна інтерстиційна пневмонія, гостра інтерстиційна пневмонія, лімфоцитарна інтерстиційна пневмонія, рідкісні ІЗЛ (лімфангіолейоміоматоз, альвеолярний протеїноз, ідіопатичний гемосидероз легень, ідіопатичний бронхолегеневий амілоїдоз,

остеопластична пневмопатія), для первинного встановлення діагнозу, для корекції лікування;

– інтерстиційні захворювання легень, асоційовані з системними захворюваннями, та які не класифікуються, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;

– спадкові та первинні захворювання органів дихання (сімейний легеневий фіброз, Hermansky-Pudlak-синдром, легеневий гістіоцитоз Лангерганса, емфізема з дефіцитом альфа-1-антитрипсину), для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;

– професійні захворювання органів дихання (пневмоконіоз, азбестоз), для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;

– хронічне легеневе серце, СН I-III, ФК I-IV;

– легенева артеріальна гіпертензія, ФК I-IV, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;

– тромбоемболія легеневої артерії малого ризику, в тому числі хронічна постемболічна легенева гіпертензія, для первинного підтвердження діагнозу, для корекції лікування;

– підозра на онкологічну патологію органів дихання та середостіння, для встановлення первинного діагнозу та диференційної діагностики;

– синдром нічного апное, храп та інші дихальні розлади неясного генезу. Функціональний скринінг для первинного встановлення клінічного діагнозу та корекції лікування.

Також існують медичні показання стану людини, на підставі чого їй рекомендують скеруватися у відділення пульмонології обласної клінічної лікарні:

– діагностична знахідка патології легень та органів середостіння на рентгенограмі або на комп'ютерній томографії органів грудної клітки;

– відсутність діагностичних можливостей на I-II рівні для диференційної діагностики бронхообструктивного синдрому (спірометрія з провокаційним тестом та тестом на зворотністю бронхіальної обструкції);

– відсутність діагностичних можливостей на I-II рівні (торакоцентез, біопсія лімфовузлів та легень під контролем УЗД-датчика, бронхоскопія, ультразвукова діагностика органів грудної клітки, алергологічна діагностика) для діагностики пульмонологічної патології;

– жінки в віці 18 років та старше в I-III триместрі вагітності з вище переліченою пульмонологічною патологією, для додаткового обстеження та корекції лікування;

– відсутність кадрів та лікувально-діагностичних можливостей на I-II рівні для вище переліченої пульмонологічної патології згідно уніфікованих клінічних протоколів затверджених наказами МОЗ;

– проведення функціональних методів обстеження у пацієнтів з хронічною пульмонологічною патологією для експертизи непрацездатності.

Конституція України закріплює за кожним українцем право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

На прикладі пульмонологічного відділення КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарні ім. Мечникова «ДОР» проведемо аналіз статистичних показників діяльності відділення.

За даними звітів (2017 – 2022) з кожним роком збільшується кількість хворих, пролікованих у відділенні, адже відділення надає високоспеціалізовану (третинну) медичну допомогу. Так станом на 2022 рік проліковано – 846 (за планом 646), що на 200 пацієнтів більше запланованих і на 246 більше ніж за аналогічний період 2021 (2021 – 601 пацієнтів). Також завдяки впровадженню нових методик у відділенні клініки, а саме використання дихального тренажера «Тріболл», Методики ранньої діагностики та лікування рідкісних захворювань легеневої системи (екзогенний альвеоліт, ІФА), на 0,1 знизилася середня тривалість хворих на ліжку та склала 11,0 (план – 11,2), що і на 0,2 нижче показників за 2017. Тобто зазначимо, що фінансування нових технологій дало скорочення тривалості лікування, що також має свій економічний ефект для клініки у показнику робота ліжка.

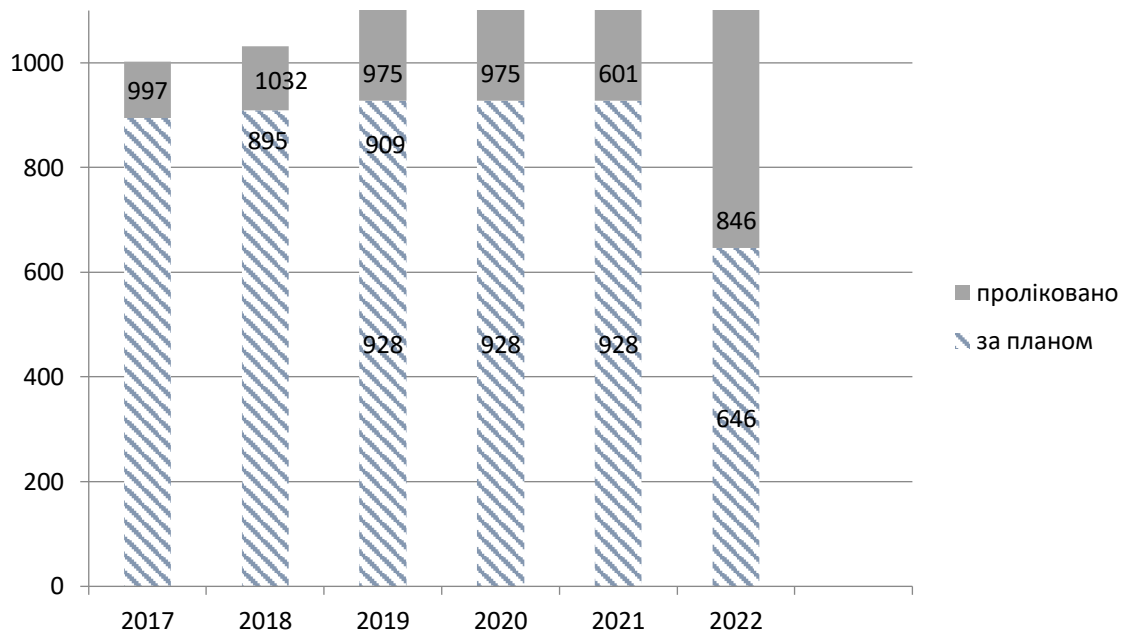


Рис. 2.7. Кількість пролікованих пацієнтів відділення за 2017-2022 роки

Складено автором

У порівнянні зі всією Україною цього показника, то Україна мала у 2018 р. такий середній показник як 11,17, а середній показник по 7 найбільших областях України – 11,71, та оборот ліжка перевищив планові показники – 34,40 (план – 30,3) на 4,1 та на 1,77 вище показників за 2017 (33,23). Робота ліжка вище запланованого на 39,1 і становила – 379,1 (план – 340,0) і на 10,9 вище показників за 2017 (368,2 – 2017 р.).

Також існує статистка даних про кількість ліжко-днів, що склало 11372, та на 1172 більше запланованого (план – 10200) й на 325 вище в порівнянні з 2017 (2017 рік – 11047).

Зовнішні чинники істотно змінили роботу відділення. Унаслідок того, що відділення у 2021 р. було перепрофільоване у «відділення для надання допомоги підозрілим та хворим на COVID 19» на 2,5 підвищилась середня тривалість перебування хворих на ліжку и становила 13,5 (план – 11,0), що на 3,7 вище показників за 2020 (по Україні – 11,17). Середній показник по 7 областях України – 11,71; оборт ліжка нижче планових показників – 24,04 (план – 30,93) на 6,98 та на 9,78 більше показників за 2020 (14,26).

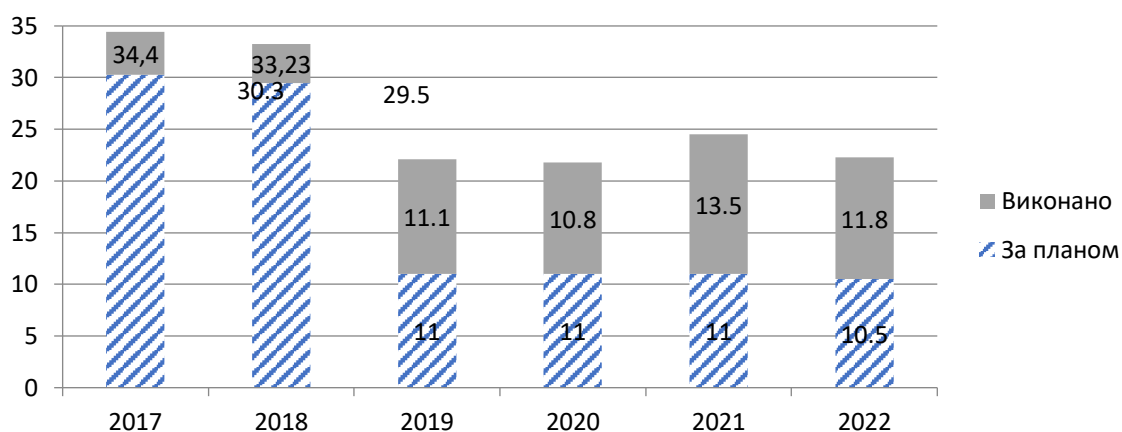


Рис. 2.8. Показники обороту ліжка у відділенні за 2017-2022 роки

Складено автором

Робота ліжка нижче запланованого на 14,3 и становить 325,7 (план – 340,0) та на 172,1 вище показників за 2020 (153,6 – 2020).

Унаслідок того, що відділення було закрито на 60 календарних днів у 2022 р. у зв'язку з введенням воєнного стану на 1,3 підвищилась середня тривалість перебування хворих на ліжку и становила 11,8 (план – 10,5), що на 1,7 вище показників за 2021 (по Україні – 11,17, середній показник по 7 областях України – 11,71; оберт ліжка нижче планових показників – 29,17 (план – 32,3) на 3,13 та на 5,13 більше показників за 2021 (24,04).

Робота ліжка вище запланованого на 3,4 та становить – 343,4 (план – 340,0) та на 17,7 вище показників за 2021 (325,7 – 2021).

Тож бачимо збільшення у показниках – питома вага хворих, що надійшли за скеруванням поліклініки, а саме це число скерованих x 100, тобто загальне число скерованих.

За показниками відділення збільшилася питома вага хворих, що надійшли за скеруванням поліклініки – 859 осіб, що склало 83,2%, 2017 рік – 848 осіб, тобто це 85,1% та 83,2%. Розбіжність діагнозів поліклінічних і клінічних – немає. Така ж ситуація і у 2022 р. – 91,1 %, що на 17,7 % більше в порівнянні з 2021 р. (73,4 – 2021).

На жаль, за статистичними даними, трохи збільшилася кількість

ургентних госпіталізацій у 2018 р. на 0,97 від попереднього року та склало – 15,31 (2017 році цей показник 14,34). Динаміка кількості пролікованих жителів м. Дніпра суперечлива – у 2018 р. збільшилась на 58 осіб (4,9%) – 278 осіб (26,9%) та 219 осіб (22%) у 2017 році, зменшилась у 2022 р. на 10,7 % в порівнянні з минулим роком і становила 30% (2021 р 30 %), переведено із інших відділень 25 пацієнтів.

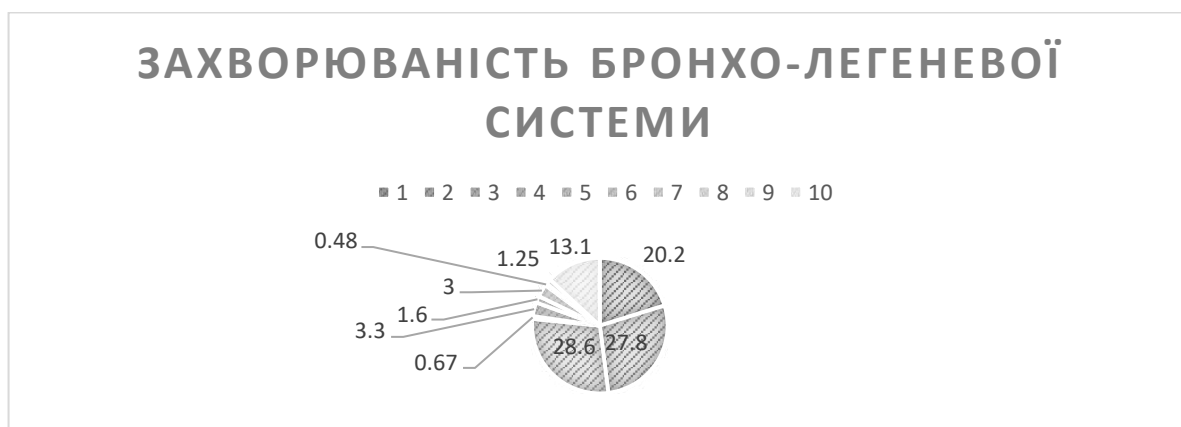


Рис. 2.9. Аналіз структури захворюваності бронхо-легеневої системи, у% (позначення 1-10 зазначені у тексті) Складено автором

Аналізуючи структуру захворюваності бронхо-легеневої системи (рис. 2.9), слід зазначити, що на першому місці стоять (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Динаміка захворюваності бронхо-легеневої системи, 2017 – 2022

Складено автором

№	Діагноз	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	позалікарняних пневмоній	202 (20,3%)	208 (20,2%)	225 (23,2)	292 (52,07%)	292 (52,07)	207 (34,4)
2	ХОЗЛ	265 (26,6%)	287 (27,8%)	263 (27,9%)	95 (19,2 %)	95 (19,2%)	148 (24,63%)
3	БА	278 (27,9%)	295 (28,6%)	268 (27,48%)	103 (21,6 %)	103 (21,6%)	152 (25,29%)
4	вперше виявлені новоутворення бронхо-легеневої системи: в абсолютних цифрах	3	7 осіб (0,67%)	4	4	4	3

5	бронхоектатична хвороба	32 (3,26%)	34 (3,3%)	22 (3,3%)	11 (2,26%)	11 (2,26%)	12 (1,99%)
6	інтерстиціальна легенева хвороба	30 (3%)	17 осіб (1,6%)	15 (1,6%)	6 (1,53%)	6 (1,53%)	24 (3,99%)
7	саркоїдоз легень	23 (2,3%)	31 (3%)	33 (3%)	4 (1,37)	4 (1,37)	15 (2,49%)
8	плеврит	6	5 (0,48%)	4	0	0	4(0,67%)
9	легенева емболія	15	13 (1,25%)	28	6	0	7 (1,16%)

Цікаво порівняти динаміку захворювань в абсолютних показниках (за кількістю пацієнтів) та у відсотках від загальної кількості хворих на ХОД (структура хвороб) (Рис.2.10.-Рис.2.11).



Рис. 2.10. Динаміка захворювань по відділенню в абсолютних показниках

Складено автором

Отже, можна побачити, що на перше місце посідають негоспітальні пневмонії, пік захворюваності яких припадає на 2021 р. (що можна пояснити тим, що відділення було перепрофільоване у «відділення для надання

допомоги підозрілим та хворим на COVID 19»).

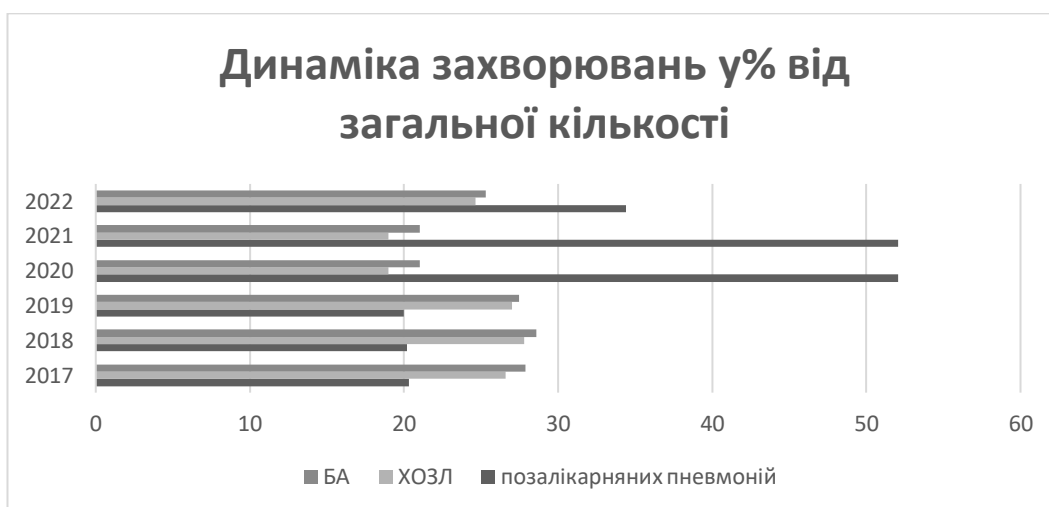


Рис. 2.11. Динаміка захворювань по відділенню у відносних показниках
Складено автором (інші групи хвороб мають незначну динаміку)

Крім того, зменшується кількість хворих на ХОЗЛ та БА (у відносних показниках), залишаються на одному рівні вперше діагностовані новоутворення бронхолегеневої системи, бронхоектатична хвороба, зросла питома вага інтерстиційних хвороб легень, а також саркоїдозу легень, на постійному рівні залишається кількість легеневої емболії.

Працівники відділення опановують систему роботи в НЗСУ в тісній співпраці зі співробітниками відділу інформаційних технологій. Проводиться своєчасна реєстрація хворих у системі Медстар. Відділення надає допомогу за пакетом «Стационарна допомога».

Летальність у відділенні – 0,33, норматив – 0,12. (Україна – 0,20).

У 2022 р., на жаль, зафіксована летальність пацієнтів з пульмонологічної патологією у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії – 9 осіб:

- АІТ № 1 – 5 осіб;
- інтенсивна терапія ГСП – 3 особи;
- ОАІТ політравма – 1 особа.

Кількість вибулих пацієнтів з покращенням майже не змінюється: у

2018 р. склали – 98,74 у 2018 році; у 2017 рік це склало 98,29, та хворі без змін – у 2017 році – 1,3, тобто це хворі з онкопатологією, туберкульозом, ВІЛ-інфіковані, призовники.

Зазначимо, що серед померлих 3 жінок, 6 чоловіків; в структурі летальності 3 жителя міста Дніпро, 6 жителів Дніпропетровської області. Причиною смерті у всіх випадках виявилася пневмонії.

Стосовно організаційно-методичної роботи. У відділенні продовжує реалізовуватися на практиці наказ МОЗ України № 595 від 20.01.2012 року «Про удосконалення лікування хворих тромбозами глибоких вен, тромбоемболією легеневих артерій (ТЕЛА), тромбофіліями».

За даними Головного управління охорони здоров'я, ДОДА КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова» проводить лікування БА в залежності від фенотипів: у хворих з нічними симптомами; у хворих на ожиріння; у курців.

Значно вдалося поліпшити етапи лікування та строки терапії за рахунок використання апарату BREATHING EXERCISE DEVICE та завдяки новим стандартам упровадження спірометрії для контролю ефективності лікування у хворого з бронхообструктивними синдромами.

Із нових технологій більш популярним стає телеконсультація, яка широко застосовується лікарями відділення.

Загальна кількість викликів спеціалістів відділення – 475, з них 30 ургентних викликів.

Також у відділенні для складних випадків перебігу хвороби організовують консилиуми, а саме було проведено 21 у поточному році.

Також відділення співпрацює із пацієнтами та з профільними лабораторіями, тобто щомісяця проводиться школа для пацієнтів з патологією бронхо-легеневої системи, в якій пройшли навчання 227 пацієнтів. А також продовжується співпраця з лабораторної службою за визначенням МБТ в мокроті методом ПЛР.

Перспективним завданнями щодо розвитку та функціонування

пульмонологічного відділення в умовах структурної перебудови пульмонологічної служби та систем охорони здоров'я загалом, є такі:

- забезпечити виконання вимог стандартів медичних технологій уніфікованих і локальних клінічних протоколів при наданні допомоги хворим відповідно до стандартів якості надання медичної допомоги населенню;

- забезпечити дотримання норм етики і деонтології;

- не допускати зловживання службовим становищем при виконанні службових обов'язків;

- забезпечити виконання планових показників роботи відділення;

- продовжити впровадження телекомунікаційних технологій (консультації пацієнтів з установами 4-го рівня надання медичної допомоги, телеконференції).

Підсумовуючи вищезначений матеріал, пріоритетними заходами у напрямку подолання ХОД в Україні має бути не тільки продовження, а й суттєве збільшення фінансування наступних заходів:

- інформування населення з питань профілактики, виявлення та лікування ХОД;

- посилення контролю за лікуванням хворих на усіх етапах лікування;

- розвиток психосоціальної підтримки пацієнтів;

удосконалення системи підвищення кваліфікації медичних працівників [76].

Висновки до розділу 2

1. Розглянуто проблему нормативно-правового забезпечення публічного управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення в Україні, зокрема профілактики респіраторних захворювань та власне лікування легеневих патологій.

Виділено ключові напрями захисту: обмеження поширення гострих

респіраторних захворювань, зокрема інфекційного характеру та респіраторне здоров'я в цілому та кілька груп нормативно-правових актів.

Перша група – ті, які спрямовані на зміцнення загальних захисних сил (резервів) організму – здоровий образ життя, обмеження впливу тютюнопаління, загартування, фізична активність, імунопрофілактика, попередження поширення алергенів. При цьому наголошено, що в Україні відсутні концепії законодавчого забезпечення здорового способу життя, що дали б змогу визначати загальні підходи, структуру, порядок (черговість) розроблення і прийняття законів.

Визначена група нормативно-правових актів щодо захисту респіраторного здоров'я, яка стосується запобігання поширенню вірусних респіраторних інфекцій.

Розглянуто групу нормативно-правових актів щодо розвитку пульмонологічної допомоги в Україні, зокрема наказ МОЗ України «Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю», відповідно до якого й було створено національну пульмонологічну службу.

2. Охарактеризовано структуру управління цією службою. В умовах публічного управління охороною здоров'я та розвитку приватного сектора додається новий суб'єкт управління – лікар-пульмонолог приватного медичного центру.

Наголошено, що проблеми охорони здоров'я потребують належного нормативного забезпечення під час реалізації медичної реформи, у т.ч. що належить до сфери управління наданням медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю на рівні організації спеціалізованої допомоги на третинному рівні. Зокрема, практичний вимір проблеми полягає у тому, що у пульмонологічному відділенні обласної лікарні зустрічається широкий перелік нозологічних форм захворювань, які на даний час в нормативно-правовому полі залишаються не зовсім унормованими.

2. Обґрунтовано, що організація ПД дозволяє значно підвищити якість медичної допомоги хворим на ХОД і забезпечити позитивну динаміку не

тільки показників захворюваності, а й інвалідності та смертності від цих причин, отримати значні економічні та соціальні блага. Встановлено, що всі статистичні показники, що характеризують якість медичної допомоги хворим на ХОД, кращі в тих закладах, де є фахівці з пульмонології. Створення пульмонологічних кабінетів і центрів сприяє уніфікації діагностичних і лікувальних методів.

Пульмонологічна служба України представляє собою в організаційно-функціональному плані добре організовану єдину систему управління, що передбачає наявність профільних інституцій на національному рівні, регіональному та місцевому рівні. Головним профільним закладом пульмонологічної служби України є НІФП, який і формує разом з МОЗ України розвиток основних напрямів функціонування пульмонологічної служби.

Оптимальною системою ПД є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних відділень. Спеціалізація спеціалізованих медичних служб та їх взаємодія із загальною медичною мережею є однією з найскладніших (все більше диференціація терапії, розвиток спеціалізованих служб створюють певні протиріччя між органним принципом роботи медичних підрозділів і цілісною системою роботи сімейного лікаря). Спадкоємність в організації ПД недостатньо ефективна; відзначається низький рівень взаємодії сімейного лікаря з іншими фахівцями при наданні медичної допомоги хворим.

В організації медичної допомоги хворим з ХОД важлива співпраця амбулаторних і лікарів стаціонару, тісний зв'язок спеціалізованих клінік/відділень і загальної мережі, інтеграція різних служб (пульмонологічної, професійної патологічної, алергічної, онкологічної, фтизіатричної), взаємодія терапевтів і педіатрів.

3. Визначено, що якість амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на ХОД потребує подальшого вдосконалення. Недостатнє

матеріально-технічне забезпечення амбулаторної служби та недостатня професійна підготовка сімейних лікарів у сфері пульмонології не дозволяє успішно лікувати великі контингенти пацієнтів. У той же час саме в цій ланці відкриваються великі можливості в поліпшенні медичних, соціальних та економічних показників РЗ населення. У зв'язку з цим важливу роль у розвитку медичної допомоги в цілому відіграє подальше вдосконалення амбулаторно-поліклінічної служби. На сьогодні управління амбулаторно-поліклінічною допомогою є одним з пріоритетних завдань.

Розглянуто регіональний рівень управління пульмонологічною службою на прикладі пульмонологічного відділення Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова.

За кожним роком збільшується кількість хворих, пролікованих у відділенні, адже відділення надає високоспеціалізовану (третинну) медичну допомогу. Так за 6 років (2017-2022) станом на 2018 рік проліковано – 5426, що на 192 пацієнтів більше запланованих.

У порівнянні зі всією Україною тривалості лікування, то Україна має такий середній показник як 11,17, а середній показник по 7 найбільших областях України – 11,71, у відділенні за ці роки показник 11, а оборот ліжка перевищує планові показники.

Обґрунтовано, що пріоритетними заходами у напрямку подолання ХОД в Україні має бути не тільки продовження, а й суттєве збільшення фінансування наступних заходів: інформування населення з питань профілактики, виявлення та лікування ХОД; посилення контролю за лікуванням хворих на усіх етапах лікування; розвиток психосоціальної підтримки пацієнтів; удосконалення системи підвищення кваліфікації медичних працівників.

Результати цього розділу оприлюднені в наступних публікаціях авторки: [77 – 80].

Список використаних джерел до розділу 2

1. Москаленко В. Ф. (2009). Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я. К. ВД «АВІЦЕННА». 143–151.
2. Конституція України. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 142.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed19921119>
4. Огляд нормативноправової бази щодо формування здорового способу життя молоді (2018). НДЦ "Інститут сімейної та молодіжної політики імені Олександра Яременка. <https://dismp.gov.ua/ohliad-normatyvno-pravovoi-bazy-shchodo-formuvannia-zdorovoho-sposobu-zhyttia-molodi/>
5. Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р., Солоненко І., Яременко О. (2000). Законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя. <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/165dc8dd0ddb56dc2256d8f00264254/39db46894f4d5a16c2256ddc003c6a90?OpenDocument>
6. 3 11 липня в Україні запроваджуються чергові обмеження щодо тютюнових виробів (2023). *Економічна правда*. 10 липня. <https://www.epravda.com.ua/news/2023/07/10/702058D0%B2>.
7. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 26 червня 1991 р. <http://search.ligazakon.ua>
8. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-ХІІ. <http://search.ligazakon.ua>
9. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 № 1645-ІІІ. <https://ips.ligazakon.net/document/T001645>
10. Про протидію захворюванню на туберкульоз: Закон України від 05 липня 2001 р. № 2586-ІІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>.

11. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF>

12. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» : Указ Президента України від 13 березня 2020 р. № 87/2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87/2020#n2>.

13. Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та план заходів щодо її реалізації: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. <http://search.ligazakon.ua>

14. Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ: Наказ МОЗ України від 17 травня 2019 № 1126. <http://search.ligazakon.ua>

15. Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб: Наказ МОЗ України від 23.07.2002 № 280. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0639-02#Text>

16. Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю: Наказ МОЗ від 26.08.1993 № 191. https://zakononline.com.ua/documents/show/99404___99404

17. Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю: наказ МОЗ № 270 від 17.12.1993 р. <http://search.ligazakon.ua>

18. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні: Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII. <http://search.ligazakon.ua>

19. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. <http://zakon2.rada.gov.ua>.

20. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1011-р. <http://search.ligazakon.ua>

21. Глобальна стратегія і цілі щодо профілактики, лікування і боротьби з туберкульозом на період після 2015 року від 29 листопада 2013 року № ЕВ 134/12.

22. Про затвердження Стратегії розвитку медичної статистики: Наказ МОЗ України від 16 серпня 2004 року № 414. <http://search.ligazakon.ua>

23. Стратегія реформування та розвитку фтизіатричної і пульмонологічної галузі й науки до 2022 року від 20 червня 2018 р. <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/strategy2022.pdf>

24. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html

25. Про затвердження Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р.: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. №1415-р. <http://search.ligazakon.ua>

26. Туберкульоз. Клінічна настанова, заснована на доказових даних. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». 2021. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/2021_11_18_kn_tuberkuloz.pdf

27. Про затвердження клінічних протоколів надання меддопомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2007 р. № 128. <http://search.ligazakon.ua>.

28. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 червня 2013 р. № 555. <http://search.ligazakon.ua>.

29. Нагорна А. М., Степаненко А. В., Морозов А. М. (2002). Проблеми якості в охороні здоров'я : монографія. Кам'янець-Подільський. Абетка-НОВА. 384.

30. Дані з офіційного сайту Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України». <http://medstat.gov.ua>.

31. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

32. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. (2013). М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш. Київ. НАДУ. 424.

33. Супрун розповіла про переваги й недоліки охорони здоров'я Франції. Укрінформ. 08.04.2019
<https://www.ukrinform.ua/rubricculture/2676870-suprun-rozpovila-pro-perevagi-j-nedoliki-ohoroni-zdorovafrancii.html>

34. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень: наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. <http://search.ligazakon.ua>

35. Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим: наказ МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р. <http://search.ligazakon.ua>

36. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія: наказ МОЗ України № 433 від 3.07.2006 р. <http://search.ligazakon.ua>

37. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на ХОЗЛ: наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555. <http://search.ligazakon.ua>

38. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на БА: наказ МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868. <http://search.ligazakon.ua>

39. Алгоритм надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (АН1/Н1): наказ МОЗ України від 07.11.2009 р. № 813

40. Ільченко С. І. Роль спірометричного моніторингу та визначення рівня неспецифічної бронхіальної чутливості в первинній профілактиці ХОЗЛ серед підлітків (2014). *Український пульмонологічний журнал*. 3. 68 – 70.

41. Самілик Л. О. (2013). Адміністративно-правові основи регулювання охорони здоров'я громадян в Україні: дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ. 213.

42. Кулінич-Міських М. О., Островський М. М., Варунків О. І. (2014). Сучасні аспекти діагностики і лікування хронічного обструктивного захворювання легень у світлі нових міжнародних рекомендацій GOLD. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 1. 90 – 96.

43. Логвиненко Б. О. (2016). Міністерство охорони здоров'я як основний суб'єкт публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Юридичні науки. 2 (2). 58 – 63.

44. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>.

45. Management of chronic respiratory and allergic diseases in developing countries. Focus on sub-Saharan Africa (2003). J. Bousquet [et al.] *Allergy*. 58(4). 256-283.

46. Пілотний проект «Реформа медичного обслуговування»: цілі та кроки реалізації (2010). В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Г. О. Слабкий [та ін.]. *Україна. Здоров'я нації*. 3 (15). 7 – 15.

47. Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів: Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 732. <http://search.ligazakon.ua>

48. Про затвердження Порядку складання планів-схем госпітальних округів, включаючи підготовку плану перспективного розвитку закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1080. <http://search.ligazakon.ua>

49. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: постанова КМУ України від 24.10. 2012. № 1113. <http://zakon2.rada.gov.ua>

50. Про затвердження Примірною положення про госпітальний округ : наказ МОЗ України від 20.02.2017 року № 165. <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

51. Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Зозуля А. І. (2012). Госпітальні округи: реальність і ризики їх створення. *Україна. Здоров'я нації*. 3. 261 – 265.

52. Кризіна Н.П., Пархоменко Г.Я., Зозуля А.І. (2012). Завдання та функції лікарні інтенсивного лікування пацієнтів. *Матеріали Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України»/ 25-27 вересня 2012 р. Київ. 7.*

53. Слабкий Г. О. (2012). Примірне положення про лікарню планового лікування. *Практика управління медичним закладом*. 2. 84 – 86.

54. Слабкий Г. (2012). Положення про лікарню відновного (реабілітаційного) лікування. *Практика управління медичним закладом*. 3 (березень). 119 – 122.

55. Слабкий Г. О. (2012). Примірне положення про приймальне відділення лікарні планового лікування. *Практика управління медичним закладом*. 2. 87– 88.

56. Слабкий Г. О. (2012). Примірне положення про терапевтичне відділення лікарні планового лікування. *Практика управління медичним закладом*. 2. 89 – 90.

57. Пак С. Я. (2015). Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. <http://www.academy.gov.ua>.

58. Деякі підсумки роботи експериментальних баз щодо вивчення ефективності пульмонологічної допомоги населенню (1989). М.С. Двойрін [та ін]. *Пульмонологія: зб. наук. пр.* Київ. Здоров'я. 6-8.

59. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (2014). (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я»). уклад. М. В. Шевченко. Київ. 51.

60. Бойко В. Я., Дорошенко О.О. (2011). Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров'я. Рівненська область. за ред. З. М. Митника. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України*. 2010 рік. Київ. 249 – 240.

61. Шевченко М. В., Заглада О. О., Карамзіна Л. А., Бойко В. Я. (2010). Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури). *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 4. 58 – 64.

62. Перелік нових бюджетних програм та їх індикативних показників на основі програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я (2012). В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] *Реєстр галузевих нововведень*. 37. Реєстр № 378/37/12. 31 – 32.

63. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин: закон України №79-VIII від 28.12.2014 р. Офіційний вісник України. 2015. № 3. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/79-19>.

64. Лехан В., Гінзбург В., Слабкий Г., Хобзей М., Крячкова Л., Шевченко М. (2010). Пілотний проект «Реформа медичного обслуговування»: цілі та кроки реалізації. *Україна. Здоров'я нації*. 3(15)/10. 7 – 15.

65. Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів : постанова КМУ від 08.12.2010 № 1149. <http://zakon2.rada.gov.ua>.

66. Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги : наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 (zareєстрований у Міністерстві юстиції України 20.06.2013 р. за № 1044/23576). <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1044-13>

67. Про бюджетну класифікацію: наказ Міністерства фінансів України від 14.01.2011 № 11. <http://www.minfin.gov.ua>.

68. Про затвердження примірною договору про медичне обслуговування населення: наказ МОЗ України від 01.11.2011 № 742. <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>.

69. Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ: постанова Кабінету Міністрів України від 08.02.2012 № 86. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/228-2002-%D0%BF>.

70. Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства фінансів України та МОЗ України від 25.07.2013 № 693/633. <http://www.minfin.gov.ua/>.

71. Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету : наказ Міністерства фінансів від 12.03.2012 № 333

(зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 за № 456/20769).
<http://www.minfin.gov.ua>.

72. Сміянов В. А. Внутрішній аудит – основа управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. *Wiadomosci Lekarskie*. LXVII.2. II. 381 – 383.

73. Пархоменко Г. Я. (2011). Ставлення керівників закладів охорони здоров'я до реформування системи надання медичної допомоги. *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 4. 67 – 70.

74. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2010-2016 рр. (2017). М. І. Линник, О. П. Недоспасова, О. Р. Тарасенко [та ін.]. Київ. Ліра. 48.

75. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення: Закон України від 22 вересня 2005 року № 2899-IV (зі змінами).
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2899-15#Text>

76. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я : аналітична записка. *Національний інститут стратегічних досліджень*. <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>.

77. Моїсеєва Л.В. (2023). Публічне управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення: нормативно-правові засади. *Дніпровський науковий часопис*. 3. 201-205. DOI
<https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.3.33>

78. Моїсеєва Л.В. (2023). Управління пульмонологічною службою на регіональному рівні в доковідний період: організаційні аспекти. Публічне управління та місцеве самоврядування. 1. 40-45. DOI:
<https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-1-6>

79. Моїсеєва Л. Удосконалення публічного управління медичною сферою у воєнний час. *Наукова весна* : мат-ли XIII міжнародної науково-

технічної конференції аспірантів та молодих вчених. 1-3 березня 2023 р., НТУ «ДП» м. Дніпро. С.319-320.

80. Моїсеєва Л. Удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні. *Молодь: наука та інновації*: матеріали XI міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених. НТУ «ДП» м. Дніпро. 22-24 листопада. 2023. С.194-196

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАХИСТОМ РЕСПІРАТОРНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Зарубіжний досвід управління захистом респіраторного здоров'я населення

У світовій практиці існує кілька варіантів організації ПД: загальна медична мережа; спеціалізована пульмонологічна служба; спеціалізована протитуберкульозна служба; однак лише 3,1-5,4% хворих на ХОД отримують спеціалізовані види допомоги [1]. За кордоном на основі фтизіатрії розвинена пульмонологія; однак у зв'язку з ліквідацією туберкульозу як масового захворювання увага до пульмонологічної служби збільшилась [2, 3, 4, 5]. У багатьох країнах Європи та Америки ПД інтегрована з протитуберкульозними установами [1, 6, 7]. У деяких регіонах також намітилася тенденція до злиття пульмонології та фтизіатрії і набутий перший досвід нових організаційних форм [8, 9].

У більшості розвинених країн ПД організована на основі спеціалізації (розвиток пульмонологічної служби в Австрії пішов шляхом організації пульмонологічних відділень, поліпшення їх оснащення, інтеграції з загальними лікарнями, вдосконалення методів обслуговування). Спеціалізація органу є умовою ранньої діагностики ХОД – єдність методу у виявленні патології різного генезу.

Оптимальною системою ПД є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних закладів.

У пульмонологічних лікарнях за кордоном [1, 7, 10, 11] переважають хворі зі злоякісними новоутвореннями органів дихання (35%), пневмонією (12%), БА (11%), ХОЗЛ (13%); пацієнти з туберкульозом легень (8%), респіраторними інфекціями (8%), тромбоемболією легеневої артерії (4%) і

саркоїдозом (2%) представлені менше. В цілому 10-15 % пацієнтів з ХОД лікуються в терапевтичних відділеннях.

Одним з найкращих щодо захисту РЗ населення є досвід Великобританії, що не випадково, адже Англія має один із найвищих показників смертності від респіраторних захворювань [9, 2, 12] у Європі, до пандемії COVID-19 респіраторні захворювання (ті, що вражають дихальні шляхи та легені) діагностувалися в 1 з 5 людей в Англії і були третьою за величиною причиною смерті [13]. Вони також є основною рушійною силою нерівності у здоров'ї, і більшій частині цієї хвороби можна запобігти. ХОД охоплюють широкий спектр станів, включаючи загальні захворювання, такі як астма та ХОЗЛ, рак легень, інфекції, такі як пневмонія та грип, а також менш поширені захворювання, такі як інтерстиціальне захворювання легень і мезотеліома. Протягом 2013-2019 рр. в Англії в середньому помирало 68 000 людей від респіраторних захворювань, що еквівалентно 1 людині кожні 8 хвилин [14].

Результати для здоров'я при ХОД не покращилися за останні 10 років так само, як при інших захворюваннях, таких як серцево-судинні захворювання та рак. Смертність від ХОД, якій можна було запобігти, у віці до 75 років (з 2017 по 2019 роки) була майже в 3 рази більшою в найбільш соціально-економічно неблагополучних районах Англії порівняно з найменш знедоленими [15].

Таким чином, ХОД є основним фактором загальної різниці в очікуваній тривалості життя між багатими та бідними, різниці, яка збільшується. Ця нерівність пов'язана з багатьма факторами, такими як більший вплив факторів ризику (таких як куріння, забруднення повітря, погане житло та професійні ризики), а також відмінності в якості медичної допомоги та доступності.

Певні групи піддаються значно вищому ризику ХОД, наприклад люди з важкими психічними захворюваннями, люди з вадами навчання та безпритульні.

До пандемії COVID-19 ХОД у Великобританії спричиняли 1,1 млн госпіталізацій у 2019–2020 роках, що на 49% більше, ніж у респіраторних захворюваннях у 2009–2010 роках [16], госпіталізація через респіраторні захворювання є основним фактором зимового тиску, з яким стикається Національна служба охорони здоров'я Великобританії.

Одна тільки хвороба легень коштує Великобританії понад 11 млрд фунтів стерлінгів на рік, включаючи вплив на Національну службу охорони здоров'я (9,9 мільярда фунтів стерлінгів) і економіку в цілому через втрату робочих днів (1,2 мільярда фунтів стерлінгів) [17].

Саме тому Управління з питань покращення охорони здоров'я та розбіжностей (OHID) Великобританії, зокрема команда Public Health England (PHE) розробила основні принципи для медичних працівників щодо захисту РЗ.

Public Health England надає дані для медичних працівників, менеджерів і комісарів, щоб зрозуміти потреби місцевого населення та чи задовольняються вони службами. Це включає:

Місцеві профілі контролю над тютюном: онлайн-інструмент, який надає місцевим регіонам дані про вживання тютюну, шкоду, пов'язану з тютюном, і наслідки.

INHALE: онлайн-інструмент, який надає показники стосовно БА та ХОЗЛ щодо профілактики, діагностики, лікування, результатів і вартості.

Атлас варіацій: ряд даних, який досліджує відмінності в доступі та якості медичної допомоги між різними районами Англії. Нещодавно вийшов 2-й Атлас варіацій респіраторних захворювань, який охоплює 64 показники.

Структура результатів громадського здоров'я вивчає показники, які допомагають нам зрозуміти довгострокові тенденції громадського здоров'я на місцевому рівні. Багато показників РНОФ стосуються саме РЗ, включаючи передчасну та попереджену смертність внаслідок ХОД (4,07), поширеність куріння (2,09), смертність, спричинену забрудненням повітря (3,01), та охоплення вакцинацією проти грипу (3,03).

Рамкова система якості та результатів (QOF) – це добровільна щорічна програма винагород і стимулів для всіх лікарів загальної практики в Англії, яка детально описує результати практики. Справа не в управлінні продуктивністю, а в ресурсах, а потім у винагороді за добрий досвід. Він включає клінічні області щодо астми та ХОЗЛ, а також сферу охорони здоров'я щодо куріння.

Робоча група з охорони здоров'я легень [18] – це п'ятирічний план, схвалений усіма респіраторними спільнотами для покращення здоров'я легень у країні та надання кращої допомоги людям із ХОД, яка має низку вказівок і стандартів якості щодо ХОД.

Британське торакальне товариство створило ресурси для покращення якості, включаючи посилання на керівництво та стандарти якості, реєстри ХОД та клінічні аудити.

Королівський коледж лікарів проводить Національну програму аудиту БА та ХОЗЛ.

Інформаційна панель Національної служби охорони здоров'я Respiratory Prescribing Dashboard допомагає досліджувати варіації у призначенні респіраторних ліків по всій Англії [19].

NHS Digital надає ряд наборів даних, у тому числі збірник смертності від респіраторних захворювань. У довгостроковому плані Національної служби охорони здоров'я в Розділах 2 і 3 визначено чіткі віхи щодо ХОД, включаючи амбіції та зобов'язання щодо куріння (2.8), забруднення повітря (2.21), нерівності у здоров'ї (2.23), раку легень (3.56) та ХОД (3.82 до 3.88).

NHS RightCare має на меті надати дані та докази для підтримки місцевих систем для покращення результатів лікування пацієнтів та зменшення варіацій у лікуванні. Вони розробили RightCare Pathway для ХОЗЛ і фокус-пакети на рівні CCG, які надають респіраторні дані на місцевому рівні.

Health Matters – це колекція фактів, ресурсів та інфографіки про основні проблеми громадського здоров'я, включно з багатьма такими, що

стосуються здоров'я органів дихання.

Public Health Matters – це офіційний блог Агентства охорони здоров'я Великобританії (UKHSA), який надає експертну інформацію про роботу організації, включаючи багато тем, пов'язаних із здоров'ям дихальних шляхів.

Інструмент SHAPE – це інструмент інтерактивного відображення, який можна використовувати для підтримки стратегічного планування послуг і медичних активів у місцевих економіках охорони здоров'я

Інструмент Health Outcomes Travel Tool дозволяє організаціям NHS вимірювати вплив їхніх подорожей і транспорту на навколишнє середовище, фінанси та здоров'я.

План проти спеки та холодної погоди включають вказівки та ресурси для захисту населення від шкоди здоров'ю, пов'язаної з погодою та температурою. Веб-сайт Respiratory Futures ділиться найкращим досвідом щодо респіраторних ініціатив і нових моделей догляду, які застосовуються по всій країні.

Отже, у Великобританії розроблені потужні інструменти управлінського впливу на систему захисту РЗ.

ХОЗЛ є основною причиною смерті в Сполучених Штатах Америки, проте багато американців не знають про значення захисту РЗ [4]. Тому був прийнятий Національний план дій з ХОЗЛ, розроблений Національним інститутом охорони здоров'я США за участі понад 200 членів спільноти ХОЗЛ – пацієнтів, опікунів, медичних працівників, некомерційних організацій. Учасники розробили стратегічні завдання, цілі і тактику, які складають основу Плану.

Для 16 мільйонів американців з діагнозом ХОЗЛ і мільйонів інших, хто не знає, що у них воно є, нормальне життя може бути щоденною боротьбою. Хвороба не тільки виснажує, вона вбиває. ХОЗЛ є основною причиною смерті в США після серцевих захворювань, раку та ненавмисних травм [20]. З 1969 року смертність від ХОЗЛ навіть подвоїлася, оскільки кількість

смертей від інших хронічних захворювань знизилася [21]. ХОЗЛ також є четвертою основною причиною інвалідності в Сполучених Штатах [22, 23], і вона накладає величезний тягар на національну систему охорони здоров'я. У 2010 році на догляд за пацієнтами, пов'язаними з ХОЗЛ, було витрачено понад 32 мільярди доларів, а у 2020 ці витрати зросли до 49 мільярдів доларів [24].

Вирішення проблем, пов'язаних з ХОЗЛ, було складним. Більшості випадків ХОЗЛ можна запобігти, оскільки 8 з 10 смертей від ХОЗЛ викликані курінням [25].

Хоча діагностика та лікування ХОЗЛ значно покращилися за останні 15 років, розробка та впровадження ефективних додаткових профілактичних та терапевтичних підходів залишаються критично важливим напрямком для спільноти ХОЗЛ.

Національний план містить 5 стратегічних цілей, зокрема:

Ціль 1: Розширення прав і можливостей людей з ХОЗЛ, їх сімей та опікунів, щоб розпізнати та зменшити тягар ХОЗЛ.

Ціль 2: Покращення профілактики, діагностики, лікування ХОЗЛ шляхом підвищення якості медичної допомоги, що надається в усьому континуумі охорони здоров'я.

Ціль 3: Збір, аналіз, звітування та розповсюдження даних системи охорони здоров'я, які сприяють змінам та відстежують прогрес пов'язаних з ХОЗЛ.

Ціль 4: Збільшення та підтримка досліджень для кращого розуміння профілактики, патогенезу, діагностики, лікування ХОЗЛ.

Ціль 5: Розроблення національної політики, освіти та програм, рекомендацій щодо досліджень та заходів у сфері охорони здоров'я.

У межах реалізації Національного плану спираючись на існуючі рекомендації щодо ХОЗЛ, такі як ті, що доступні Американського торакального товариства (ATS, www.thoracic.org/statements/copd.php) та Глобальної ініціативи з хронічних захворювань легень (GOLD,

www.goldcopd.org), створено клінічні практичні настанови, які встановлюють послідовні національні стандарти для виявлення людей, схильних до ризику ХОЗЛ, а також діагностики, догляду та лікування людей з ХОЗЛ. Забезпечено, щоб усі клінічні настанови щодо ХОЗЛ відображали новітні практики, засновані на доказах, та відповідали стандартам Інституту медицини щодо розробки надійних клінічних практичних настанов. Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів (FDA) в межах зазначеного Плану сприяє кваліфікації біомаркерів для розробки ліків від ХОЗЛ з метою прискорення виходу нових методів лікування на ринок.

Ціль 3 Національного плану дій щодо ХОЗЛ стосується необхідності усунення прогалин у даних шляхом заохочення збільшення та скоординованого збору, перевірки, аналізу, обміну та реального застосування цих даних під час їх збору. Впровадження безпечних інформаційних технологій охорони здоров'я (HIT), використання EHR/PHR та створення великомасштабних реєстрів пацієнтів можуть значно покращити здатність збирати дані на рівні пацієнтів. Національний центр статистики охорони здоров'я (NCHS), що входить до складу CDC, проводить Національне опитування інтерв'ю з питань охорони здоров'я (NHIS), Національне Обстеження здоров'я та харчування (NHANES), Національне обстеження амбулаторної медичної допомоги (NAMCS), Національне обстеження амбулаторної медичної допомоги лікарні (NHAMCS) та Національне обстеження лікарняної допомоги (NHCS). NCHS також збирає записи про смертність через Національну систему статистики життєдіяльності. Ці системи збору даних є основними джерелами даних епіднагляду за населенням [26]. Інші дані про населення, включаючи дані опитувань Бюро перепису населення США, системи нагляду за поведінковими факторами ризику (BRFSS) та опитувань постачальників NCHS, також можуть виявити тенденції, які стимулюють нову політику, розподіл ресурсів або зміни бюджету.

Важливе значення для захисту РЗ має боротьба з туберкульозом. За оцінками, 1,7 мільярда (23%) населення світу інфіковано *Mycobacterium tuberculosis*, що призводить до понад 10 мільйонів нових випадків туберкульозу щороку [27]. У 1993 році рішенням ВООЗ туберкульоз був визнаний глобальною надзвичайною проблемою [28]. Через два роки (1995) ВООЗ зареєструвала епідемію туберкульозу в Україні.

Туберкульоз є однією з 10 основних причин смерті в усьому світі та є головною причиною смерті від одного збудника інфекційного захворювання. Амбітна стратегія ВООЗ «Покінчити з туберкульозом» спрямована на досягнення 95% зниження смертності від туберкульозу та 90% зниження рівня захворюваності на туберкульоз до 2035 року [29].

Небагато хвороб вплинули на історію людства так сильно, як туберкульоз. *Mycobacterium tuberculosis* (МТВ) спричиняє захворювання у людей протягом понад 4000 років [30]. З моменту його наукового відкриття в 1882 році понад 1 мільярд людей померли від туберкульозу – кількість смертей перевищує кількість смертей від малярії, віспи, ВІЛ/СНІДу, холери, чуми та грипу разом узятих. Сьогодні понад 2 мільярди людей є латентно інфікованими, 10 мільйонів людей мають туберкульоз, і туберкульоз є основною інфекційною причиною смерті в усьому світі, окрім COVID-19 [29].

Хоча прогрес у дослідженні туберкульозу історично був дуже повільним, нещодавні зусилля, підкріплені збільшенням фінансування досліджень і політичною рішучістю, принесли значні успіхи. Зараз у стадії клінічних розробок є майже 20 нових препаратів, багато нових вакцин-кандидатів, низка нових діагностичних засобів і численні клінічні випробування, що характеризують ефективність цих нових засобів [31, 32].

Незважаючи на ці успіхи, багато ще належить зробити. Лише у 2019 році туберкульоз спричинив 1,5 мільйона смертей, у тому числі 251 000 смертей серед ВІЛ-інфікованих [33]. Мільйони випадків залишилися недіагностованими, і лише кожна третя людина з лікарсько-стійким

туберкульозом отримала належне лікування. Поширеність лікарсько-стійкого туберкульозу продовжує зростати. Інструменти та стратегії, необхідні для того, щоб покласти край пандемії туберкульозу, хоча на горизонті, ще недоступні. Ефективні вакцини, справжня діагностика на місці лікування, простіші схеми лікування та стратегії для покращення виявлення випадків та збереження лікування є досяжними [34]. Однак для досягнення успіху необхідно подвоїти інвестиції в дослідження та дослідницьку інфраструктуру за підтримки політичної підтримки, щоб гарантувати, що досягнуті на сьогодні досягнення не будуть втрачені.

Через високу смертність і захворюваність, пов'язану з туберкульозом, ВООЗ розгорнула стратегії, спрямовані на контроль і остаточне викорінення захворювання [29]. Як вже зазначалося, у 1993 році туберкульоз був оголошений надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я.

Зростання захворюваності на туберкульоз з 2009 року стало ознакою глобальної кризи в галузі охорони здоров'я. Особливо постраждав Європейський регіон: дев'ять із 30 країн світу з високим рівнем навантаження на всі форми туберкульозу [35] та найвища частка нових та відступаючих випадків з мультирезистентного туберкульозу [36, 37]. Усі держави-члени взяли на себе зобов'язання у 2007 році терміново відреагувати на відновлення туберкульозу в Європейському регіоні та належним чином вирішити проблему туберкульозу шляхом схвалення Берлінської декларації про туберкульоз [38, 39]. Згодом міністри 27 країн світу з високим тягарем туберкульозу зустрілися в Пекіні 1–3 квітня 2009 року, щоб відповісти на тривожну загрозу туберкульозу. Це знайшло своє відображення в заклику до дій, спрямованих на зміцнення порядку денного в галузі охорони здоров'я і забезпечення того, щоб були взяті термінові і необхідні зобов'язання щодо дій і фінансування для запобігання епідемії туберкульозу, що насувається. Шістдесят друга Всесвітня асамблея охорони здоров'я в травні 2009 року закликала всі держави-члени резолюцією WHA 62.15 досягти загального доступу до діагностики та лікування туберкульозу в

рамках переходу до універсального охоплення послугами охорони здоров'я, тим самим рятуючи життя і захищаючи громади.

Спираючись на ці зобов'язання та для вирішення ситуації з туберкульозом в Європейському регіоні, у 2010 році було розроблено план дій для всіх 53 держав-членів [37]. План був розроблений у широких консультаціях з менеджерами Національної програми протидії туберкульозу, ключовими партнерами та організаціями громадянського суспільства. За підсумками цих консультацій на 61-й сесії було схвалено зведений план дій щодо запобігання та боротьби з туберкульозом в регіоні на 2011–2015 роки та резолюцію Регіонального комітету ВООЗ з питань Європи EUR/R61/R7 в Баку у вересні 2011 року. Метою плану було стримування поширення резистентного до лікарських засобів туберкульозу шляхом досягнення загального доступу до профілактики, діагностики та лікування мультирезистентного туберкульозу у всіх державах-членах до 2015 року [37]. Шість стратегічних напрямків та сім напрямів втручання були узгоджені з Глобальним планом припинення туберкульозу на 2011–2015 роки [40] за допомогою таких конкретних цілей: зменшення на 20% частки мультирезистентного туберкульозу серед пацієнтів з повторним лікуванням; діагностувати не менше 85% усіх передбачуваних хворих на мультирезистентний туберкульоз; успішно лікувати не менше 75% від усіх випадків). На це спрямована діяльність Ініціативи Європейської лабораторії туберкульозу, яка спрямована на покращення та розширення діагностики, гарантованої якості, з особливою увагою до переходу на літній час та швидких молекулярних тестів; та Регіонального комітету зі співробітництва з контролю та догляду за туберкульозом, який працює над покращенням партнерських відносин та посиленням координації між партнерами [20].

З того часу було досягнуто значного прогресу в профілактиці та боротьбі з туберкульозом у Європі, а також досягнуто Цілі розвитку тисячоліття щодо скасування захворюваності на туберкульоз. Захворюваність на туберкульоз в Європі падає в середньому на 5,5% на рік з моменту

реалізації зведеного плану дій, що є найшвидшим зниженням показників туберкульозу у будь-якому регіоні ВООЗ.

У 2014 році в Європейському регіоні було зареєстровано 73 000 випадків мультирезистентного туберкульозу. Тоді ж на засіданні Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я було прийнято Стратегію подолання туберкульозу, яка поставила перед собою завдання скоротити смертність на 95% і рівень захворюваності на 90% до 2035 року [41, 42]. Стратегія спрямована на припинення епідемії туберкульозу та включає чотири принципи, три основні стовпи, 10 компонентів, віхи на 2020, 2025 та 2030 роки та цілі на 2035 рік. Резолюція закликає всі держави-члени адаптувати використання стратегії до свого національного контексту і запрошує ВООЗ і регіональних партнерів підтримати імплементацію. Перехід від Цілей розвитку тисячоліття до Цілей сталого розвитку ще більше підкреслює важливість зв'язку профілактики та догляду за туберкульозом з іншими питаннями розвитку.

План дій узгоджується з Європейською політикою ВООЗ у сфері охорони здоров'я та благополуччя, Health 2030, Рамковим планом дій Європейського центру профілактики та контролю захворювань для боротьби з туберкульозом в Європейському Союзі та рамковими діями щодо ліквідації туберкульозу при низькій захворюваності країн. Він також розглядає Міністерську конференцію Східного партнерства з туберкульозу, на якій держави-члени взяли на себе зобов'язання покласти край туберкульозу в Європейському регіоні за допомогою Спільної Ризької декларації про туберкульоз та його множинну лікарську стійкість у 2015 році [43].

Усі країни регіону з високим рівнем навантаження на туберкульоз розробили національні плани реагування на туберкульоз у консультації з ВООЗ. Плани базуються на національних дослідженнях стійкості до туберкульозу та інших національних контекстах. Також були створені технічні консультативні механізми для досягнення комплексних цілей плану дій та національних планів реагування на туберкульоз, включаючи:

регіональний Комітет зеленого світла для Європи, який є технічним консультативним органом ВООЗ, розробленим для підтримки країн сучасними клінічними консультаціями та розширенням програмного управління; Європейське респіраторне товариство та консиліум ВООЗ з туберкульозу (мультидисциплінарна команда фахівців, організована для надання експертних клінічних консультацій щодо туберкульозу).

Довгострокове бачення полягає в тому, щоб покласти край епідемії туберкульозу, при цьому нульові постраждалі сім'ї стикаються з катастрофічними витратами через туберкульоз. План дій визначає регіональну мету та цілі щодо профілактики та догляду за туберкульозом та резистентним до лікарських засобів з 2016 по 2020 рік за шістьма стратегічними напрямками та п'ятьма напрямками втручання, які мають здійснювати держави-члени, Регіональне бюро та партнери [44, с.118, 23, 28, 39, 61]. Він служить основою для негайних дій та довгострокових рішень для зміцнення систем охорони здоров'я, спрямування адекватної допомоги при туберкульозі на вразливі групи населення та вирішення соціальних детермінант та факторів ризику туберкульозу.

Реалізація державної політики у сфері боротьби з туберкульозом потребує застосування механізмів державно-приватного партнерства. З 2001 року партнерство «Зупинимо туберкульоз» об'єднує неурядові організації, громади, приватні актори, держави та міжнародні інституції (1700 партнерів у понад 100 країнах) з метою ліквідації туберкульозу, хвороби, якій можна запобігти та вилікувати. Його визнають унікальним міжнародним органом, який має повноваження мобілізувати учасників з усього світу для спільної мети [45].

Регіональне бюро працювало з консультативним комітетом, до складу якого увійшли представники штаб-квартири ВООЗ, семи держав-членів (Вірменія, Австрія, Білорусь, Німеччина, Казахстан, Нідерланди та Великобританія), технічних та фінансових агентств, організацій громадянського суспільства та колишніх пацієнтів з мультирезистентним

туберкульозом.

Цільові групи під керівництвом Регіонального офісу розробили комплексну систему моніторингу та оцінки для документування прогресу у виконанні та фінансового аналізу витрат та вигод від впровадження.

Ще однією серйозною проблемою для контролю туберкульозу є охоплення вразливих груп населення, таких як діти, мігранти, ув'язнені та ВІЛ-інфіковані, які піддаються більшому ризику зараження та розвитку мультирезистентного туберкульозу. Значні зусилля були докладені на цьому фронті з 2011 року, з розробкою мінімального пакету транскордонного контролю та догляду за туберкульозом у 2012 році та офіційною заявою про 12 пунктів дій щодо покращення профілактики та контролю за туберкульозом у в'язницях, виданої у 2013 році Міжнародним союзом боротьби з туберкульозом та ХОД, ВООЗ та іншими міжнародними зацікавленими сторонами. Крім того, обізнаність про етичні та правозахисні виміри лікування туберкульозу була підвищена завдяки конкретному аналізу та допомозі в окремих країнах, хоча багато країн Східної Європи ще не виконали рекомендації.

Фактори ризику туберкульозу, такі як цукровий діабет, вживання алкоголю та куріння тютюну, визначені як такі, що впливають на епідемію туберкульозу, але все ще не розглядаються належним чином.

Керівні принципи ВООЗ щодо дитячого туберкульозу, включаючи дитячу діагностику та рецептури лікарських засобів, нещодавно були оновлені, але повинні бути прийняті в національних стратегічних планах та практиках боротьби з туберкульозом.

Мігранти часто стикаються з безліччю викликів, включаючи дискримінацію, економічні негаразди, мовні бар'єри, стигму і страх депортації. Ці виклики в поєднанні з міграційним характером населення створюють величезні бар'єри та труднощі у доступі до послуг з діагностики та безперервного лікування туберкульозу. Внутрішня та транскордонна міграція є чинниками передачі туберкульозу. Багато мігрантів також живуть

в безпосередній близькості з членами сім'ї або іншими особами, як у випадку з біженцями або сезонними міграційними працівниками, які проживають у тимчасовому житлі. Всі ці фактори сприяють підвищенню ризику розвитку, зараження і передачі лікарсько-стійких форм туберкульозу. Ускладнюючи ситуацію, деякі країни Східної та Західної Європи депортують мігрантів з туберкульозом без розгляду питань охорони здоров'я та прав людини або без вжиття адекватних заходів інфекційного контролю, що, як наслідок, підвищує ризик транскордонної передачі. Рівні міграції суттєво різняться у Східній Європі, як і зареєстровані показники туберкульозу серед мігрантів [44, 46].

Подібно до мігрантів, ув'язнені мають набагато вищий ризик розвитку або зараження резистентним до ліків туберкульозом порівняно із загальною популяцією. В'язниці східної Європи часто погано провітрюються і переповнені, при цьому ув'язнені проводять в цих умовах тривалий період часу. Інші детермінанти включають високий рівень ВІЛ-інфекції, вживання ін'єкційних наркотиків та поганий харчовий статус. Людські та фінансові ресурси для профілактики та контролю туберкульозу у в'язницях часто є недостатніми у Східній Європі, а прогалини в координації між цивільними та пенітенціарними протитуберкульозними службами зберігаються. Приклади належної практики боротьби з туберкульозом в азербайджанському тюремному секторі та ефективної безперервності догляду за туберкульозом для звільнених ув'язнених в Азербайджані та Республіці Молдова нещодавно з'явилися, однак, і вони повинні бути масштабовані в регіоні [47].

ВІЛ-інфіковані дуже сприйнятливі до туберкульозу. У Східній Європі існує одна з найбільш швидкозростаючих епідемій ВІЛ у світі, але в більшості країн відсутній функціонуючий координаційний механізм з туберкульозу/ВІЛ для полегшення надання інтегрованих послуг з туберкульозу та ВІЛ, включаючи ті, що пов'язані з наркологічними послугами для людей з наркотичною або алкогольною залежністю.

Відсутність стійких людських ресурсів та надійних механізмів фінансування охорони здоров'я є важливими проблемами, які впливають на всі рівні профілактики, контролю та догляду за туберкульозом [48]. Особливо необхідні спеціалізовані людські ресурси для управління випадками резистентного туберкульозу у дітей та дорослих, надання адекватних послуг з виявлення випадків та розширення діагностичних та лабораторних можливостей.

З появою пандемії COVID-19 світ втратив деякі досягнення, досягнуті раніше в боротьбі з туберкульозом. Глобальна кількість смертей від туберкульозу зросла вперше за більш ніж десятиліття з 1,4 мільйона до 1,5 мільйона [42].

Це пов'язано із соціально-економічними наслідками пандемії, серед яких, зокрема, погіршення бідності, недоїдання та перенаправлення ресурсів охорони здоров'я, які спочатку використовувалися для лікування туберкульозу, на боротьбу з COVID-19. Іншими наслідками, які постраждали в усьому світі, були зменшення кількості діагнозів туберкульозу через карантин, погана прихильність до лікування та зростання захворюваності на туберкульоз, стійкий до ліків. І якщо 2 останні роки головним бар'єром по виявленню і ліквідації захворювання була пандемія COVID-19, то сьогодні – ворожі злочинні дії російської армії.

Через обстріли, бомбардування, атаки українські пацієнти залишаються без доступу до обстежень і лікування, піддається нищенню медична інфраструктура.

В таких умовах медична спільнота швидко підлаштовується під нові реалії і робить все необхідне, щоб жоден з пацієнтів не був позбавлений перспектив одужання.

Сьогодні активовано принцип екстериторіальності – пацієнти з туберкульозом можуть отримати лікування у будь-якому куточку країни, в який вони евакуювалися з небезпечних регіонів, а якщо будь-хто підозрює в себе симптоми туберкульозу – може отримати консультацію в найближчому

протитуберкульозному закладі.

Міграція в Європі залишається глобальною тенденцією. У зв'язку з війною в Україні цей процес став ще більш актуальним. Закономірно, він викликає низку проблемних питань, які мають вирішуватись шляхом політичної співпраці між країнами. Цьому і була присвячена зустріч парламентарів регіону Східної та Центральної Європи, а також представників Глобального фонду, євроофісу ВООЗ, Центру громадського здоров'я, організації «ТВреорле» та інших – Форум з туберкульозу та міграції.

Несприятливі умови життя, тісний контакт, погане харчування, психічний і фізичний стрес, – те, з чим стикаються біженці та мігранти. І через це вони піддаються підвищеному ризику зараження цілим рядом інфекційних захворювань: діареї, гепатиту, паразитарним захворюванням, що передаються через воду, та інфекціям дихальних шляхів, включаючи туберкульоз [42].

Поєднання цих факторів ризику та поганий доступ до медичних послуг підвищує вразливість біженців до туберкульозної інфекції. Крім того, затримка в діагностиці призводить до поганих результатів лікування та продовження передачі інфекції іншим людям.

Технології в галузі охорони здоров'я стосуються практики охорони здоров'я, що підтримується електронними процесами, і включає такі технології, як електронні медичні записи, системи адміністрування пацієнтів і лабораторні системи, якими можна керувати за допомогою мобільних додатків для охорони здоров'я.

Інновації та технології відіграють ключову роль у боротьбі з туберкульозом, особливо після пандемії COVID-19. Однак використання цих інструментів має також враховувати складність систем охорони здоров'я та взаємодію різноманітних факторів, особливо в країнах, що розвиваються, де все ще спостерігається високий рівень захворюваності [49]. Одним із значних успіхів інновацій та використання технологій у боротьбі з туберкульозом можна побачити використання неформальних постачальників медичних

послуг (IPs) у СНСД, де 65-90% сільських жителів використовують медичних працівників, таких як сільські лікарі, виробники ліків, традиційні акушерки та невідготовлених алопатичних практиків як їхню перше місце звернення щодо проблем зі здоров'ям.

Наприклад, у районах Колар і Тумкур індійського штату Карнатака показники завершення лікування тавилікування були значно вищими за використання ІІ, ніж у офіційних постачальників медичних послуг [50]. Технологія також дозволила проводити одночасне тестування на туберкульоз і COVID-19 за допомогою тестів ампліфікації нуклеїнової кислоти (NAATs), що рекомендовано в країнах із високим тягарем туберкульозу, особливо в світлі пандемії COVID-19.

Мобільна технологія також була ефективно використана в Індії для моніторингу тих, у кого діагностовано туберкульоз, у режимі реального часу, коли вони приймають ліки, таким чином розширюючи можливості пацієнта та зменшуючи фізичні зусилля для медичного обслуговування.

Технологія може бути використана для забезпечення того, щоб більше людей отримували вакцини проти туберкульозу та виробництва ліків, які є більш ефективними. Вона також відіграє важливу роль в оцінці рівня охоплення туберкульозом і створенні мереж між державними та приватними закладами охорони здоров'я в країнах із високим тягарем захворювання.

Тим часом такі інтерфейси, як чат-боти або системи на основі SMS, які використовуються для відповідей на основні запити та дозволяють вводити основні дані хворих на туберкульоз, можна використовувати для зв'язку між медичними працівниками в межах географічного розташування, створення мереж перенаправлення та керівництва щодо національної боротьби з туберкульозом [51].

Платформи та додатки соціальних медіа, доступні через мобільні пристрої, також можна використовувати для підвищення обізнаності про туберкульоз серед молодих людей, які становлять значний відсоток хворих на туберкульоз у країнах із високим тягарем захворювання.

Загальне охоплення медичними послугами має важливе значення для боротьби з туберкульозом

У 2005 році ВООЗ заохочувала країни рухатися до досягнення загального охоплення медичними послугами (УНС), що дозволить усім особам і громадам отримувати необхідні їм медичні послуги, не стикаючись з фінансовими труднощами [52]. Це включає в себе повний спектр основних медичних послуг і гарантує, що навіть після COVID-19 вони є децентралізованими зі зменшенням витрат тих, хто страждає на туберкульоз.

Незважаючи на те, що глобальне фінансування має важливе значення для надання допомоги бідним на ресурси країнам у фінансуванні надання послуг, необхідних для боротьби з туберкульозом, національні програми боротьби з туберкульозом повинні почати брати на себе відповідальність. Такі схеми мають бути включені до існуючих програм охорони здоров'я разом із внеском приватного сектору охорони здоров'я [53].

Загальний доступ до медичної допомоги має стати глобальним пріоритетом для охоплення лікуванням туберкульозу в багатьох бідніших країнах, щоб відновити втрачені позиції після пандемії. Охоплення туберкульозом є ключовим показником загального охоплення УЗЗ у порівнянні з іншими показниками надання послуг, пов'язаними з конкретними захворюваннями, особливо в СНСД.

За словами доктора Тедроса Аданома Гебрейесуса, Генерального директора ВООЗ: «Я хочу нагадати вам, що боротьба за подолання туберкульозу – це не просто боротьба з однією хворобою. Це також боротьба за подолання бідності, нерівності та небезпечного житла, дискримінації та стигматизації, а також розширити соціальний захист і загальне охоплення медичними послугами. Якщо пандемія чогось навчила нас, так це те, що здоров'я є правом людини, а не розкішшю для тих, хто може собі це дозволити» [46].

Міжнародний досвід організації державних заходів щодо запобігання

розвитку ХОД, у т.ч. соціально небезпечних хвороб підтверджує існування різноманітних підходів щодо механізму державного впливу на цю проблему, через що в деяких країнах сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення може бути поділена між центральними органами виконавчої влади, які безпосередньо і не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), а є керованою іншими відомствами, наприклад, у сфері охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ тощо. При цьому, галузеве публічне управління у сфері протидії захворюванню на туберкульоз повинно здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання. Як варіант, при центральному органі виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я може бути створений спеціальний постійно діючий підрозділ для координації діяльності, нормативно-правового та методичного забезпечення зв'язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства у сфері протидії захворюванню на туберкульоз та ХОД.

3.2. Удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні

Одним із пріоритетних завдань на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я є підвищення доступності та якості медичної допомоги, що надається населенню, ефективності використання трудових, матеріально-технічних і фінансових ресурсів [54]. Серед пріоритетів Стратегії розвитку системи охорони здоров'я-2030 [55; 56]: ефективне врядування; універсальне охоплення медичними послугами; громадське здоров'я та можливість реагування на надзвичайні ситуації; залученість людей та громад у систему; кадрові ресурси. Серед основних очікувань від реалізації Стратегії до 2030 року заплановано: зменшення власних витрат пацієнта на медицину, збільшення тривалості життя чоловіків та жінок на 3 роки (до 70 та 80 років

відповідно), зниження материнської та дитячої смертності до середнього рівня Європейського Союзу, зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину, зниження рівня інвалідності через захворювання, яким можна запобігти, зниження захворюваності та інвалідності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту С, зниження смертності від дорожньо-транспортного травматизму на третину зменшення споживання тютюну, алкоголю та солі [57, 58, 59, 60]. А це неможливо без наукового обґрунтування і вибору пріоритетів, а також прийняття управлінських рішень щодо підвищення ефективності системи охорони здоров'я. У цьому комунікація, удосконалення інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я є потужним інструментом підвищення ефективності управлінської діяльності, який повинен бути в центрі уваги керівників усіх рівнів [61, 62]. І один з ефективних інструментів в системі управління ресурсами ЗОЗ, а також контролю якості медичної допомоги – використання сучасних інформаційно-аналітичних технологій [63, с.145, 64].

За цих умов необхідний комплексний підхід і систематичний аналіз [65, с.47] стану РЗ населення, діяльності госпітально-поліклінічного комплексу з урахуванням його структури, матеріально-технічного оснащення, потреб населення у відповідних видах медичної допомоги та її задоволення, ресурсного забезпечення, що вимагає розвитку відповідної медичної допомоги. Однак вирішення цих завдань ускладнюється у зв'язку зі збільшенням обсягів різноманітної статистичної та соціально-економічної інформації, а також зі збільшенням кількості вимог до ефективності управління ЗОЗ [66].

Основна управлінська інформація – це конкретні показники, які кількісно оцінюють проміжні або кінцеві параметри інформаційних потоків [65, с.49]. У зв'язку з цим проблема формування адекватного набору показників є ключовою при побудові будь-яких систем управління, розробці систем моніторингу і вибір критеріїв оцінки їх ефективності [67, с. 420]. Разом з тим, розробка показників і критеріїв стосовно управління охороною

здоров'я є складним і ще не до кінця вирішеним завданням [58].

Схеми інформаційного менеджменту в системі охорони здоров'я мають підпорядковуватися наступним вимогам:

- специфіка і спрямованість регламентованого переліку інформації з включенням цільових критеріїв і показників;
- аналітичне значення (забезпечення можливості порівняння в динаміці з середніми, нормативними і кращими значеннями показників);
- повнота (використання комплексних методів аналізу та інформації, спрямованих на виявлення відхилень, а також внесок кожного показника в загальне функціонування системи);
- структурно-функціональна єдність;
- управлінська цінність (забезпечення придатності інформації для підтримки реалізації основних технологічних етапів процесу управління, від виявлення проблем до контролю ефективності прийнятих рішень) [68, с.45].

Система інформаційно-аналітичного забезпечення управління повинна містити конкретний перелік показників для аналізу, їх нормативні значення, джерела і періодичність представлення. При цьому структурні моделі такої системи повинні бути замкнутими, тобто мати прямі і зворотні зв'язки [59, с.32]. Зокрема, організаційна модель інформаційно-аналітичного забезпечення пульмонології на регіональному рівні може бути представлена наступними суб'єктами та елементами, серед яких основне місце займають медичні установи, що запускають і завершують цикл формування і використання інформації.

Таким чином, для кожного суб'єкта інформаційно-аналітичної системи забезпечення управління ПД стоїть певне завдання:

- ЗОЗ – підготовка та подання документації первинного медичного обліку та звітності та виконання управлінських рішень;
- медичні інформаційно-аналітичні центри – обробка та аналіз інформації;
- науково-дослідні установи та заклади вищої освіти – науково-

методичне забезпечення експертної оцінки стану РЗ та якості ПД;

– МОЗ та його головні спеціалісти (терапевт, пульмонолог) – підготовка інформаційно-аналітичних документів та управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності діючої системи.

Медична інформація, яка використовується для аналізу РЗ населення, організації та якості ПД, може бути представлена наступними модулями:

– стан РЗ населення території (показники первинної та загальної захворюваності; показники інвалідності та смертності населення внаслідок ХОД);

– про діяльність амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних ЗОЗ, які надають ПД;

– про забезпечення закладів загальної та спеціалізованої охорони здоров'я ресурсами (трудовими, матеріальними, фінансовими);

– про використання ЗОЗ, що надають ПД, ресурсів охорони здоров'я (трудових, матеріальних, фінансових);

– про якість та ефективність (медичну, соціальну, економічну) медико-профілактичної допомоги хворим легеневого профілю [69].

Інформаційна система моніторингу РЗ населення, організації та якості ПД може бути побудована як на використанні методів державного статистичного спостереження (показники захворюваності, інвалідності, смертності населення внаслідок захворювань органів дихання; показники ефективності роботи амбулаторій та стаціонарних ЗОЗ; показники забезпеченості ресурсами охорони здоров'я), а також спеціальні клінічні, епідеміологічні, соціологічні методи дослідження (соціологічний моніторинг населення за станом здоров'я органів дихання, доступність і якість ПД) та експертна оцінка якості ПД [69].

Інформаційні ресурси для експертної оцінки РЗ населення, доступності та якості ПД в системі управління охороною здоров'я області можна представити такими групами показників:

– показники РЗ населення за даними державного статистичного

моніторингу;

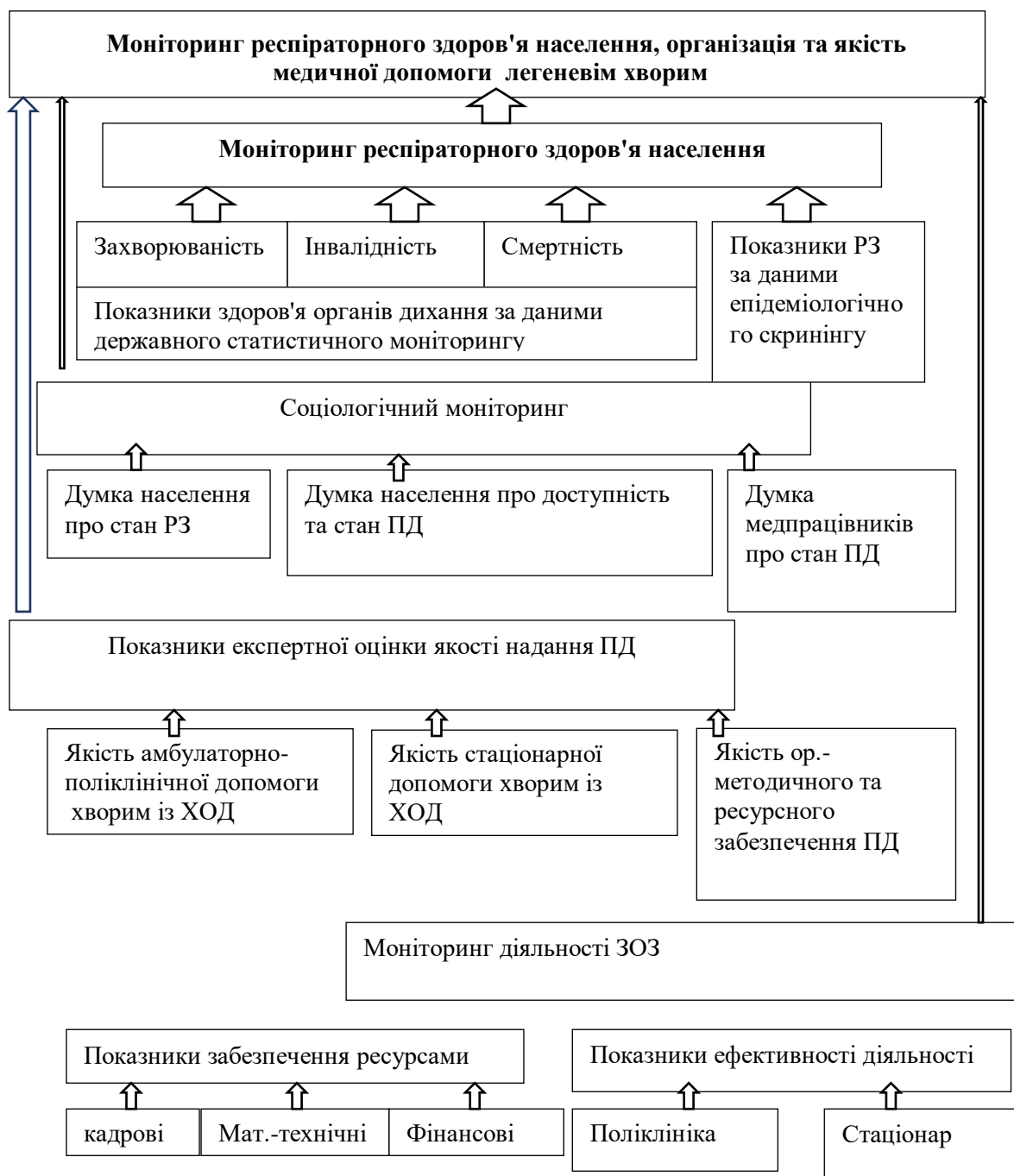


Рис. 3.1. Блок-схема інформаційної системи контролю РЗ населення, організації та якості ПД

– показники соціально-економічного навантаження на ХОД, у тому числі показники захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою

працездатності, смертності населення внаслідок ХОД;

– показники клініко-епідеміологічної, медико-соціальної оцінки РЗ населення, доступності та якості ПД, отриманої з використанням клінічних, епідеміологічних, медико-соціальних методів дослідження;

– індикатори ресурсного забезпечення ЗОЗ, що надають ПД, забезпечення аналізу мережі, структури та спроможності закладів ПМСД та спеціалізованих служб, показники надання населенню стаціонарної допомоги, забезпечення трудовими та фінансовими ресурсами;

– показники діяльності закладів загального профілю та спеціалізованої мережі з надання медичної допомоги пацієнтам із ХОД (показники обсягу та якості амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, медичного огляду населення);

– показники експертної оцінки якості ПД та забезпеченості ресурсами охорони здоров'я [70].

У групі ключових показників повинні бути затверджені їх цільові значення, визначені на підставі нормативних документів або експертними засобами з узагальненою оцінкою досягнення кінцевих результатів і цільових параметрів функціонування спеціалізованої служби, установи або території [71, 72, 73, 74]. Узагальнена оцінка в даному випадку виступає критерієм, значення якого посилюється при аналізі його в динаміці. Це дає можливість об'єктивно відповісти на питання про те, як функціонувала система і за допомогою яких механізмів необхідно забезпечити її ефективність [75].

При цьому статистичні дані про РЗ населення служать основою для планування профілактичних заходів і розробки організаційних форм і методів роботи органів управління та ЗОЗ, а також контролю ефективності їх діяльності щодо збереження і зміцнення РЗ населення.

У режимі щорічного моніторингу зазвичай обробляється і аналізується найбільший обсяг інформації. При цьому керівникам органів державної влади та ЗОЗ, фахівцям мають бути в регламентованому порядку надані результати моніторингу основних показників РЗ в регіоні та діяльності

лікувально-профілактичних закладів, оформлені у вигляді підсумкового аналітичного документу [76, с.71].

Структура щорічного етапу аналітичного звіту експертної оцінки РЗ населення та організації ПД на регіональному рівні повинна включати не тільки розділи, що відображають клініко-епідеміологічну характеристику РЗ населення, мережа, структура, спроможність та показники ефективності діяльності ЗОЗ з ПД, їх ресурсне та організаційно-методичне забезпечення, аналіз показників доступності та якості ПД, а також соціально-економічні, кліматогеографічні та медико-демографічні характеристики регіону [77, 78]. Інформація про площу території, чисельність і склад населення, умови його розміщення, природно-кліматичні та екологічні умови зовнішнього середовища, рівень соціально-економічного розвитку регіону надзвичайно важлива для оцінки та аналізу ефективності діяльності спеціалізованої служби охорони здоров'я, захисту, розробки та прийняття управлінських рішень, спрямованих на оптимізацію цієї системи [79, с.162].

Стало визнано, що здоров'я є не тільки соціальною категорією, а й економічною, незважаючи на те, що за своєю первинною природою воно не належить до товарно-грошових відносин і не є товаром, що реалізується на ринку. Здоров'я, відповідно, не має ринкової ціни, хоча і має найвищу цінність для суспільства і окремої людини. При цьому для підтримки, зміцнення та відновлення здоров'я необхідно витратити величезні матеріальні, фінансові, інформаційні та інші ресурси. Здоров'я, таким чином, має значення, що дозволяє розглядати його в певному вигляді, як економічну категорію [80, с.353].

З огляду на це, виникають такі питання, як оцінка ефективності охорони здоров'я в ринкових умовах, оцінка економічного збитку від захворюваності, інвалідності та передчасної смертності, встановлення та аналіз взаємозв'язку між показниками ресурсного забезпечення галузі, ефективністю їх використання та кінцевим продуктом охорони здоров'я – показники обсягу та якості медичних товарів і послуг [55]. Тому структура

аналітичного документа повинна включати: розділи, що характеризують соціально-економічний тягар ХОД. Зокрема, економічний аналіз прямих і непрямих витрат держави і суспільства, пов'язаних з медичним обслуговуванням (госпіталізація, амбулаторно-поліклінічна допомога, медикаментозне забезпечення тощо) та соціальною допомогою (оплата днів тимчасової непрацездатності, витрат на виплату пенсій та допомоги); втратою внеску у валовий регіональний продукт, внаслідок захворювання, інвалідність і смертність від ХОД [52].

Різні показники та критерії можуть бути використані як індикатори для оцінки ефективності пульмонологічної служби в системі охорони здоров'я регіону. Зокрема, на основі аналізу їх актуальності у сфері практичної охорони здоров'я пропонується наступне.

Таблиця 3.1

Показники та критерії оцінки ефективності управління системою
пульмонологічної допомоги на регіональному рівні

№ п/п	Показники оцінки	Одиниці виміру	Цільові значення показників (критерії оцінки)
1	Первинна захворюваність населення із ХОД (клас X), в тому числі індивідуальна нозологічні форми, в динаміці	На 100 000 населення	Динаміка показників
2	Загальна захворюваність на ХОД (клас X), в тому числі індивідуальна нозологічні форми, в динаміці	На 100 000 населення	Динаміка показників
3	Патологічне ураження населення ХОД, включаючи певні нозологічні форми	На 1 000 населення	
4	Виснажена (істинна) захворюваність населення ХОД, включаючи деякі нозологічні форми	На 1 000 населення	
5	Кількість випадків тимчасової непрацездатності внаслідок ХОД	Для 1 працівника	
6	Кількість днів тимчасової непрацездатності через ХОД	Для 1 працівника	
7	Середня тривалість тимчасової непрацездатності внаслідок ХОД		
8	Первинна інвалідизація населення внаслідок ХОД, в тому числі частота первинної інвалідності за групами інвалідності, в динаміці	На 10 000 населення	Динаміка показників

9	Загальна (накопичена) інвалідизація населення внаслідок ХОД, в динаміці	На 10 000 населення	Динаміка показників
10	Смертність населення внаслідок ХОД, в тому числі при деяких нозологічних формах, в динаміці	На 100 000 населення	Динаміка показників
11	Забезпечення населення лікарняними ліжками терапевтичного та легеневого профілю	На 10 000 населення	Стандарт
12	Частота госпіталізацій за класами ХОД та індивідуальними нозологічними формами	%	
13	Надання штатних посад лікарів-терапевтів, пульмонологів	На 10 000 населення	Стандарт
14	Кадрове забезпечення лікарів-терапевтів, пульмонологів	%	100%
15	Частка лікарів (терапевтів, пульмонологів) Сертифікат спеціаліста	%	
16	Питома вага лікарів (терапевтів, пульмонологів) з кваліфікаційною категорією (вища, перша, друга)	%	
17	Середньогодинне навантаження лікаря (терапевта, пульмонолога) на прийомі в поліклініці (фактично)		Стандарт
18	Функція посади лікаря загальної практики, пульмонолога (фактична)		Стандарт
19	Середня кількість ліжок на одну посаду лікаря (терапевт, пульмонолог)		Стандарт
20	Середня кількість пролікованих пацієнтів на одного посаду лікаря (терапевта, пульмонолога)		
21	Середня кількість ліжко-днів на посаду лікаря (терапевт, пульмонолог)		
22	Середня кількість відвідувань терапевта, пульмонолога на одного жителя в рік		Стандарт
23	Частка профілактичних візитів до терапевта, пульмонолога в клініці	%	
24	Виконання плану візитів до лікаря загальної практики, лікаря-пульмонолога	%	100%
25	Повнота охоплення населення адресною ПД		
26	Повнота охоплення легеневих хворих профільним диспансерним спостереженням	%	
27	Своєчасність прийому хворих ХОД для постановки на диспансерний облік	%	
28	Середня кількість днів зайнятості лікарняного ліжка (терапевтичного, легеневого) в рік (функція лікарняного ліжка)	Кількість днів на рік	Стандарт
29	Середня тривалість перебування пацієнта в стаціонарі (терапевтична, пульмонологічна)	Дні	Стандарт
30	Оборотні лікарняні ліжка (лікувальні, легеневі)		Стандарт
31	Відсоток виконання плану ліжко-днів на стаціонарі (лікувальний, пульмонологічний)	%	100%

32	Своєчасність госпіталізацій легеневого профілю		
33	Частота розбіжностей в амбулаторних умовах амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних діагнозів	%	
34	Частота розбіжностей клініко-патолого-анатомічних діагнозів	%	
35	Госпітальна смертність	%	
36	Середня кількість виявлених вад при наданні ПД	На 1 пацієнта	
37	Середня кількість виявлених дефектів ПД	На 1 пацієнта	
38	Середня кількість виявлених вад при наданні ПД	На 1 пацієнта	
39	Задоволеність населення якістю ПД в клініці	%	78-80%
40	Задоволеність населення якістю ПД в лікарні	%	90-95%

Програми і проєкти в охороні здоров'я в цілому характеризуються значною кількістю показників і параметрів на вході (витрати) і виході (результати), а для обробки та аналізу статистичних даних в даний час існують різні модифікації програмного забезпечення інформаційних систем, програмні пакети для обробки статистичної інформації [81, с.19]. З метою порівняння альтернатив організаційної діяльності порівнюються показники і параметри. Це завдання вимагає використання методу багатофакторного аналізу проблем, що дозволяє проводити багатофакторну оцінку кожної з альтернатив. Характеристиками можуть бути використані, наприклад, динаміка смертності, ускладнень, первинної втрати працездатності, захворюваності, тимчасової непрацездатності, вартість профілактичних програм тощо [82].

Для поліпшення організації ПД, розвитку ПМСД необхідно організувати в ЗОЗ систему достовірного первинного обліку, показники профілактики, захворюваності, тимчасової втрати працездатності, динаміки показників втрати працездатності, імунізації, спектр і кількість виконуваних медичних послуг, забезпечення інформаційної підтримки відповідних процесів. Основою планування діяльності та оцінки ефективності управління пульмонологічною службою є кількісні та якісні параметри, що

характеризують стан РЗ населення та його регіональні особливості.

Таким чином, інформаційно-аналітичне забезпечення організації ПД з використанням інформаційних ресурсів і методів експертної оцінки РЗ населення, доступності та якості ПД є важливою передумовою і одним з головних умов підвищення її ефективності.

Розгляд проблем щодо організаційно-правових засад удосконалення управління наданням стаціонарної ПД спонукає актуалізувати ще раз тезу про те, що ХОД залишаються одними із найрозповсюдженіших і становлять навіть загрозу національній безпеці України. Так, в загальній структурі захворюваності вони займають перше, а за причинами смертності – четверте місце після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, травм і отруєнь.

Попри впливові на основні причини розвитку ХОД (зменшення забруднення довкілля, екологічних і психосоціальних навантажень, боротьба з палінням) поліпшення ситуації з ХОД можна досягти завдяки організації у країні єдиної етапної та послідовної ПД, особливо сільському населенню [83, с.145]. Такий підхід дозволить поліпшити ефективність діагностики, лікування і диспансерного спостереження за хворими на ХОД, що позитивно вплине на зменшення захворюваності та смертності від цих недугів.

Організація ПД повинна полягати у зміцненні спеціалізованих пульмонологічних закладів і підрозділів та співпраця їх із загальною лікувальною мережею. МОЗ України розроблено стратегію оптимізації чи реформування медичної допомоги щодо туберкульозу, ключовими питаннями якої є ліквідація спеціальності «Фтизіатрія» з переходом на пульмонологію. Інше питання – перехід на лікування пацієнтів із туберкульозом на амбулаторному етапі, яким переважно будуть займатися сімейні лікарі. Для цього розроблено механізм оплати лікування цих пацієнтів на первинній ланці, тобто кожен сімейний лікар отримуватиме доплату за таких пацієнтів, а також безпосередньо за результат лікування [84].

Основне місце у забезпеченні ПД належить сімейним і дільничним лікарям. Слід розробити навчальні модулі та стандарти для підвищення рівня підготовки лікарів загального профілю з питань пульмонології [85].

Пріоритетне значення повинно мати забезпечення сільського населення ПД, особливо в місцевостях, віддалених від районних і дільничних лікарень.

Організація ПД населенню повинна здійснюватися в 5 етапів:

- 1) сімейний та дільничний лікар-терапевт загальної лікарняної мережі (або цеховий, підлітковий, шкільний лікар, лікар амбулаторії);
- 2) пульмонологічний кабінет поліклініки;
- 3) денний пульмонологічний стаціонар;
- 4) пульмонологічне відділення стаціонару;
- 5) реабілітаційне відділення і спеціалізовані пульмонологічні санаторії.

Усі ці ланки надання ПД слід реформувати, реорганізувати і реструктуризувати залежно від місцевих умов і потреб, кількості пульмонологічних хворих і в подальшому зміцнювати кадровий потенціал і матеріально-технічну базу [86, с.275].

Профілактика, виявлення, діагностика, лікування і медико-соціальна реабілітація хворих на неспецифічні ХОД здійснюється за чинними українськими клінічними протоколами, а за їх відсутності за чинними міжнародними протоколами країни Євросоюзу або США.

Виявлення пульмонологічних хворих здійснюється за допомогою скринінгу, що включає:

- анкетування пацієнтів;
- дослідження вентиляційної функції легень;
- рентгенологічне обстеження органів грудної клітки в 2 проекціях;
- клініко-лабораторне обстеження;
- заключний огляд сімейного лікаря чи терапевта.

Зазначений алгоритм скринінгу чи іншими словами організаційний механізм перспективного розвитку пульмонологічної служби, передусім, слід проводити серед груп ризику.

В поліклініках слід запровадити систематичне й активне масове виявлення ранніх малосимптомних стадій неспецифічних ХОД.

Остаточний діагноз ХОД ґрунтується на клінічних і лабораторних даних, рентгенологічному обстеженні, дослідженні функції зовнішнього дихання, ендоскопічному та інших методах.

Лікування основних ХОД полягає у застосуванні стандартних схем і ступінчатого підходу, адаптованих до національних умов. Менеджмент кашлю і задишки, які є провідними симптомами респіраторних порушень у хворих пульмонологічного профілю.

На ті ХОД, що зустрічаються рідше, слід розробити стандарти лікування, а також внормовані показання і протипоказання до хірургічного лікування.

Невідкладна допомога, інтенсивна терапія і реанімація забезпечується у пульмонологічному відділенні цілодобово хворим на гострі й тяжкі ускладнення пульмонологічної патології.

Слід розробити систему диспансеризації хворих пульмонологічного профілю, задіявши три послідовних і взаємопов'язаних етапи:

I етап – виявлення хворих і формування диспансерних контингентів;

II етап – планування, організація та проведення активного динамічного спостереження за станом здоров'я диспансеризованих;

III етап – проведення профілактичних, лікувально-оздоровчих і реабілітаційних заходів.

Профілактика ХОД повинна базуватися на усуненні причин їх виникнення, запобіганні екзо- й ендогенних факторів ризику. Слід розробити систему профілактики ХОД, що включатиме найефективніші санітарно-гігієнічні та медичні заходи, посилення санітарно-освітньої роботи серед населення та санітарно-протиепідемічні заходи боротьби з грипом і гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ) серед населення.

Кадрове і матеріально-технічне забезпечення пульмонологічної служби можливе тоді, коли органи місцевого самоврядування надаватимуть

службове житло молодим спеціалістам-пульмонологам [48, с.278, 87, с.167]. Це, а також збільшення заробітної плати пульмонологам, мотивуватиме їх до пульмонологічної діяльності [88, с.38].

У медичних ЗВО та закладах післядипломної освіти слід створювати кафедри фтизіатрії та пульмонології і проводити навчання за однотипними програмами.

Матеріально-технічне забезпечення полягає у закупівлі з місцевих бюджетів і поліпшенні постачання лікувально-профілактичних закладів, особливо у сільських місцевостях, необхідними ліками, реактивами, лікувально-діагностичною апаратурою й приладами, предметами догляду за хворими [89].

Слід розробити програму поетапного розвитку вітчизняного виробництва необхідних лікарських препаратів в цілях національної безпеки України.

У всіх пульмонологічних лікарнях, кабінетах, відділеннях, санаторіях повинні бути створені умови для належного інфекційного контролю.

Важливим є належне фінансування системи надання ПД населенню. Реалізуються кошти державного бюджету в рамках цільових програм, місцеві бюджети, кошти грантів, громадських організацій та інших донорів, кошти від медичного страхування [90].

Замовником пульмонологічних послуг в системі ПД населенню стає Національна служба здоров'я України. Лікування хворих на неспецифічні ХОД на амбулаторному етапі передбачає укладення контракту з надавачами амбулаторних послуг. Для кожного випадку лікування хворого в амбулаторних умовах обов'язковим є укладення договорів про медичне обслуговування населення з Національною службою здоров'я України [91].

Стаціонарне лікування, що надається терапевтичними і пульмонологічними відділеннями загальних медичних лікувальних закладів на I, II, III рівнях здійснюється на підставі договору про медичне обслуговування населення за наперед розрахованими тарифами [92].

Національна служба охорони здоров'я щорічно встановлює граничний рівень витрат на вторинну стаціонарну ПД, в межах якого будуть оплачуватись надані послуги.

Очікувані результати та показники розвитку Концепції розвитку пульмонологічної служби в Україні дозволять:

- поліпшити ефективність діагностики і лікування ХОД, наблизивши показники до 98%;
- зменшити захворюваність і смертність від ХОД на 3% за кожен наступний рік;
- зменшити фінансові затрати на протитуберкульозні заходи на 20% від нинішніх.

З урахуванням всього вищезазначеного, можна сформулювати концепцію розвитку ПД на регіональному рівні, основні положення якої можна представити таким чином.

Назва концепції: Розвиток пульмонологічної служби регіону.

Актуальність: Поліпшення ситуації з ХОД можна досягти завдяки організації регіональної системи єдиної етапної та послідовної ПД, особливо сільському населенню.

Мета концепції – поліпшення ефективності діагностики, лікування і диспансерного спостереження за хворими на ХОД.

Основні завдання:

- організація ПД полягатиме у зміцненні спеціалізованих пульмонологічних закладів і підрозділів та їх співпраці із загальною лікувальною мережею;
- застосування в лікуванні хворих на ХОД стандартних схем і ступінчатого підходу, адаптованих до національних умов;
- розробка і впровадження стандартів протирецидивної терапії при різних ХОД;

Ресурси:

– державний бюджет в рамках програми гарантованого пакету медичних послуг. ЗОЗ, що надають послуги спеціалізованої амбулаторної допомоги, а також заклади високоспеціалізованої допомоги (лікарні) отримують фінансування від держави через субвенцію з державного бюджету;

- місцеві бюджети;
- гранти, кошти громадських організацій та інших донорів;
- кошти від медичного страхування.

Етапи та суб'єкти реалізації концепції. Реалізація концепції здійснюється в 5 етапів такими суб'єктами управління:

- 1) сімейний та дільничний лікар-терапевт загальної лікарняної мережі (або цеховий, підлітковий, шкільний лікар, лікар амбулаторії);
- 2) пульмонологічний кабінет поліклініки;
- 3) денний пульмонологічний стаціонар;
- 4) пульмонологічне відділення стаціонару;
- 5) реабілітаційне відділення і спеціалізовані пульмонологічні санаторії.

Усі ці ланки надання ПД слід реформувати, реорганізувати і реструктуризувати залежно від місцевих умов і потреб, кількості пульмонологічних хворих і в подальшому зміцнювати кадровий потенціал і матеріально-технічну базу.

Індикатори успішного впровадження концепції: поліпшення ефективності діагностики й лікування основних ХОД; зменшення захворюваності і смертності населення від ХОД.

На думку експертів GARD (2006), необхідні покрокові комплексні профілактичні програми для подолання дублювання та неузгодженості в системі охорони здоров'я. Це дозволить досягти наступних результатів:

- знизити захворюваність окремими захворюваннями і звернути увагу на загальні фактори їх виникнення;
- впроваджувати стратегії профілактики та контролю над хворобами;
- встановити зв'язки з іншими державними програмами та заходами,

що вживаються на регіональному рівні.

Регіональні та міські пульмонологічні програми відіграють важливу роль у цьому процесі.

У вітчизняній літературі представлені наступні результати лікування хворих на ХОД в пульмонології: поліпшення стану настає в 53,8-81,0% випадків, стан не змінився – 11,5-36,5%, погіршення стану – 7,5-9,7%. При лікуванні у пацієнтів з бронхолегеневою патологією однієї з клінік за кордоном одужання настало у 29,0%, поліпшення на 57,0%, стан не змінився на 6,0%, погіршення стану наступило у 1,0% хворих і летальність у 5,0% [93, 94, 95].

Летальність в легневих відділеннях лікарень спостерігається від 0,9-1,4% до 3,3%, а в грудно-хірургічних відділеннях – від 2,4 до 6,8%.

В сучасних умовах спостерігається підвищення рівня смертності пацієнтів з ХОД, що обумовлено зважуванням контингенту пацієнтів, які звертаються за меддопомогою.

Стратегічною метою розвитку ПД є задоволення потреб населення в спеціалізованій профілактичній, медичній, соціальній та лікувальній допомозі. При цьому основними принципами організації такої допомоги в сучасних умовах є:

- перманентність меддопомоги на різних етапах її організації;
- своєчасність і раціональне використання сучасних методів діагностики на всіх етапах;
- своєчасне і раціональне застосування найбільш ефективних методів профілактики і лікування;
- диспансерне спостереження;
- проведення соціально-гігієнічних та санітарно-оздоровчих заходів.

При організації лікування пацієнтів з ХОД необхідно використовувати інтенсивну тактику, що полягає в профілактичній роботі, активному виявленні захворювань і їх ускладнень на ранній стадії розвитку, і впроваджувати їх в повсякденну практику лікарів-пульмонологів сучасні

стандарти обстеження та лікування пацієнтів із ХОД, тісна співпраця з лікарями суміжних спеціальностей. В організації ПД важлива співпраця з поліклінічними та лікарськими лікарями, тісна комунікація між спеціалізованими клініками та спільною мережею, інтеграція різних служб (пульмонології та фтізіатрії), взаємодія терапевтів і педіатрів. Потік пацієнтів на прийом лікарів профільних відділень ЗОЗ другого рівня має формуватися переважно за направленнями пульмонологів першої ланки та сімейних лікарів [96].

Одним з напрямків розвитку пульмонологічної служби є створення реєстру пацієнтів із ХОД. Реєстр дозволяє вивчати поширеність ХОД, будувати алгоритми їх своєчасного виявлення та динамічного спостереження, складати прогноз фінансового та медичного забезпечення, забезпечувати постійний епідеміологічний моніторинг. Показники дозволяють приймати своєчасні управлінські рішення, спрямовані на забезпечення ефективної роботи спеціалізованої служби, розширення видів і обсягів ПД.

Організаційно-методичні заходи щодо поліпшення ПД повинні включати:

- відбір груп ризику серед різних груп населення;
- використання стандартизованої моделі диференційованого обстеження пацієнтів;
- оцінка якості надання ПД;
- удосконалення системи диспансерного спостереження;
- організація системи статистичної інформації та оцінки ефективності ПД;
- удосконалення навчання персоналу [60, С.110].

Для розвитку пульмонологічної служби необхідно забезпечити укомплектованість пульмонологічних кабінетів лікарями-спеціалістами, впровадження в повсякденну практику нових методів моніторингу та активної профілактики, діагностики та лікування гострих і хронічних форм

ХОД та їх ускладнень.

Науково-практичний потенціал в сучасних умовах повинен бути спрямований на розробку і впровадження програм профілактики ХОД, створення системи диспансерного спостереження за хворими легеневого профілю.

Цільові програми відіграють важливу роль у реалізації завдань, що стоять перед пульмонологами. Необхідно створити регіональні програми розвитку пульмонологічної служби, що передбачають створення відділень інтенсивної пульмонології, підвищення ефективності роботи легневих ліжок, підвищення доступності медикаментів для нужденних.

Участь громади в реалізації цільових програм розвитку охорони здоров'я дає можливість створити основу для впровадження в практику охорони здоров'я ефективних методів профілактики, діагностики та лікування захворювань і забезпечити населення доступною кваліфікованою спеціалізованою меддопомогою [33, с.275]. Їх реалізація дозволяє вирішувати комплексні міжвідомчі та фінансові проблеми розвитку пульмонологічної служби, стимулює участь органів виконавчої влади та місцевого самоврядування в їх вирішенні.

3.3. Інструменти публічного управління захистом респіраторного здоров'я

В умовах, коли більшість населення країни так чи інакше відчують істотне погіршення свого здоров'я, виникає нагальна потреба у створенні керованої системи його захисту та відновлення. РЗ населення під час війни, знаходиться під тиском негативних чинників, таких як погіршення якості атмосферного повітря унаслідок постійних вибухів та впливу токсичних речовин, а також знищення лісів та зелених смуг унаслідок бойових дій; вологість у бомбосховищах, де люди проводять значну кількість часу; відсутність можливості підтримувати здоровий спосіб життя та займатися

фізичною культурою та спортом через руйнацію об'єктів інфраструктури – це далеко не повний перелік тих додаткових тригерів, які можуть значно збільшити кількість хворих ХОД.

Для людей з ХОД обізнаність про це хронічне, прогресуюче захворювання часто приходить лише після того, як вони постраждали від нього. Не знайомі з ранніми, неспецифічними симптомами, багато хто втрачає значну функцію легень, перш ніж коли-небудь звернутися до лікаря. Часто це призводить до госпіталізації, важкої респіраторної інфекції або помітного порушення здатності виконувати прості завдання. Оскільки їх симптоми погіршуються, ці пацієнти стикаються з все більш складними проблемами, пов'язаними з повсякденною діяльністю. Вони також часто стикаються зі страшними емоційними проблемами. Невизначеність щодо прогнозу та схем лікування відіграє певну роль, як і тривога, ізоляція, депресія та соціальні стигми – реальні чи уявні – які часто виникають із життям із захворюванням. Ці проблеми впливають як на членів сім'ї, так і на опікунів, і вони вимагають уваги, турботи та розуміння. За таких умов виникає потреба у створенні Стратегії захисту РЗ (Рис. 3.2).

Перша ціль цієї Стратегії має бути зосереджена на допомозі людям з ХОД, їхнім сім'ям та опікунам розпізнати хворобу через ризик та поінформованість про симптоми, раннє виявлення та діагностику. Це також допомагає розширити можливості цих груп, надаючи інформацію про те, як найкраще керувати хворобою.

Для реалізації цієї цілі можна запропонувати наступний алгоритм (Рис. 3.3):

1. Підвищити обізнаність громадськості про фактори ризику та симптоми ХОЗЛ, щоб більш рання діагностика симптоматичних осіб стала нормою.

Перегляд та повне використання доступної інформації та інструментів щодо ХОД, оскільки різні організації вже можуть мати ресурси, адаптовані до власної унікальної аудиторії. Створення додаткових ресурсів, де існують

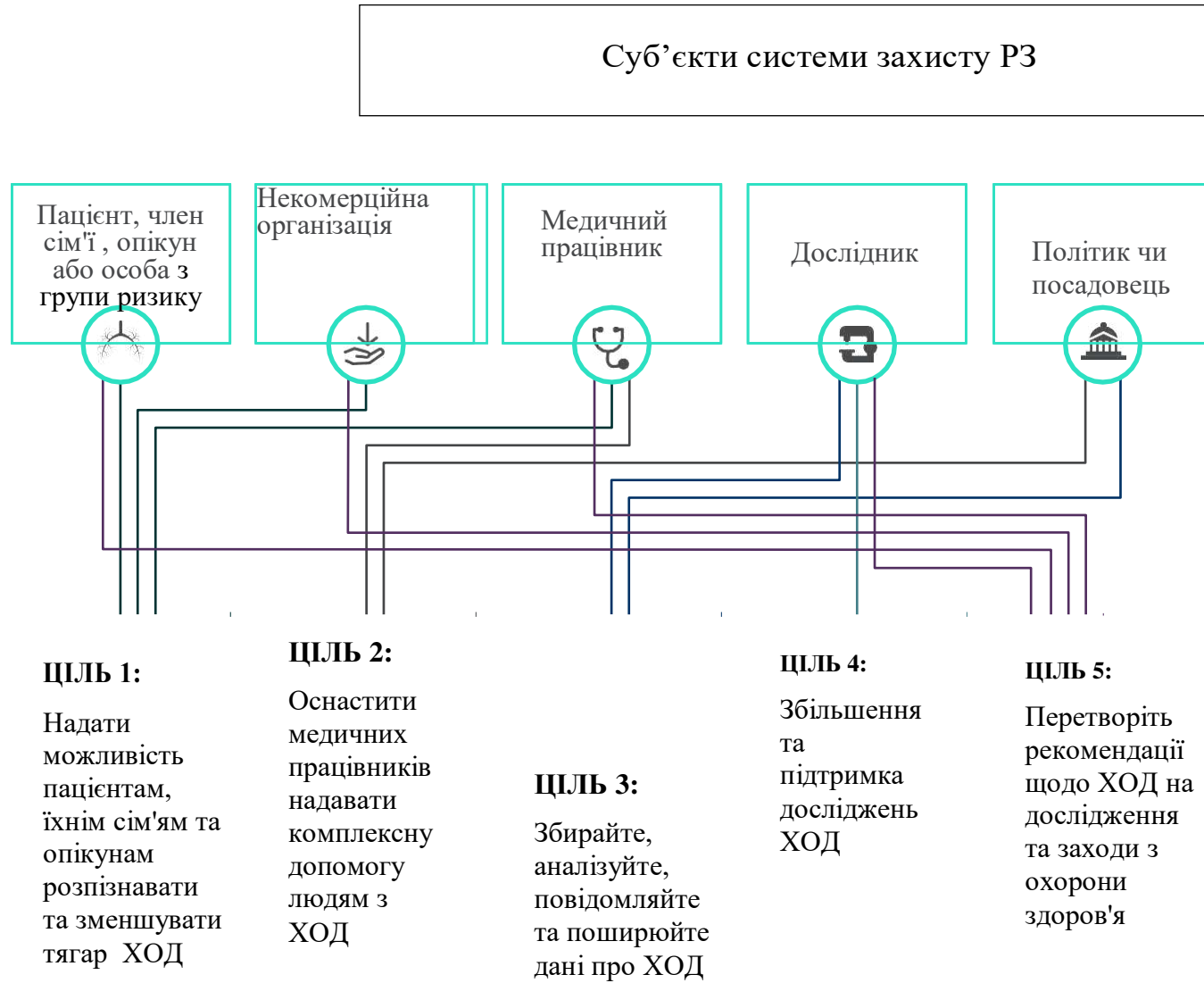


Рис. 3.2. Стратегічні цілі захисту респіраторного здоров'я

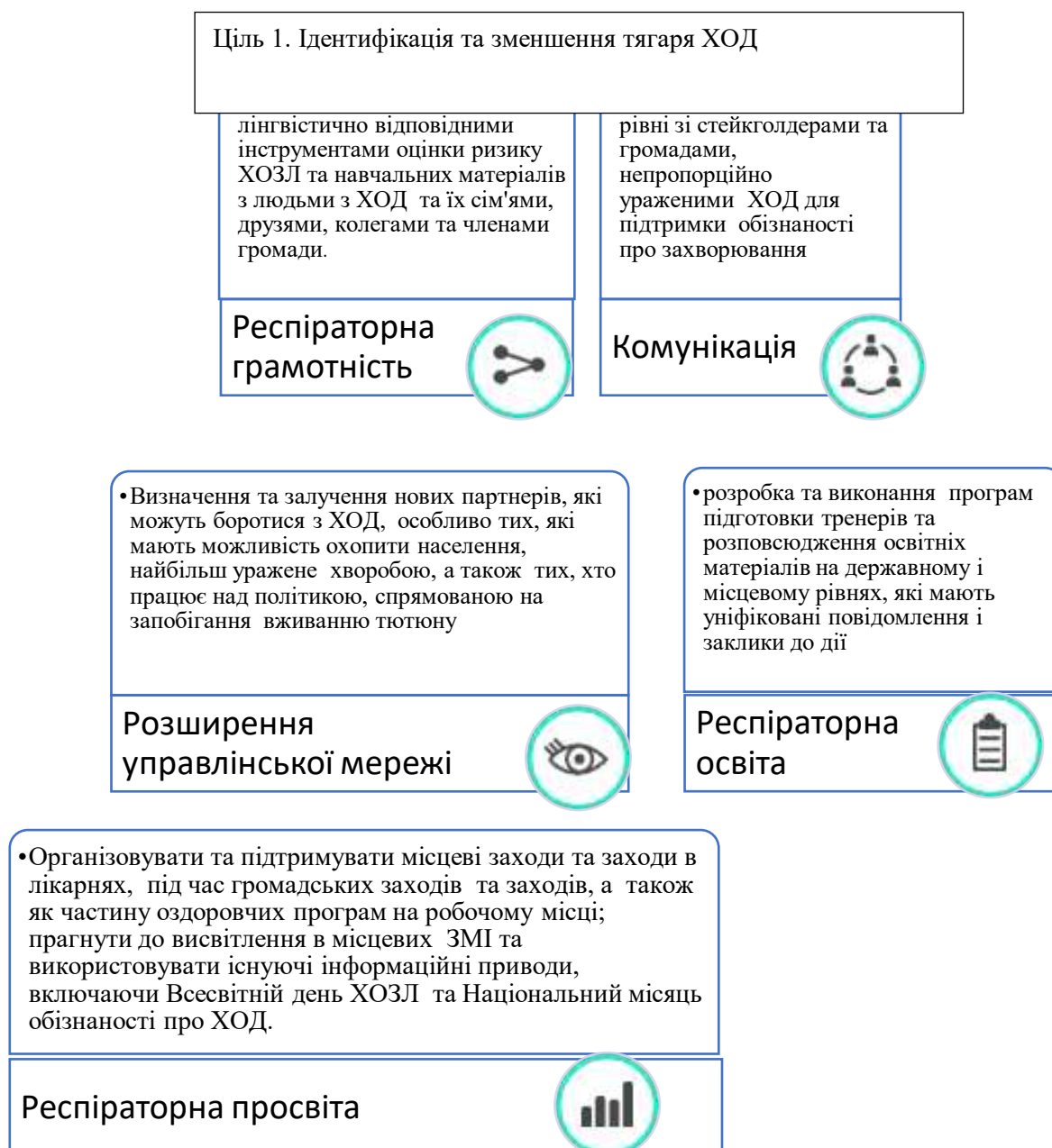


Рис. 3.3. Алгоритм респіраторної допомоги

прогалини.

– Інформування в різних форматах, які мають культурне відношення до різних груп населення, з урахуванням медичної грамотності та забезпечення якомога ширшого доступу. Доступність інформації, з використанням можливості онлайн-пошуку та безкоштовного доступу до

спеціально навчених операторів, колег-однолітків та досвідчених медичних працівників з ХОД. Розширення доступу до онлайн-спільнот, які люди з ХОД та їхні опікуни використовують для обміну інформацією та підтримки один одного.

– Забезпечення надання медичними працівниками людям з ХОД та їх опікунам різноманітних шляхів, які ведуть до безкоштовної, надійної та актуальної інформації та ресурсів про ХОД.

– Надання інформації, яка допоможе людям з ХОД орієнтуватися в доступних програмах підтримки, які надають допомогу, коли вони не можуть собі дозволити їх лікування.

– Підвищити ефективність та різноманітність інформаційно-просвітницьких комунікаційних кампаній та заходів, які використовують доказові підходи для підвищення обізнаності про ХОД, особливо серед осіб високого ризику, та допомогти людям з діагнозом ХОД керувати хворобою.

– Повідомлення, присвячені факторам ризику (наприклад, курінню, впливу навколишнього середовища та на виробництві, а також генетичним захворюванням, вказуючи, які дії повинні бути вжиті особами з групи ризику та які поведінкові втручання (наприклад, відмова від тютюну, фізичні вправи та харчування) доступні. Конкретні повідомлення, які допомагають людям з ХОД та їхнім опікунам керувати хворобою.

– Використання засобів масової інформації, соціальних мереж в Інтернеті та інших методів для інформування людей та спільнот, які ризикують захворіти на ХОД. Це може включати показники для вимірювання впливу комунікації на результати охорони здоров'я (наприклад, відвідування ярмарків охорони здоров'я, більше видань, що пишуть про дослідження, що просуваються НІФП, та розповіді пацієнтів). Інвестування в оціночні дослідження, які розробляють та вимірюють ефективність інформаційно-роз'яснювальної Кампанії. Дослідження повинно включати показники, які вимірюють масштаби та вплив цих

зусиль на здоров'я самих пацієнтів [97].

2. Розширити можливості підвищення обізнаності про ХОД у державно-приватному секторі.

– Визначення та залучення різноманітних організацій, включаючи групи на рівні громад, групи, орієнтовані на здоров'я меншин, релігійні мережі та групи, відповідальні за ініціативи в галузі охорони здоров'я, щоб вони могли інтегрувати освітні та інформаційні заходи з ХОД у свої програми.

– Координація існуючих зусиль з освіти з ХОД, щоб забезпечити узгодження, всебічність та адекватне вирішення всіх загальних повідомлень про обізнаність, профілактику, виявлення, догляд та лікування ХОД.

– Підвищення обізнаності про докази, що підтверджують стратегії профілактики, та цінність політики, яка обмежує вплив тютюну та розширює доступ до послуг із відмови від тютюну. Ці стратегії повинні включати, але не обмежуватися ними:

- Політика щодо заборони куріння;
- Простір без тютюну (підприємства, лікарні тощо);
- Зростання цін на тютюн;
- Медіа-кампанії та пропаганда відмови від куріння.

Накопичення знань в сфері етіології та патогенезу ХОД призвело до значного ускладнення методів діагностики та лікування цих захворювань, до розуміння необхідності розробки та організації застосування комплексу заходів щодо запобігання їх виникненню та прогресуванню. У зв'язку з цим фокус основного впливу системи охорони здоров'я в цілому і пульмонології, зокрема, тепер необхідно зміщувати з лікування до профілактики захворювань. Профілактика гострих і хронічних ХОД є найважливішим завданням охорони здоров'я, успішне вирішення якого залежить від зниження захворюваності, інвалідизації та смертності населення [98].

Багато наукових досліджень присвячено профілактиці гострих і хронічних ХОД, розроблено ряд комплексних і регіональних програм їх первинної профілактики в сільській місцевості і на промислових підприємствах, в тому числі з використанням програмно-цільового підходу до організації профілактичних заходів [98].

Превенція бронхолегеневої патології повинна ґрунтуватися на первинній профілактиці, суть якої полягає у виявленні та усуненні факторів ризику захворювань.

Провідне значення в розробці комплексних соціально-гігієнічних і медико-біологічних заходів профілактики хронічних ХОД мають медико-соціальні заходи (державні заходи, спрямовані на оптимізацію зовнішнього середовища, поліпшення умов профілактики хронічних захворювань органів дихання, створення належних санітарно-гігієнічних умов у закладах освіти, виховання здорового способу життя) [99]. У зв'язку з цим економічне відновлення та перетворення в соціальній сфері є шляхом до зниження захворюваності [100, с.175].

Перспективним і практичним в концепції профілактики ХОД є напрямок профілактики, заснований на виявленні осіб з високим рівнем індивідуального ризику внаслідок наявності біологічних дефектів, реалізованих зовнішніми факторами. Розуміючи природу взаємозв'язку дихальної системи людини із зовнішнім середовищем, стає особливо зрозуміло, наскільки важливий стан її захисту, і яке місце в профілактиці хронічних ХОД займає поліпшення навколишнього середовища. Профілактика захворювань шляхом впливу навколишнього середовища є найважливішим фактором зниження захворюваності і смертності населення.

Велике значення в комплексі профілактичних заходів серед працездатного населення мають питання охорони і поліпшення виробничого середовища. Первинна профілактика повинна проводитися переважно на місці роботи, а оздоровчі заходи повинні бути спрямовані на

усунення впливу шкідливих виробничих факторів. Поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці на підприємствах є основним способом запобігання інвалідності від ХОД.

Однією з головних соціальних проблем сучасності і головним фактором ризику для багатьох, включаючи найпоширеніші захворювання, є тютюнопаління і, як наслідок, виникнення тютюнової залежності, розміри якої збільшуються з лякаючою швидкістю. Жоден засіб не може знизити частоту захворювань так сильно, як зменшити вплив тютюнового диму, тому боротьба з курінням повинна бути найважливішою ланкою в профілактиці неспецифічних та злоякісних ХОД [101]. Необхідно створити медичні консультативні центри з лікування тютюнової залежності, які є науково-методичними центрами у вирішенні цих проблем та наданні спеціалізованої допомоги людям з нікотиною залежністю.

Впровадження перевірених стратегій запобігання вживанню тютюну (наприклад, політика відмови від тютюнового диму, підвищення цін на тютюн та агресивні кампанії в засобах масової інформації), одночасно збільшуючи послуги з відмови від куріння, може зменшити куріння та ХОД, пов'язані з курінням. Сильний зв'язок з вживанням тютюну робить ХОД дуже попереджуваним за допомогою заходів, спрямованих на перешкоджання молоді починати курити, заохочення дорослих кинути палити та надання підтримки щодо відмови від куріння нинішнім курцям.

Слід зазначити, що останні сім років саме молоде покоління виявилось найбільш ураженим через популяризацію та розповсюдження електронних цигарок, які стали модним гаджетом у молоді, широко рекламувались, мали привабливий вигляд та смак. Проте тільки зараз звернули увагу на шкідливий вплив домішок та ароматизаторів, які містяться в електронних сигаретах, та обмежили їх поширення відповідним Законом, про що йшла мова у підрозділі 2.1.

Інші зусилля включають програми та політику, спрямовані на зменшення впливу пилу та хімічних речовин на робочих місцях, а також

вплив забруднювачів повітря в приміщеннях і на відкритому повітрі.

Майже кожен медичний працівник в Україні може задовольнити потреби тисяч людей, які ризикують або живуть з ХОД. Для досягнення Цілі 2 Стратегії : покращити превенцію, діагностику та лікування ХОД шляхом покращення якості допомоги, що надається – медичні працівники повинні співпрацювати, щоб стандартизувати існуючі засоби навчання, клінічної допомоги та практики та включити їх до нового набору національних стандартів медичної допомоги [102, 103].

Потім ці інструменти та практики повинні бути використані, щоб допомогти забезпечити високоякісні, орієнтовані на пацієнта та мультидисциплінарні командні підходи до профілактики, догляду та лікування ХОД, і вони повинні регулярно переглядатися та оновлюватися.

Прогресивним є застосування інтервенційної пульмонології, яка за своєю суттю є міждисциплінарною. Згідно із заявою 2002 року Європейського респіраторного товариства та американського торакального товариства [104], інтервенційна пульмонологія охоплює «мистецтво та науку медицини, пов'язані з виконанням діагностичних та інвазивних терапевтичних процедур, які вимагають додаткової підготовки та досвіду, крім того, що вимагається стандартом навчальної програми з пульмонології. Ці процедури включають бронхоскопічні та плевроскопічні технології, що використовуються для діагностики та лікування спектру торакальних захворювань [105 – 107]. Очевидно, що ці визначення ненавмисно самообмежуються, оскільки вони не допускають розширення сфери практики та технологічних досягнень, які також можуть охоплювати неінвазивні методи.

Інтервенційні легеневі послуги можуть охоплювати пацієнтів з різними клінічними розладами, що спричиняють задишку, кашель, кровохаркання, слабке сечовипускання, непереносимість фізичних навантажень, дихальну недостатність, інфекційні захворювання або аномальну візуалізацію досліджень грудної клітини. У пацієнтів можуть

спостерігатися прояви неврологічних захворювань і захворювань сполучної тканини, первинного і метастатичного раку легень, респіраторні симптоми, пов'язані з іншими пухлинними або системними порушеннями, травми і опіки, вдихання чужорідного тіла, критичні захворювання, ятрогенні захворювання та постопераційні ускладнення.

Практикуючі лікарі можуть допомагати медичним та хірургічним субспеціалістам у прийнятті діагностичних та терапевтичних рішень щодо старіння, а також надавати допомогу при складному лікуванні дихальних шляхів, кровотечі або порушеннях дихання та серцево-судинної системи. Оскільки багато практикуючих лікарів активно діагностують та лікують невиліковно хворих пацієнтів, активна участь у догляді за хворими наприкінці життя та паліації є частою.

Нові технології, інструменти та модельні програми також повинні бути розроблені та вивчені для усунення існуючих прогалин у діагностиці і догляді [86, 108].

Інструменти, практики та національні настанови повинні бути засновані на доказах, підтверджені та культурно відповідні кожній людині з ХОД, повинні координуватися між медичними дисциплінами і включати навчання, призначене для задоволення потреб людей, схильних до ризику або тих, що живуть з ХОД. Нарешті, всі ці рекомендації повинні бути втілені в дослідження, практику або заходи з охорони здоров'я, як зазначено у Цілі 5.

Первинний огляд та оцінка ініціатив, орієнтованих на надання ПД, таких як нові та існуючі клінічні настанови, програми медико-професійної підготовки та програми покращення якості, значно допоможуть у досягненні цієї мети, оскільки інформуватимуть під час розробки специфічних програм ХОД. Встановлення орієнтирів та метрик для моніторингу досягнень також допоможе досягти цієї мети.

Для реалізації цієї цілі можна запропонувати наступний алгоритм:

1. Розробляти, поширювати та підтримувати уніфіковані, міждисциплінарні та орієнтовані на пацієнта національні рекомендації щодо ХОД, які є доступними та простими для виконання.

– Створення клінічних практичних настанов, які встановлюють послідовні національні стандарти для виявлення людей, схильних до ризику ХОД, а також діагностика, догляд та лікування людей з ХОД у всьому континуумі догляду.

– Забезпечення відповідності усіх клінічних настанов щодо ХОД новітнім практикам, заснованим на доказах, та відповідали стандартам МОЗ щодо розробки надійних клінічних практичних настанов, а також були широко доступними для медичних працівників, розмістивши їх на веб-сайтах відповідних відділів.

– Співробітництво зі стейкхолдерами та розповсюдження поточних керівних принципів щодо найкращих практик профілактики, догляду та лікування ХОД.

– Дослідження шляхів розширення програм для спільноти ХОД для підвищення обізнаності та розуміння клінічних настанов, приділяючи особливу увагу впровадженню в ЗОЗ. Крім того, розробка національної програми сертифікації, яка підтримуватиме підготовлену робочу силу, включаючи постачальників первинної медико-санітарної допомоги, у медичній оцінці, управлінні та лікуванні людей, які перебувають у групі ризику або з діагнозом ХОД.

2. Розробити уніфіковану, мультидисциплінарну освітню програму для медичних працівників, включаючи постачальників ПМСД, використовуючи гармонізовані клінічні практичні протоколи.

– Оцінка, створення та розповсюдження освітніх програм, спрямованих на покращення профілактики та догляду за ХОД, та лікування. Ці навчальні програми повинні використовуватися в декількох професійних дисциплінах охорони здоров'я, з акцентом на недостатньо обслуговуваних і важкодоступних популяціях та районах з високою

поширеністю ХОД, забезпечення їх доступності, актуальності, щоб відобразити засновані на доказах найкращі практики діагностики, догляду та лікування ХОД, а також політику, пов'язану з доступом до медичних послуг.

– Розробка та розповсюдження освітніх програм, матеріалів та інструментів у співпраці з організаціями ПМСД, професійними асоціаціями охорони здоров'я, групами пацієнтів та громад (наприклад, курси безперервної медичної освіти, національні сертифікати та освітні події) [109].

3. Забезпечити можливості навчання з ХОД державних службовців, які працюють у програмах охорони здоров'я та безпосереднього догляду, включаючи громадських медичних працівників, фармацевтів та медсестер. Розробити, відповідно до клінічних заходів якості, дерево клінічних рішень та інші інструменти, щоб забезпечити високоякісну допомогу людям з ХОД.

– Удосконалення способів виявлення людей, які піддаються ризику або живуть з раннім ХОД та сприяння прийняттю точних діагностичних методологій, включаючи тестування на дефіцит ААТ, як національного стандарту медичної допомоги.

– Співробітництво з планами медичного страхування, щоб забезпечити їх постачальників та медичних працівників інформацією про проходження навчання; і прийняття рекомендації та процедури діагностики ХОД, використовуючи наявні ресурси [110].

– Розробка стандартизованих рекомендацій щодо ХОД для медичних працівників, щоб включити їх до оцінки стану здоров'я пацієнта та файлу управління, і, зрештою, до електронних медичних карток пацієнта та його особистих медичних записів.

– Створення та перевірка діагностики ХОД за участю державних агентств та їх партнерів, промисловості та інших організацій. Нова діагностика повинна розрізняти етіологію та патогенез хвороби пацієнта,

щоб допомогти адаптувати лікування (персоналізована медицина) і повинна бути розроблена для використання там, де пацієнт потребує допомоги.

4. Розробити та заохочувати використання письмового, орієнтованого на пацієнта інструменту плану управління ХОД, з відповідною культурою та здоров'ям, які можна налаштувати за участю медичного працівника (-ів) пацієнта. Цей план повинен включати наступне:

– Щоденне лікування пацієнта, наприклад, які ліки приймати, коли і чому їх приймати; як контролювати ХОД у довгостроковій перспективі; як впоратися з погіршенням ХОД або загостреннями; коли і як використовувати кисневу терапію і лікувальну фізкультуру; важливість дотримання ліків; і чого пацієнт може очікувати від оптимальної терапії та легеневої реабілітації.

– Пояснення про те, коли викликати медичного працівника або звернутися до відділення невідкладної допомоги; як розпізнати вплив супутніх захворювань пацієнта, таких як рак легень, серцево-судинні захворювання та депресія/тривога; і як лікувати та керувати цими супутніми захворюваннями.

– Ресурси для отримання додаткової інформації або допомоги, включаючи направлення до служб підтримки пацієнтів та індивідуальну підтримку пацієнтів, які продовжують споживати тютюнові вироби.

– Науково обґрунтовані ресурси, які можуть керувати бесідами постачальників та пацієнтів, частково за допомогою наочних посібників, які допомагають пояснити ХОД, включаючи ознаки та симптоми та пов'язані з цим ризики, такі як вплив тютюну, екологічні та професійні фактори, а також генетичні фактори, такі як дефіцит ААТ. Інформація, представлена в простих, коротких форматах, які відповідають принципам медичної грамотності, забезпечують культурно відповідні знання та розуміння для людей з ХОД та є медично придатними для медичних

працівників.

– Інформація про доцільне використання спірометрії та нові засоби діагностики, такі як молекулярна діагностика та КТ, у міру їх розробки.

5. Покращити доступ до медичної допомоги для людей з ХОД, особливо для тих, хто знаходиться у важкодоступних районах.

– Створення, перевірка та впровадження найкращих практик для швидкого направлення вперше діагностованих пацієнтів з ХОД до відповідних послуг, включаючи легеневу реабілітацію, програми відмови від куріння, лікування тривоги та депресії, доступне фармакологічне лікування та паліативна допомога.

– Підвищення обізнаність про якісне легенеve реабілітаційне лікування, та приватне медичне страхування. До додаткових рекомендацій можна віднести наступні:

1. Адаптувати правила легеневої реабілітації для полегшення більш широкого доступу до програм поза лікарняними установами.

2. Розглянути можливості для визначення нових способів допомогти медичним працівникам розпочати та підтримувати програми легеневої реабілітації та утримувати пацієнтів протягом повного курсу програми, наприклад, шляхом сприяння обізнаності про найкращі практики та керівні принципи, засновані на фактичних даних.

– Підвищити доступність фармакологічних методів лікування ХОД.

1. Визначити нові способи заохочення дотримання ліків до призначених методів лікування.

2. Розширити доступ до допомоги з ліками, що відпускаються за рецептом, для незастрахованих і недостатньо застрахованих, при цьому пріоритет надається тим, хто потребує багаторазових рецептів на місяць.

– Забезпечити охоплення та прийняти правила щодо надання кисневої терапії, які відповідають повним клінічним потребам пацієнтів з ХОД та дозволяють постійну мобільність.

– Заохочувати розробку специфічних для ХОД технологій (наприклад, телемедицини, індивідуальних пристроїв і додатків мобільних технологій) державними агентствами, їх партнерами, приватною промисловістю та іншими зацікавленими організаціями. Ці технології можуть покращити координацію та персоналізацію догляду за пацієнтами та заохочувати більш ефективне комплексне лікування. Достовірні дані мають вирішальне значення для прийняття обґрунтованих рішень. Це особливо актуально при створенні ресурсів охорони здоров'я та при вимірюванні успіху нових методів ідентифікації ризиків, методів раннього виявлення, політики охорони здоров'я та зусиль з надання медичної допомоги. Дані про стан здоров'я, які вимірюють поширеність та характеристики ХОД, моделі лікування та результати лікування пацієнтів, є основою для ефективної профілактики та діагностики ХОД, а також для лікування людей, що піддаються ризику або живуть із захворюванням.

Ціль 3 Стратегії захисту РЗ стосується необхідності усунення прогалин у даних шляхом заохочення збільшення та скоординованого збору, перевірки, аналізу, обміну та реального застосування цих даних під час їх збору. Впровадження безпечних інформаційних технологій охорони здоров'я та створення великомасштабних реєстрів пацієнтів можуть значно покращити здатність збирати та збирати дані на рівні пацієнтів [111, с.137].

1. Потреби в даних можуть бути вирішені, якщо стейкхолдери розглядають можливість розвитку нових інфраструктур та альянсів у своїх існуючих організаціях. Такий розвиток може мати далекосяжний ефект, надихаючи на нові способи оцінки поширеності ХОД та ширшого залучення до прогностного моделювання. Зацікавлені сторони, залучені до цих зусиль, також повинні забезпечити широке та змістовне поширення аналізу даних. Підвищити та оптимізувати нашу здатність збирати та агрегувати дані з різних джерел, у тому числі на місцевому, регіональному та національному рівнях, і перетворювати їх на корисну інформацію [112, с. 46].

– Розробка стандартизованих методів збору даних з використанням гармонізованих визначень та основних показників для моніторингу поширеності, догляду та лікування людей з ХОД;

– Посилення потенціалу епіднагляду та звітності державних та місцевих департаментів охорони здоров'я, закликаючи постачальників первинної медичної допомоги збирати та повідомляти дані епіднагляду за ХОД цим органам.

– Покращення доступності електронних карт пацієнтів, даних про претензії, даних про аптечні переваги, даних про результати пацієнтів тощо для використання в спостереженні та вимірюванні ХОД.

– Модернізація інформаційних технологій нагляду як спосіб покращення обміну даними між суб'єктами звітування, такими як системи охорони здоров'я; державні та місцеві департаменти охорони здоров'я тощо [113 – 115].

– Проведення опитувань та спеціальних досліджень, призначених для вивчення груп ризику, професійних факторів та факторів навколишнього середовища, географічних варіацій (наприклад, сільських та міських), атрибутів захворювання (наприклад, функції легень та фізичних функцій), демографічних факторів (наприклад, статі, віку), доступ до догляду та інших відмінностей в медичних послугах для людей

з ХОД.

– Покращення сумісності даних для агрегації та аналізу.

– Використання агрегованих даних для опису, як ХОД та пов'язані з ним програми профілактики, догляду та лікування впливають на здоров'я та захворюваність.

– Включити коди Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) у нагляд за ХОД та забезпечити наявність діагностичних кодів ХОД (МКХ-9, МКХ-10 і далі) необхідні для сертифікації.

– Збір та аналіз даних епіднагляду за людьми з ХОД, визначення тенденцій для кращого прогнозування поширеності та тягаря ХОД та опис впливу на громадське здоров'я.

– Всебічний та регулярний моніторинг поширеності та захворюваності на ХОД на національному, державному та місцевому рівнях.

– Моніторинг використання та впливу валідованих інструментів оцінки для виявлення та діагностики ХОД, особливо в групах ризику.

– Оцінка національної доступності та використання послуг з легеневої реабілітації. Це може допомогти у втручаннях, призначених для націлювання на недостатньо обслуговувані райони.

– Контроль надання та вплив догляду та лікування ХОД, включаючи легеневу реабілітацію.

1. Моніторинг та оцінка взаємозв'язку між супутніми захворюваннями та захворюваністю та смертністю від ХОД. Сприяти поширенню даних та аналізу.

2. Провести дослідження, які оцінюють всі аспекти існуючих та нових моделей виявлення, догляду та лікування людей, які живуть з ХОД, включаючи дослідження, що стосуються бар'єрів для догляду та реабілітаційних послуг.

Ціль 4 Стратегії захисту РЗ зосереджується на необхідності характеристики багатьох факторів ризику та основних механізмів ХОД.

Ця мета спрямована на покращення розуміння причин та прогресування ХОД; різних форм захворювання; та його профілактики, діагностики та лікування.

Проведення фундаментальних досліджень для клінічного застосування може дати вдосконалені методи діагностики та управління симптомами, а також лікування, яке зберігає здоров'я та зупиняє або лікує захворювання.

Особливе значення мають дослідження, спрямовані на поліпшення ідентифікації людей з ризиком ХОД і тих, хто знаходиться на ранніх стадіях розвитку ХОД, оскільки раннє виявлення надає найкращі можливості для управління захворюванням.

Незважаючи на те, що відомо про зв'язок між курінням та ХОД, існують інші, менш відомі та невідомі причини ХОД. Оскільки ХОД розвивається, прогресує і проявляється по-різному, багато факторів, ймовірно, впливають на те, як люди з ХОД реагують на лікування. Таким чином, дослідження можуть допомогти розгадати основну біологію та в поєднанні з розширеною візуалізацією дозволяють краще зрозуміти різні клінічні фенотипи ХОД, роль супутніх захворювань, а також ефективність та безпеку втручань та лікування на індивідуальному рівні.

Такі дослідження, засновані на пацієнтах, обіцяють прискорення відкриттів ХОД і нададуть медичним працівникам нові інструменти, знання та цільову терапію, які полегшать вибір методів лікування, які найкраще підходять для кожного індивідуального випадку ХОД.

Ця ціль може бути реалізована через наступний алгоритм:

1. Розширення, координація та оптимізація дослідницьких зусиль з ХОД.

- Просування короткострокових та довгострокових пріоритетів на всіх етапах досліджень ХОД. Це повинно використовувати синергетичні партнерства і включати наступне :

- Характеристика біологічних основ ХОД, включаючи генетичні,

екологічні та професійні фактори ризику; молекулярні та клітинні системи, що беруть участь у патобіології; патофізіологічні механізми розвитку симптомів, прогресування захворювання та супутніх захворювань.

– Визначення біомаркерів та клінічних заходів, корисних для раннього виявлення, прогнозування та націлювання на точні терапевтичні засоби.

– Розробка та тестування методів лікування, особливо тих, що включають нові молекулярні мішені або конкретні групи пацієнтів.

– Впровадження ефективних підходів до діагностики та лікування таким чином, щоб максимізувати вплив на здоров'я населення і бути доступними для кожного в Україні.

– Заохочувати більше пацієнтів та недостатньо представлених груп населення до участі у всіх видах досліджень, включаючи зусилля з реєстрації пацієнтів та клінічні випробування.

– Покращити доступ до баз даних та реєстрів, орієнтованих на пацієнтів, для використання в дослідженнях [116].

– Використання агрегованих медичних карт пацієнтів та реальні дані спостережень для моніторингу того, як пацієнти з ХОД діагностуються, доглядаються та лікуються.

– Обмін безпечними, знеособленими даними клінічних досліджень (вилученими зі спільних сховищ даних) для використання у вторинних аналізах.

2. Сприяти перехресній комунікації між вченими, практикуючими медичними працівниками та пацієнтами протягом усього процесу дослідження (планування досліджень, набір учасників, виконання дослідження, а також поширення та прийняття результатів). Удосконалити методи раннього виявлення та діагностики та розробити ефективні стратегії запобігання виникненню та прогресуванню ХОД [117].

– Підвищення якості технологій виявлення та діагностики ХОД та збільшення використання валідованих технологій як альтернативи

спірометрії в клінічних та інших умовах. Це можна зробити, розробивши та визначивши показники ефективності для виявлення ризику ХОД та максимально раннього виявлення. Ці зусилля будуть поінформовані науковими доказами та за участю пацієнтів, професійних та медичних організацій, приватної промисловості та інших відповідних зацікавлених сторін.

- Заохочення розроблення нових, високочутливих та швидких інструментів діагностики, таких як ті, що ідентифікують біомаркери, та заохочувати їх використання в молекулярній діагностиці.

- Покращення якості стратегій профілактики ХОД для людей із груп ризику.

- Розробка та тестування моделей для виявлення ХОД, які можуть бути адаптовані та використані в різних ЗОЗ та з різними групами населення; ці моделі допоможуть виявити та охопити людей з ризиком ХОД, включаючи некурящих і тих, хто має генетичну схильність, тих, хто проходить скринінг на рак легень, і тих, хто має супутню БА.

- Розробка та тестування втручань при ХОД, включаючи ті, що стосуються харчування та поведінки, в домашніх та планових умовах догляду; це може допомогти визначити, як змінити фактори ризику ХОД, зменшити частоту або тяжкість загострень та запобігти прогресуванню захворювання.

- Використання досліджень на рівні громад для пілотної перевірки ефективності програм виявлення та профілактики, призначених для охоплення недостатньо обслуговуваних та культурно різноманітних груп населення та тих, хто ризикує захворіти на ХОД.

3. Визначити та охарактеризувати патогенез гетерогенності ХОД.

- Сприяти та заохочувати фундаментальні наукові дослідження основних механізмів, які сприяють розвитку різних клінічних фенотипів ХОД.

4. Збір та аналіз даних геномів та біомаркерів для подальшої характеристики фенотипів ХОД. Розробити персоналізовану медицину для ХОД на основі патогенезу та клінічної гетерогенності.

5. Сприяти дослідженням, які можуть призвести до стратегій, які допомагають запобігти виникненню та прогресуванню ХОД та покращити якість догляду та лікування ХОД.

– Дослідити, як доступ до медичної допомоги впливає на лікування людей з діагнозом ХОД.

– Вивчити клінічну ефективність лікування, орієнтованого на пацієнта, включаючи якість життя та функціональність як показники результатів.

– Провести дослідження щодо прогресування субклінічного захворювання до явного.

– Провести дослідження для визначення найбільш ефективної структури та компонентів програми легеневої реабілітації, включаючи найбільш ефективну тривалість та кількість сеансів, вплив різних освітніх компонентів та стратегій доставки, а також найбільш ефективний спосіб забезпечення реабілітації в сільській місцевості [117].

– Підтримка клінічної ефективності та досліджень результатів лікування для отримання результатів, які можуть бути перетворені в моделі догляду, які потім можуть бути протестовані та адаптовані для використання в різних медичних та клінічних умовах.

– Проведення досліджень ефективності політики та програм, орієнтованих на ХОД.

– Оцінка політики, орієнтованої на ХОД, втручання та програми охорони здоров'я, використовуючи заздалегідь визначені, засновані на доказах показники ефективності [118].

Розробити моделі рентабельності інвестицій на основі вартості, використовуючи дослідження, які описують ефективність поточних програм та політики ХОД

Ціль 5 Стратегії захисту РЗ закликає стейкхолдерів до співпраці для досягнення цілей Стратегії та втілення її рекомендацій в дії.

Усі стейкхолдери повинні працювати разом, щоб зробити фінансування доступним для різноманітних заходів та дозволити всім зацікавленим брати участь.

Пропонуємо наступний алгоритм реалізації Цілі 5:

1. Впровадити стратегії профілактики, які довели свою ефективність у вирішенні 80 відсотків смертей від ХОД через куріння.

– Підтримувати ініціативи та заходи, що сприяють розвитку суспільства, вільного від тютюну. Підходи, засновані на фактичних даних, вже існують і включають, але не обмежуються до політики відмови від тютюнового диму та тютюну, широкомасштабних, стратегічно розміщених кампаній у ЗМІ та зростання цін на тютюн.

2. Створення спільної офіційної організації, яка впроваджує, визначає пріоритети та відстежує діяльність відповідно до цілей та завдань Стратегії.

– Створити офіційний орган, якому доручено наглядати та підтримувати впровадження та відстеження Стратегії. Ця організація повинна бути створена з наступних міркувань:

– Розміщується та підтримується Департаментом охорони здоров'я та соціальних служб та включає представників всіх учасників, включаючи пацієнтів; і дозволити регулярне залучення для сприяння співпраці та координації зусиль.

– Відповідає за визначення пріоритетів та відстеження п'яти цілей Стратегії через дворічну звітність. Реалізація тактики буде відповідальністю стейкхолдерів, при рівноправності в управлінні для пацієнтів та осіб, які доглядають за хворими, які постраждали від ХОД.

3. Визначити та оприлюднити можливості фінансування, які сприяють впровадженню Стратегії.

– Розробити легкодоступний ресурсний посібник з можливостей

фінансування досліджень ХОД, пропонованих стейкхолдерами, включаючи реєстри пацієнтів та інші канали, які прискорюють доступ до клінічних випробувань. Зокрема, підвищити обізнаність та видимість досліджень, ініційованих дослідниками, щодо ХОД.

– Розробити та впровадити процес включення нових партнерів з недержавного фінансування, таких як державно-приватні консультативні ради, до посібника з ресурсів.

– Розробити механізм регулярного обміну ресурсами та можливостями фінансування з усіма зацікавленими сторонами (наприклад, через спеціальний веб-сайт або інформаційний бюлетень).

4. Розробити та впровадити заходи якості ХОД у національне надання медичної допомоги.

– Використання існуючих та тих показників якості ефективності, що розвиваються, які базуються на наукових доказах та внесках різних зацікавлених сторін з ХОД (наприклад, платників, професійних асоціацій, медичних організацій, приватної промисловості та організацій захисту прав пацієнтів) [111]. Співпраця з державними агентствами, щоб заохотити прийняття цих заходів для поліпшення виявлення, догляду та лікування ХОД в ЗОЗ та програмах платників.

– Визначати, валідувати та поширювати заходи якості ефективності для континууму догляду за ХОД, включаючи вимірювання послуг пацієнтів у приватних та державних планах охорони здоров'я, пульмонологічній реабілітації та пов'язаних з нею відшкодуваннях.

– Заохочувати системи охорони здоров'я включати ХОД у поточні оцінки здоров'я та громади, такі як опитування з оцінки потреб здоров'я громади.

– Отримати внесок пацієнта при розробці нових якісних заходів та нових моделей альтернативної оплати та протоколів лікування. Цей зворотний зв'язок допоможе гарантувати, що догляд залишається орієнтованим на пацієнта та адаптованим до допомоги пацієнту досягати

поставлених цілей [118].

5. Зміцнення інфраструктури охорони здоров'я для вирішення проблеми ХОД.

– Підтримати всі громади у розробці всеосяжних загальнодержавних планів дій щодо ХОД, які включають заходи у сфері охорони здоров'я, зусилля з навчання пацієнтів та створення державно-приватного партнерства для реалізації ініціатив, визначених в рамках індивідуальних державних планів та Стратегії захисту РЗ.

– Включити ХОД у державні та місцеві програми департаменту охорони здоров'я, які зосереджені на профілактиці хронічних захворювань, профілактиці тютюну, загальному зміцненні здоров'я та освіті та інших відповідних ініціативах у галузі охорони здоров'я.

– Покращити надання та координацію громадських послуг для підтримки пацієнтів з ХОД.

– Використання моделі «Вся школа, вся громада та вся дитина» для вирішення проблеми вживання тютюну та інших факторів ризику ХОД.

– Створення офіційної, стандартизованої національної програми сертифікатів для тренерів-однолітків з ХОД та викладачів охорони здоров'я .

– Включити ХОД у програми профілактики, обізнаності, нагляду та управління, які охоплюють спектр факторів ризику та поширених супутніх захворювань ХОД [110].

Можемо рекомендувати основні принципи участі у реалізації Стратегії.

Фахівці з охорони здоров'я та догляду та менеджери повинні:

– розуміти конкретні дії, які можуть запобігти, захистити та зміцнити здоров'я населення;

– розуміти свою роль і роль системних партнерів у профілактиці та підходах на рівні населення;

- розуміти потреби своїх пацієнтів, спільнот і населення, а також доступні послуги для задоволення цих потреб;
- розглянути наявні ресурси в системах охорони здоров'я та благополуччя та потенційний вплив ранньої діагностики та кращого лікування;
- розпізнавати та досліджувати необґрунтовані зміни в діяльності та результатах.

Фахівці з охорони здоров'я та догляду можуть впливати на індивідуальному рівні шляхом:

- розуміння факторів ризику та впливів, які підвищують ризик ХОД, і надання порад пацієнтам щодо зменшення або уникнення цих впливів;
- розуміння груп ризику, а також симптомів і ознак ХОД з метою раннього виявлення та діагностики цих станів;
- впровадження найкращих практичних рекомендацій щодо діагностики та лікування людей із ХОД;
- направлення пацієнтів на спеціалізовані послуги, якщо це необхідно, наприклад, послуги з припинення куріння та легеневої реабілітацію;
- надання індивідуальної допомоги для підтримки людей, які керують своїм станом і живуть із ним, зберігаючи високу якість життя [120];
- сприяння вакцинації проти грипу та пневмонії серед відповідних груп.

Фахівці в галузі охорони здоров'я та догляду та постачальники спеціалізованих послуг можуть впливати на:

- сприяння обізнаності персоналу, освіти та навчанню щодо респіраторних захворювань та їх профілактики [48];
- прийняття рекомендацій щодо найкращої практики щодо виявлення випадків захворювання та лікування людей із захворюваннями

дихальної системи;

- забезпечення відповідних шляхів направлення та сприяння використанню спеціалізованих послуг, таких як припинення куріння та легенева реабілітація;

- сприяння застосуванню вакцин серед відповідних груп пацієнтів і персоналу, таких як вакцина проти грипу та пневмококова вакцина;

- розслідування та вжиття заходів щодо невикористаної зміни якості медичної допомоги чи результатів здоров'я.

Старші та стратегічні керівники, у тому числі медичні працівники, повинні знати про втручання на рівні населення, які включають:

- підвищення обізнаності щодо проблем РЗ в їхніх організаціях та вплив на більш широку політику, яка впливає на РЗ, наприклад, забруднення повітря, житло та транспорт;

- розуміння тягаря ХОД у місцевого населення та забезпечення найкращого використання ресурсів і послуг для задоволення цих потреб [119];

- пошук можливостей для співпраці з місцевими партнерами через партнерства з питань стійкості та трансформації, інтегровані системи медичної допомоги і мережі ПМСД [52], а також забезпечення чіткості спільних пріоритетів з місцевими партнерами;

- розслідування та вжиття заходів щодо невикористаної зміни якості медичної допомоги чи результатів здоров'я;

- розробити плани пом'якшення та мінімізації впливу екстремальних сезонних температур (хвилі спеки та холодної зими) на здоров'я органів дихання [93].

Соціально-демографічні характеристики контингенту хворих на ХОД вимагають зміни системи гігієнічного навчання і виховання окремих вікових і професійних груп населення, створення умов для здорового способу життя різних поколінь, як основи профілактики захворювань. Однак дослідження свідчать про недостатній ступінь поінформованості

населення про стан свого здоров'я, а лікарів про форми, методи і зміст профілактичної роботи.

Розробка організаційних форм профілактики є одним з найактуальніших завдань, що стоять перед профілактичною медициною і пульмонологією, зокрема, яка повинна бути спрямована на пом'якшення впливу негативних соціальних факторів на здоров'я людини з урахуванням кліматичних і виробничих умов та адаптаційно-захисних можливостей організму, ступеня вираженості полігенної схильності конкретної людини до певної форми бронхолегеневої патології. Успішна профілактика ХОД можлива тільки при наявності комплексної оцінки поєданого впливу соціальних і біологічних факторів на здоров'я людини. У зв'язку з цим розвиток профілактичного напрямку сучасної медицини вимагає постійного і глибокого аналізу реальних можливостей науки і практики з метою забезпечення належного захисту РЗ населення.

З метою вдосконалення управління ПД населенню необхідно зосередити увагу на спільній і злагодженій роботі органів охорони здоров'я, ЗОЗ та наукових установ, забезпеченні ефективної взаємодії та перманентності у наданні ПД населенню, раціональне використання ліжкового фонду, матеріально-технічної бази та фінансових ресурсів [96]. Ключовим механізмом удосконалення та підвищення ефективності ПД є модернізація охорони здоров'я, основною метою якої є підвищення якості та доступності меддопомоги населенню.

Таким чином, цілеспрямована робота щодо вдосконалення організації ПД населенню, модернізації системи управління ПД є основою для прогнозування та досягнення позитивних результатів щодо підвищення якості та ефективності спеціалізованої висококваліфікованої допомоги пацієнтам з ХОД, спрямовані на зниження частоти захворюваності і поліпшення якості і тривалості життя пацієнтів.

Висновки до розділу 3

1. Розглянуто світовий досвід захисту респіраторного здоров'я та надання пульмонологічної допомоги населенню та встановлено, що у світовій практиці існує кілька варіантів організації цієї допомоги: загальна медична мережа; спеціалізована пульмонологічна служба; спеціалізована протитуберкульозна служба. У багатьох країнах сформована тенденція до злиття пульмонології та фтизіатрії і набутий перший досвід нових організаційних форм.

2. Обґрунтовано, що оптимальною системою пульмонологічної допомоги є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних закладів.

У європейських країнах стрімко розвивається цифровізація у сфері захисту респіраторного здоров'я, зокрема онлайн-інструменти контролю за тютюном, показники щодо БА та ХОЗЛ в контексті профілактики, діагностики, лікування, результатів і вартості, регіональні відмінності в доступі та якості медичної допомоги, показники діагностики довгострокових тенденцій громадського здоров'я на місцевому рівні, серед яких респіраторні: передчасна та попереджена смертність внаслідок ХОД, поширеність куріння, смертність, спричинену забрудненням повітря та охоплення вакцинацією.

3. Розглянуто досвід зарубіжних країн у сфері протидії поширенню туберкульозу, який базується на забезпеченні ефективною вакцинацією, проведенням своєчасної та якісної діагностики та стратегій виявлення випадків та оптимального лікування. Усі країни Європи з високим рівнем навантаження на туберкульоз розробили національні плани реагування на туберкульоз у консультації з ВООЗ, які базуються на національних дослідженнях стійкості до туберкульозу та інших національних контекстах. Управлінські стратегії спрямовані на контроль і остаточне

викорінення туберкульозу. Застосування цифрових інструментів, таких, як чат-боти або системи на основі SMS, які дозволяють вводити основні дані хворих на туберкульоз та використовуються для зв'язку між медичними працівниками в межах географічного розташування, створення мереж перенаправлення та керівництва є перспективною практикою щодо національної боротьби з туберкульозом.

4. Обґрунтовано, що публічне управління захистом респіраторного здоров'я в зарубіжних країнах реалізується за допомогою національних планів та стратегій, які містять низку вказівок і стандартів якості щодо ХОД та є потужними інструментами управлінського впливу на систему захисту РЗ.

Визначено шляхи удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні, зокрема використання інформаційно-аналітичних механізмів, модернізація організаційної структури пульмонологічної служби.

Визначено завдання кожного суб'єкта інформаційно-аналітичної системи забезпечення управління ПД: ЗОЗ – підготовка та подання документації первинного медичного обліку та звітності та виконання управлінських рішень; медичні інформаційно-аналітичні центри – обробка та аналіз інформації; науково-дослідні установи та заклади вищої освіти – науково-методичне забезпечення експертної оцінки стану РЗ та якості ПД; МОЗ та його головні спеціалісти (терапевт, пульмонолог) – підготовка інформаційно-аналітичних документів та управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності діючої системи.

Запропоновано структуру інформаційної системи моніторингу РЗ населення, організації та якості ПД: статистичний модуль (показники захворюваності, інвалідності, смертності населення внаслідок захворювань органів дихання; показники ефективності роботи амбулаторій та стаціонарних ЗОЗ; показники забезпеченості ресурсами охорони здоров'я) та експертний (соціологічний моніторинг населення за станом здоров'я

органів дихання, доступність і якість ПД та експертна оцінка якості ПД.

5. Обґрунтовано блок-схему інформаційної системи контролю РЗ населення, організації та якості ПД.

При цьому статистичні дані про РЗ населення служать основою для планування профілактичних заходів і розробки організаційних форм і методів роботи органів управління та ЗОЗ, а також контролю ефективності їх діяльності щодо збереження і зміцнення РЗ населення.

Доведено, що інформаційно-аналітичне забезпечення організації ПД з використанням інформаційних ресурсів і методів експертної оцінки РЗ населення, доступності та якості ПД є важливою передумовою і одним з головних умов підвищення її ефективності.

6. Обґрунтовано необхідність етапності здійснення пульмонологічної допомоги: 1) сімейний та дільничний лікар-терапевт загальної лікарняної мережі; 2) пульмонологічний кабінет поліклініки; 3) денний пульмонологічний стаціонар; 4) пульмонологічне відділення стаціонару; 5) реабілітаційне відділення і спеціалізовані пульмонологічні санаторії.

Запропоновано підхід до розробки системи диспансеризації хворих пульмонологічного профілю за такою логікою: I етап – виявлення хворих і формування диспансерних контингентів; II етап – планування, організація та проведення активного динамічного спостереження за станом здоров'я диспансеризованих; III етап – проведення профілактичних, лікувально-оздоровчих і реабілітаційних заходів.

Доведено, що профілактика ХОД повинна базуватися на усуненні причин їх виникнення, запобіганні екзо- й ендогенних факторів ризику. Слід розробити систему профілактики ХОД, що включатиме найефективніші санітарно-гігієнічні та медичні заходи, посилення санітарно-освітньої роботи серед населення та санітарно-протиепідемічні заходи боротьби з гострими респіраторними вірусними інфекціями серед населення.

7. Сформульовано концепцію розвитку ПД на регіональному рівні, метою якої є поліпшення ефективності діагностики, лікування і диспансерного спостереження за хворими на ХОД.

Участь громади в реалізації цільових програм розвитку охорони здоров'я дає можливість створити основу для впровадження в практику охорони здоров'я ефективних методів профілактики, діагностики та лікування захворювань і забезпечити населення доступною кваліфікованою спеціалізованою меддопомогою. Їх реалізація дозволяє вирішувати комплексні міжвідомчі та фінансові проблеми розвитку пульмонологічної служби, стимулює участь органів виконавчої влади та місцевого самоврядування в їх вирішенні.

Розглянуто інструменти публічного управління захистом респіраторного здоров'я та запропоновано стратегічні цілі захисту респіраторного здоров'я: допомога людям з ХОД, їхнім сім'ям та опікунам, надаючи інформацію про те, як найкраще керувати хворобою; покращення превенції, діагностики та лікування ХОД шляхом покращення якості пульмонологічної допомоги, впровадження безпечних інформаційних технологій охорони здоров'я та створення великомасштабних реєстрів пацієнтів; факторів ризику та основних механізмів ХОД; співпраця зі стейкхолдерами щодо забезпечення захисту респіраторного здоров'я на рівні громад. Для реалізації кожної із зазначених цілей авторка пропонує конкретні алгоритми.

З метою вдосконалення управління ПД населенню необхідно зосередити увагу на спільній і злагодженій роботі органів охорони здоров'я, ЗОЗ та наукових установ, забезпеченні ефективної взаємодії та перманентності у наданні ПД населенню, раціональне використання ліжкового фонду, матеріально-технічної бази та фінансових ресурсів. Ключовим механізмом удосконалення та підвищення ефективності ПД є модернізація охорони здоров'я, основною метою якої є підвищення якості та доступності медичної допомоги населенню.

Результати цього розділу оприлюднено у наступних публікаціях авторки: [39, 120 – 126].

Список використаних джерел до розділу 3

1. A Systematic Review of the Chronic Care Model in the Prevention and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2007). S.G. Adams [et al.] *Arch.-intern. med.* 167. 551 -561.
2. Чернецький В.Ю. (2012). Вплив держави на формування моделей організації охорони здоров'я в зарубіжних країнах. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. Електронний збірник наукових праць. 2 (8). 8. [http://dridu.dp.ua/zbirnik/2012-02\(8\)/12cvyzzk.pdf](http://dridu.dp.ua/zbirnik/2012-02(8)/12cvyzzk.pdf)
3. Шевченко М. (2018). Медицина Японії: держава – усьому голова? *Видання ваше Здоров'я*. <https://www.vz.kiev.ua/medytsyna-yaaponiyiderzhava-usomu-golova/>
4. Як працює система охорони здоров'я в США. Уляна Супрун Блог. 28 січня 2019. <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczuue-sistemaohoroni-zdorovya-v-ssha.html?=&page408>
5. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал 28.05.19. <https://med-ukraine.info/news/2019/yakpraczuue-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>
6. Терзі О. (2018). Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2. 168-173. http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf
7. Лікування хронічних респіраторних та алергічних захворювань у країнах, що розвиваються. У фокусі на Африці на південь від Сахари (2003). Ж. Буске [та ін.] *Алергія*. 58(4). 256-283.
8. Матвієнко Ю. (2013). Система охорони здоров'я в Японії. *Медицина світу*. 11. <http://msvitu.com/archive/2013/november/article10.php>

9. Матвієнко Ю. (2014). Французька і Британська моделі охорони здоров'я (огляд). *Медицина світу*. 5. <http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php>
10. Струве А. (2015). Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Видання ваше Здоров'я*. 13.11. <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-oxoronizdorovya/>
11. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease according to the BTS, ERS, GOLD, and ATS criteria for physician diagnosis, symptoms, age, gender, and smoking habits. (2005). A. Lindberg [et al.] *Breath*. 72(5). 471-479.
12. Глобальний тягар 369 захворювань і травм у 204 країнах і територіях, 1990–2019: систематичний аналіз для Глобального дослідження тягара захворювань 2019 року. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/повний текст](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/повний%20текст)
13. Онлайн-версія довгострокового плану NHS. <https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/>
14. Official census and labour market statistics. <https://www.nomisweb.co.uk/>
15. Респіраторні захворювання: застосування. *Все наше здоров'я*. <https://www.gov.uk/government/publications/respiratory-disease-applying-all-our-health/respiratory-disease-applying-all-our-health>
16. Госпіталізація прийняла діяльність з догляду за пацієнтами. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-admitted-patient-care-activity>
17. Вирівнювання здоров'я легень. <https://www.asthmaandlung.org.uk/about-us/what-we-stand-for/our-latest-work>
18. Цільова група зі здоров'я легень. Наш п'ятирічний план. <https://www.taskforceforlunghealth.org.uk/taskforce/plan>
19. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна

довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України.
<http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

20. Kochanek K.D., Murphy S.L., Xu J.K., Arias E. (2017). Mortality in the United States. *NCHS Summary*, 293. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

21. Jiemin M., Elizabeth M. Ward, Rebecca L. Siegel, and Ahmedin Jemal. Temporal Mortality Trends in the United States, 1969-2013. (2015). *JAMA*, 314 (16). 1731-1739.

22. Brault M.W., Hootman J., Helmick C.G., Theis K.A, and Armour B.S. (2005). Prevalence and most common causes of disability among adults. United States.

23. Щотижневий звіт про захворюваність та смертність (MMWR) (2009). 58 (16). 421-426. Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC).

24. Earl S. Ford, Louise B. Murphy, Olga Havzhu, Wayne H. Giles, James B. Holt, and Janet B. Croft. (2015). General and Specific Costs of Health Services and COPD Absenteeism Among Adults 18 Years of Age in the United States for 2010 and Projections to 2020. *Breast*. 147 (1). 31-45.

25. Earl S. Ford, Janet B. Croft, David M. Mannino, Anne G. Wheaton, Xinyu Zhang, and Wayne H. Giles. (2013). Surveillance of COPD – USA, 1999-2011. *Chest*. 144 (1). 284-305.

26. NAMCS, NHAMCS, and NHCS are beginning the process of collecting EHRs, which will significantly increase the number and content of available records. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p= =3&fclid=08ec0937-2cc3-6c9f-1083-1a722db46d19&psq=113.+The+NAMCS%2c+NHAMCS%2c+and+=a1aHR0cHM6Ly93d3cuY2RjLmdvdi9uY2hzL2FoY2QvaW5kZXguaHRt&ntb=1>

27. Профілактика і лікування туберкульозу в біженців та інших груп населення в умовах гуманітарної кризи: Міжвідомчий польовий посібник. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. 2022. <http://apps.who.int/iris/>

28. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti>

29. Концепція ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя». http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long.pdf

30. Регіональний аналіз сильних і слабких сторін, можливостей і загроз у зв'язку з Планом дій з протидії туберкульозу в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2020 роки. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/283804/65wd17e_Rev1_TBActionPlan_150588_withCover.pdf

31. Воробйов В. В. (2011). Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2. 139-146. http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23

32. Гомон Д.О., Денисова А.В. (2016). Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: «Юридичні науки». 4. 123-126.

33. Туберкульоз в умовах пандемії COVID-19. <https://www.auc.org.ua/novyna/tuberkuloz-v-umovah-pandemiyi-covid-19>

34. Гудзь Н. (2018). В Україні не перевіряють якість вакцин, які заходять за міжнародними закупівлями. *РБК-Україна*. 28 вересня. <https://daily.rbc.ua/ukr/show/glava-gosleksluzhby-natalyagudz-ukraine-1538071967.html>

35. Міжнародний довідник індикаторів цін на лікарські засоби [онлайн-база даних]. (2016). Медфорд (Массачусетс): *Науки про управління для здоров'я*. <http://erc.msh.org/dmpguide/>
36. Глобальний фармацевтичний фонд [веб-сайт]. Женева: Партнерство «Зупинимо туберкульоз»; 2016. <http://www.stoptb.org/gdf/>.
37. Туберкульоз (ТБ). (2016). Моніторинг та оцінка туберкульозу: фінансування. Інструмент планування та бюджетування ТБ, версія 6 [онлайн-база даних]. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. <http://www.who.int/tb/areas-of-work/> моніторинг-оцінка/фінансування/планування-інструмент/укр/
38. Берлінська декларація про туберкульоз – ВООЗ/Європа. <http://www.euro.who.int/document/e90833.pdf>
39. Моїсєєва Л. Європейська політика у сфері боротьби з туберкульозом: досвід для України // Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України: мет-ли XX регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 18 травня 2023.
40. Глобальний план з припинення туберкульозу на 2011–2015 роки. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44437>
41. Стратегія «Зупинимо туберкульоз». *Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)*. (2006). http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf
42. WHO. The End TB Strategy. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>
43. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. (2016). Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я: наук.-практ. журн.* 2 (4). 72-75.
44. Гайдаш Д. С. (2018). Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України. Дисертація на здобуття

наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління. Класичний приватний університет, спеціалізована вчена рада Д 17.127.03. Запоріжжя. 290.

45. Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна. <https://www.stoptb.org.ua/partnerstvo-zupynymo-tuberkuloz-ukrayina/>

46. World Health Organization (2021). Global tuberculosis report 2021. <http://apps.who.int/iris/bitstreams/1379788/retrieve>

47. Долгих М. В. (2020). Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 1(2). 107-114.

48. Кривуша С.Г. (2018). Складові механізму державного регулювання продуктивністю праці в секторі охорони здоров'я. *«Young Scientist»*. 12 (64). 277-282.

49. Designing health innovation programs in low- & middle-income countries. (2021). Ophelie Namiech, Lotte Bengal-Bauwens, Galit Cohen, Hannah Friedland Mindset-PCS. JDC-Health-Innovation-Programs-2021.pdf (thejoint.org.il)

50. An_alternative_method_of_providing_supervised_shortcourse_chemotherapy_in_district_tuberculosis_programme. <https://www.researchgate.net/publication/36446193>

51. Sharing in the Global Economy: Lessons from Digital Health Innovators. <http://healthmarketinnovations.org/>

52. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. (2018). Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. *Ефективна економіка*. 1. <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>

53. Role of informal healthcare providers in tuberculosis care in low- and middle-income countries: A systematic scoping review (2021). Poshan

Thapa, Rohan Jayasuriya, John J. Hall, Kristen Beek, at all. Published: September 2. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256795>

54. Галай В.О. (2020). Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. 189–194. <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079>

55. Кривошеєв Д. (2020). Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. <https://rpr.org.ua/news/stratetiia-okhorony-zdorov-ia-2030-dozvolyt-hromadianam-otrymuvaty-iakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiy-ukraini-kerivnytsia-dyrektoratu-moz/>

56. Стратегія розвитку охорони здоров'я до 2030 р.: очікування та пріоритети. 19 Січня 2022 року. <https://www.apteka.ua/article/625280>.

57. Костюк В. С. (2017). Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Економіка і менеджмент. 24(2). 39–43. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

58. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. (2017). Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 61–79. <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf>

59. Попова І. А., Андрійко Л. Ю. Проблеми та основні напрями реформування системи охорони здоров'я. (2019). *Професійний менеджмент у сучасних умовах розвитку ринку* : матеріали VIII наук.-практ. конф. з міжнар. участю. м. Харків, 1 листоп. 2019 р. Харків. 32–34.

60. Сазонець І. Л., Зима І. Я. (2018). Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід*. 21. 109–113. http://www.investplan.com.ua/pdf/21_2018/22.pdf.

61. Гладун З. С. (1999). Державне управління в галузі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль. Укрмедкнига. 312.

62. Книш С. В. (2019). Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та євро перспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 1. 54-59. http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprpr_2019_1_11

63. Вовк С. М. (2019). Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 «Механізми державного управління». Донецький державний університет управління. Маріуполь. 510.

64. Бакуменко В. Д., Кравченко С. О. (2011). *Методологія системних досліджень в державному управлінні: навч. посіб.* Київ. ВПЦ АМУ. 500.

65. Барзилович А. Д. (2020). Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2. 134–140. http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf

66. Долгих М. В. (2019). Модернізація управління системою охорони здоров'я: теоретичний аспект. *Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (22 листопада 2019 року). за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. К. МАУП. 26-30.

67. Книш С. В. (2019). Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Тернопільський національний економічний університет. МОН України. Тернопіль. 510.

68. Баєва О.В. (2008). *Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник*. К. Центр учбової літератури. 710.

69. Миколаєць І. В. (2017). Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід: Аналіз. Прогнози. Коментар*. 2. (23). 113-116.

70. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації. 2-12-2018.

<https://uozter.gov.ua/ua/news-1-0-741-modernizaciya-menedzhmentu-sistemiohoroni-zdorov'ya-v-umovah-provedennya-medichnoi-reformi>

71. Горбань Ю. (2020). Незважаючи на епідемію, другий етап медреформи стартував. А ми готові? *UKRINFORM*. 01.04.

<https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/2910243-nezvazauci-na-epidemiudrugij-etap-medreformi-startuvav-a-mi-gotovi.htm>

72. Горбань Ю. (2020). Як лікують в Україні після 1 квітня. *UKRINFORM.UA*. 03.04. <https://www.ukrinform.ua/rubricsociety/2911793-ak-likuut-v-ukraini-pisla-1-kvitna.h>

73. Зима І. Я. (2019). Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я.

Інвестиції: практика та досвід. 7. 108–113.

http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2019/20.pdf

74. Інформаційний бюлетень МОЗ «Що було є і буде». https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf

75. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка.

2020. № 1 http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf

76. Долгих М. В. (2020). Оптимізація інструментів впливу на суспільство та професійні кадри системи охорони здоров'я України.

Держава та регіони. Серія «Державне управління». 2. С. 70-74.

77. Кириленко О. (2019). Новий етап медреформи: що зміниться для пацієнтів у 2020-му році. «Четверта влада». 02.12.

<https://4vlada.com/novyj-etap-medreformy-shcho-zminytsia-dlia-patsientiv-u2020-mu-rots>

78. Лазоришинець В. В. (2014). Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська

області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення: монографія. Київ.: МОЗ України. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ». 207.

79. Карлаш В. В. (2020). Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 1. 161-164. http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

80. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. (2013). за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт.: упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ. НАДУ. 424.

81. Коломієць О. О. (2018). Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ «КПІ»*: збірник наукових праць. 15. 18–27. https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018_18-27.pdf

82. Арцатбанова О. В. (2017). Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 10. <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1399>

83. Юристовська Н. Я. (2017). Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2. 138-147. http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18.

84. Яремчук О. В. (2018). Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 11. http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf

85. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. (2012). Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 1(21). 95–100.

86. Шевчук В. В. (2017). Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Дисертація Спеціальність: Державне управління. 25.00.02 – Механізми державного управління Миколаїв. Чорноморський національний університет імені Петра Могили. 310.

87. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. (2019). Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 3(57). 162-168. [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

88. Долгих М. В. (2020). Проблеми оптимізації інструментів впливу на професійні кадри системи охорони здоров'я України. *Матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. "Розвиток української держави в умовах активізації євроінтеграційних процесів"*. Київ. МАУП, 19 березня 2020 р. редкол. : М. Н. Курко (голова) [та ін.]. 38-240.

89. Боровець С. (2020). Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті*. 25 (1059). <http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html>

90. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

91. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

92. Медяник Д.І., Липчанський В.О. (2016). Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*. 19. 23-29.

93. Health-related Quality of Life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary Disease (2002). A. Domingo-Salvany [et al.] *Amer. J. Respir. Crit. Care Med*. 166. 680-685.

94. Potential misclassification of causes of death from COPD (2006).

H.H. Jensen, N.S. Godtfredsen, P. Lange, J. Vestbo. *Eur. Respir. J.* 28, 4. 7.

95. Social Status and Mortality from Respiratory Diseases in Men and Women (2003). E. Prescott [et al.] *Heb. J.* 21(5). 821-826.

96. Ткачова Н. М. (2018). Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід.* 8. 83–86. http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2018/19.pdf

97. Самусь Т. В. (2013). Теоретичні підходи до проблеми формування здоров'язбережувальних компетенцій у студентів ВНЗ. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Педагогічні науки.* 108. http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2013_1_108_30

98. Профілактика та боротьба з хронічними респіраторними захворюваннями на рівні країни: на шляху до глобального альянсу проти хронічних респіраторних захворювань Женева, 17-19 червня 2004 року. ВООЗ/НМХ/КРА/05.1 2005.

99. Турчак Д.В. (2019). Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України. Київ. 315.

100. Савчук Л.М. (2016). Теоретичні засади сталого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми розвитку економічного регіону.* 13 (2). 171-177.

101. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease (2013). C. A. Jimenez-Ruiz [et al.] *Bronconeumol.* 49 (8). 354-363.

102. Миськевич Т. (2020). Реформування системи охорони здоров'я в Україні. http://www.nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=753:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya-2&catid=71&Itemid=382

103. Долгіх М. (2020). Закономірності реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я в Україні в контексті європейського виміру. *Огляд державного управління та права*. 1. 67-78.
104. Bolliger C.T., Mathur P.N., Beamis J.F. et al. (2002). ERS/ATS statement on interventional pulmonology. *Eur. Respir. J.* 19. 356–73.
105. Ernst A, Silvestri G.A., Johnstone D. (2003). Interventional pulmonary procedure: guidelines from the American College of Chest Physicians. 123. 1693–717.
106. Lamb K.A., Feller-Koopman D., Ernst A., et al. (2010). Pulmonary Fellowship Intervention Training Approach. 137. 195–9.
107. Wang J.S, Silvestri G.A. (2010). Training in interventional pulmonology. *Clin. Chest Med.* 31(15). 224–34.
108. Панченко І. Пацієнти про медицину. Світовий досвід. Тиждень. 8 серпня 2017. <https://tyzhden.ua/Society/197814>
109. Кульгінський Є. (2015). Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2. 147-159. http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2015_2_17
110. Лужецька Н. А. (2020). Сучасні проблеми реформування системи охорони здоров'я України. <http://www.nauka.com/pdf/281969.pdf>
111. Борщ В. І. (2020). Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 19. 1 (44). 140. <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360/201446>
112. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. (2018). Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 7. 46-48. http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf
113. Горбатова Д. І. (2019). Діяльність органів виконавчої влади щодо реалізації права на охорону здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права: зб. наук. пр.* 82. 54-58. <http://www.apdp.in.ua/v82/10.pdf>

114. Григорович В. Р. (2010). Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2. <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93>

115. Долгіх М.В. (2019). Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 7. (12). 16-27.

116. Інформаційний портал «Все про Канаду». Охорона здоров'я в Канаді, медицина. <https://canadaua.ca/archives/450>

117. Литвиненко М. В. (2018). Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 3(62). 8. http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2_3.pdf

118. Литвиненко М. В. (2015). Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2. 198-206. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2015_2_33

119. Приятельчук О.А. (2018). Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство: Мукачівський державний університет: Електронне наукове фахове видання*. 19. 910-919. http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf

120. Бородін, Є., & Моїсеєва, Л. (2022). Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*, 10(4), 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

121. Моїсеєва Л. Трансформація системи охорони здоров'я в Європейському Союзі: досвід для України // Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України: мет-ли ХІХ регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 16

червня

2022

р.

https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/Material_conference_16_06_2022.pdf

122. Моїсеєва Л. Удосконалення публічного управління медичною сферою у воєнний час // XIII міжнародна науково-технічна конференція аспірантів та молодих вчених «Наукова весна». 1-3 березня 2023 р., НТУ «ДП» м. Дніпро.

123. Моїсеєва Л. Публічне управління формуванням медичної грамотності громад. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 257 с. С. 155-158.

124. Моїсеєва Л. Ментальне здоров'я як складова громадського здоров'я: *Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насильству в освітніх закладах*: мат-ли IV Всеукраїнського форуму (24 березня 2023 року). Дніпро. ДГУ. 146 с. С 46-50. <https://dgu.edu.ua/certificates/forum4/>

125. Моїсеєва Л. Європейська парадигма захисту респіраторного здоров'я // Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 272 с. С.255-267.

126. Моїсеєва Л. (2024). Надання пульмонологічної допомоги населенню громади як чинник підвищення її безпеки *Безпечна, комфортна та спроможна громада*: мат-ли Міжнародного форуму. Дніпро, НТУ «ДП», 16-18 жовтня 2024 р.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено вирішення актуального науково-прикладного завдання щодо обґрунтування концептуальних засад розвитку публічного управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення в Україні.

Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення поставленої мети, виконання поставлених завдань та дають підстави для формулювання низки узагальнюючих висновків та рекомендацій, що мають теоретичне та практичне значення.

1. Обґрунтовано, що респіраторне здоров'я є невід'ємною частиною загального стану організму, що сприяє його життєдіяльності та якості життя. Зростання кількості хворих з патологіями органів дихання, які у 2020 році посіли п'яте місце за захворюваністю та третє місце в структурі смертності серед усіх хвороб, обумовлює необхідність конструювання системи надійного захисту респіраторного здоров'я населення. Запропоновано авторську інтерпретацію концепту «публічне управління захистом респіраторного здоров'я», під яким авторка розуміє комплекс цілеспрямованих впливів на системи профілактики, діагностики, лікування та контролю хвороб органів дихання, в т.ч. ідентифікацію факторів ризику втрати здоров'я дихальних шляхів та розширення ефективних профілактичних заходів для його підтримки.

Уточнено зміст базових понять дослідження, зокрема: «захист респіраторного здоров'я» – процес мінімізації небезпечних впливів і пов'язаних із цим наслідків для здоров'я дихальних шляхів, у результаті чого відбуваються якісні зміни стану пацієнта на основі застосування динамічних, персоналізованих та цілісних підходів до охорони здоров'я на основі цінностей; «пульмонологічна допомога» – багатовимірний континуум медичних послуг для пацієнта з захворюванням органів дихання та сім'ї, що містить діагностику, терапію, емоційну підтримку та формування респіраторної грамотності; «легенева реабілітація» – комплексне втручання з метою поверненні пацієнта до найвищої можливої

дієздатності та сприянні досягненню індивідуального максимального рівня незалежності та функціонування в суспільстві, засноване на персоналізованій оцінці та лікуванні пацієнта, яке включає тренування, розвиток респіраторної грамотності, спрямування поведінки на зміцнення здоров'я, призначеними для покращення фізичного та психологічного стану людей з хронічними респіраторними захворюваннями.

2. Проаналізовано міжнародні стандарти захисту респіраторного здоров'я та встановлено, що вони орієнтовані на пріоритетизацію боротьби з хворобами органами дихання в системі громадського здоров'я в усіх країнах світу; забезпечення усвідомлення цієї загрози на державному та публічному рівні, залучення інших секторів в громадах для боротьби з респіраторними хворобами, пропагування здорового способу життя та уникнення тютюну, подразників дихальних шляхів та алергенів. На це спрямована діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я, Глобальної ініціативи з хронічного обструктивного захворювання легень, Глобального альянсу проти хронічних хвороб органів дихання, європейської дихальної Глобальної ініціативи з астми, адже останні десятиліття в світі характеризуються зростанням гострих інфекційних і хронічних хвороб органів дихання.

Досліджено ефективні міжнародні підходи до боротьби з туберкульозом, зокрема Стратегію подолання туберкульозу до 2035 р., впроваджені Всесвітньою організацією охорони здоров'я, реалізація якої дозволить досягнути Цілі розвитку тисячоліття щодо скасування захворюваності на туберкульоз.

3. Розглянуто світовий досвід захисту респіраторного здоров'я та надання пульмонологічної допомоги населенню та встановлено, що у світовій практиці існує кілька варіантів організації цієї допомоги: загальна медична мережа; спеціалізована пульмонологічна служба; спеціалізована протитуберкульозна служба. У багатьох країнах сформована тенденція до злиття пульмонології та фтизіатрії і набутий перший досвід нових

організаційних форм. Обґрунтовано, що оптимальною системою пульмонологічної допомоги є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних закладів.

Міжнародний досвід організації державних заходів щодо запобігання розвитку хвороб органів дихання, у т.ч. соціально небезпечних хвороб підтверджує існування різноманітних підходів щодо механізму державного впливу на цю проблему, через що в деяких країнах сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення може бути поділена між центральними органами виконавчої влади, які безпосередньо і не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), а є керованою іншими відомствами, наприклад, у сфері охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ тощо. При цьому, галузеве публічне управління у сфері захисту респіраторного здоров'я та протидії захворюванню на туберкульоз повинно здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання. Обґрунтовано, що управлінським центром захисту респіраторного здоров'я може бути створений спеціальний постійно діючий підрозділ при центральному органі виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я для координації діяльності, нормативно-правового та методичного забезпечення зв'язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства у сфері протидії захворюванню на туберкульоз та захисту респіраторного здоров'я.

4. Розглянуто проблему нормативно-правового забезпечення публічного управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення в Україні визначено кілька груп нормативно-правових актів.

Перша група – ті, які спрямовані на зміцнення загальних захисних сил (резервів) організму – здоровий образ життя, обмеження впливу

тютюнопаління, загартування, фізична активність, імунопрофілактика, попередження поширення алергенів. При цьому наголошено, що в Україні відсутні концепії законодавчого забезпечення здорового способу життя, що дали б змогу визначати загальні підходи, структуру, порядок (черговість) розроблення і прийняття законів.

Друга група нормативно-правових актів регулює запобігання поширенню вірусних респіраторних інфекцій.

Наступна група нормативно-правових актів спрямована на розвиток пульмонологічної допомоги в Україні, зокрема профілактики респіраторних захворювань та власне лікування легневих патологій.

Наголошено, що проблеми охорони здоров'я потребують належного нормативного забезпечення під час реалізації медичної реформи, у т.ч. що належить до сфери управління наданням медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю на рівні організації спеціалізованої допомоги на третинному рівні. Зокрема, практичний вимір проблеми полягає у тому, що у пульмонологічному відділенні обласної лікарні зустрічається широкий перелік нозологічних форм захворювань, які на даний час в нормативно-правовому полі залишаються не зовсім унормованими.

Обґрунтовано, що пульмонологічна служба України представляє собою в організаційно-функціональному плані добре організовану єдину систему управління, що передбачає наявність профільних інституцій на національному рівні, регіональному та місцевому рівні. Оптимальною системою пульмонологічної допомоги є організація, заснована на взаємодії загальної медичної мережі, протитуберкульозних установ і спеціалізованих пульмонологічних відділень. Спеціалізація спеціалізованих медичних служб та їх взаємодія із загальною медичною мережею є однією з найскладніших (все більше диференціація терапії, розвиток спеціалізованих служб створюють певні протиріччя між органним принципом роботи медичних підрозділів і цілісною системою роботи сімейного лікаря). Спадкоємність в організації пульмонологічної допомоги

недостатньо ефективна; відзначається низький рівень взаємодії сімейного лікаря з іншими фахівцями при наданні медичної допомоги хворим. В організації медичної допомоги хворим з ХОД важлива співпраця амбулаторних і лікарів стаціонару, тісний зв'язок спеціалізованих клінік/відділень і загальної мережі, інтеграція різних служб (пульмонологічної, професійної патологічної, алергічної, онкологічної, фтизіатричної), взаємодія терапевтів і педіатрів.

5. Проведено моніторингу якості надання пульмонологічної допомоги на регіональному рівні (на прикладі Дніпропетровської області) та визначено шляхи удосконалення цього процесу, зокрема використання інформаційно-аналітичних механізмів, модернізація організаційної структури пульмонологічної служби.

Охарактеризовано завдання кожного суб'єкта інформаційно-аналітичної системи забезпечення управління ПД: ЗОЗ – підготовка та подання документації первинного медичного обліку та звітності та виконання управлінських рішень; медичні інформаційно-аналітичні центри – обробка та аналіз інформації; науково-дослідні установи та заклади вищої освіти – науково-методичне забезпечення експертної оцінки стану РЗ та якості ПД; МОЗ та його головні спеціалісти (терапевт, пульмонолог) – підготовка інформаційно-аналітичних документів та управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності діючої системи.

Запропоновано структуру інформаційної системи моніторингу РЗ населення, організації та якості ПД: статистичний модуль (показники захворюваності, інвалідності, смертності населення внаслідок захворювань органів дихання; показники ефективності роботи амбулаторій та стаціонарних ЗОЗ; показники забезпеченості ресурсами охорони здоров'я) та експертний (соціологічний моніторинг населення за станом здоров'я органів дихання, доступність і якість ПД та експертна оцінка якості ПД. Розроблено блок-схему інформаційної системи контролю РЗ населення, організації та якості ПД.

Сформульовано концепцію розвитку ПД на регіональному рівні, метою якої є поліпшення ефективності діагностики, лікування і диспансерного спостереження за хворими на ХОД.

Участь громади в реалізації цільових програм розвитку охорони здоров'я дає можливість створити основу для впровадження в практику охорони здоров'я ефективних методів профілактики, діагностики та лікування захворювань і забезпечити населення доступною кваліфікованою спеціалізованою меддопомогою. Їх реалізація дозволяє вирішувати комплексні міжвідомчі та фінансові проблеми розвитку пульмонологічної служби, стимулює участь органів виконавчої влади та місцевого самоврядування в їх вирішенні.

6. Розглянуто інструменти публічного управління захистом респіраторного здоров'я та запропоновано стратегічні цілі захисту респіраторного здоров'я: допомога людям з ХОД, їхнім сім'ям та опікунам, надаючи інформацію про те, як найкраще керувати хворобою; покращення превенції, діагностики та лікування ХОД шляхом покращення якості пульмонологічної допомоги, впровадження безпечних інформаційних технологій охорони здоров'я та створення великомасштабних реєстрів пацієнтів; факторів ризику та основних механізмів ХОД; співпраця зі стейкхолдерами щодо забезпечення захисту респіраторного здоров'я на рівні громад. Для реалізації кожної із зазначених цілей авторка пропонує конкретні алгоритми.

З метою вдосконалення управління ПД населенню необхідно зосередити увагу на спільній і злагодженій роботі органів охорони здоров'я, ЗОЗ та наукових установ, забезпеченні ефективної взаємодії та перманентності у наданні ПД населенню, раціональне використання ліжкового фонду, матеріально-технічної бази та фінансових ресурсів. Ключовим механізмом удосконалення та підвищення ефективності ПД є модернізація охорони здоров'я, основною метою якої є підвищення якості та доступності медичної допомоги населенню.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Автоматизація клініки Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського. Національні проєкти. <https://emci.ua/natsionalni-proekty/>
2. Алгоритм надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (АН1/Н1): наказ МОЗ України від 07.11.2009 р. № 813
3. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (2014). (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я»). уклад. М. В. Шевченко. Київ. 51.
4. Арцатбанова О. В. (2017). Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 10. <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1399>
5. Б'юст А.С., Воллмер В.М., Макберні М.А. (2008). Глобальний тягар ХОЗЛ у країнах з високим та низьким рівнем доходу. Частина I. Ініціатива «Тягар обструктивного захворювання легень» (BOLD). *Ін-т Дж. I2 (7)*. 703-708.
6. Баєва О.В. (2008). Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К. Центр учбової літератури. 710.
7. Бакуменко В. Д., Кравченко С. О. (2011). Методологія системних досліджень в державному управлінні: навч. посіб. Київ. ВПЦ АМУ. 500.
8. Барзилович А. Д. (2020). Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2. 134–140. http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf
9. Барзилович А., Урсаки Ю., Надежденко А., Маматова Т., Чикаренко І., Кравченко С. (2021). Вплив державного управління

медичними послугами на якість життя населення. *Транзакції WSEAS з питань навколишнього середовища та розвитку*. 17. 619–629. DOI: <https://doi.org/10.37394/232015.2021.17.60>

10. Безус П., Гавкалова Н., Мащенко М., Грудцина Ю., Базко А., Моїсеєва Л. (2022). Проектний менеджмент як технологія оптимізації ресурсів в умовах реформування соціально-економічних відносин: досвід ЄС. *Журнал міждисциплінарних досліджень. АД ДАЛЬТА*. 1.67-72. <http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/23035>

11. Берлінська декларація про туберкульоз – ВООЗ/Європа. <http://www.euro.who.int/document/e90833.pdf>

12. Бігль Р., Яч Д. (2003). Глобалізація та профілактика та боротьба з неінфекційними захворюваннями: занедбані хронічні захворювання дорослих. *Ланцет*. 362(9387). 903-908 pp.

13. Блащук Т. (2020). Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах пандемії COVID-19. *Підприємництво, господарство і право*. 11. 5-12. <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2020/11/2.pdf>

14. Бойко В. Я., Дорошенко О.О. (2011). Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров'я. Рівненська область. за ред. З. М. Митника. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України*. 2010 рік. Київ. 249 – 240.

15. Боровець С. (2020). Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті*. 25 (1059). <http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html>

16. Бородін, Є., & Моїсеєва, Л. (2022). Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*, 10(4), 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

17. Борщ В. І. (2020). Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія*

i практика управління. 19. 1 (44). 140.

<http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360/201446>

18. Буссе Р. та ін. (2019). Покращення якості охорони здоров'я в Європі. Характеристики, ефективність та впровадження різних стратегій. *Європейська обсерваторія з систем і політики охорони здоров'я.* 447

19. Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р., Солоненко І., Яременко О. (2000). Законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя. <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/165dc8dd0ddb56dc2256d8f00264254/39db46894f4d5a16c2256ddc003c6a90?OpenDocument>

20. Ванденплас О., Торен К., Бланк П.Д. (2003). Здоров'я та соціально-економічні наслідки астми, пов'язаної з роботою. *Євр. Ж.* 22(4). 689 -697.

21. Вирівнювання здоров'я легень. <https://www.asthmaandlung.org.uk/about-us/what-we-stand-for/our-latest-work>

22. Вовк С. М. (2019). Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 «Механізми державного управління». Донецький державний університет управління. Маріуполь. 510.

23. ВООЗ (2006). Справа кожного: Зміцнення систем охорони здоров'я для покращення результатів у сфері охорони здоров'я: рамки дій ВООЗ. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.

24. ВООЗ (2006). Якість медичної допомоги: процес прийняття стратегічних рішень у системах охорони здоров'я. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.

25. ВООЗ (2016). Глобальна стратегія ВООЗ щодо орієнтованих на людину та інтегрованих послуг у сфері охорони здоров'я. Проміжний звіт. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.

26. ВООЗ (2018). Довідник з національної політики та стратегії якості – Практичний підхід до розробки політики та стратегії щодо покращення якості медичної допомоги. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я.

27. ВООЗ/ОЕСР/Світовий банк (2018). Надання якісних медичних послуг: глобальний імператив для загального охоплення послугами охорони здоров'я. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, Організація економічного співробітництва та розвитку, Світовий банк. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

28. Воробйов В. В. (2011). Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2. 139-146. http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23

29. Всесвітня організація охорони здоров'я (2010). Глобальні ризики для здоров'я: смертність та тягар захворювань, пов'язані з обраними основними ризиками. ВООЗ. 62.

30. Гайдаш Д. С. (2018). Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління. Класичний приватний університет, спеціалізована вчена рада Д 17.127.03. Запоріжжя. 290.

31. Галай В.О. (2020). Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. 189–194. <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079>

32. Гладун З. С. (1999). Державне управління в галузі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль. Укрмедкнига. 312.

33. Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень. <https://goldcopd.org/>

34. Глобальна стратегія діагностики, менеджменту та профілактики хронічного обструктивного захворювання легень (оновлена у 2009 році). Ресурси медичної комунікації, Inc., 2009.

35. Глобальна стратегія і цілі щодо профілактики, лікування і боротьби з туберкульозом на період після 2015 року від 29 листопада 2013 року № EB 134/12.

36. Глобальний план з припинення туберкульозу на 2011–2015 роки. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44437>

37. Глобальний тягар 369 захворювань і травм у 204 країнах і територіях, 1990–2019: систематичний аналіз для Глобального дослідження тягаря захворювань 2019 року. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/повний текст](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/повний текст)

38. Глобальний фармацевтичний фонд [веб-сайт]. Женева: Партнерство «Зупинимо туберкульоз»; 2016. <http://www.stoptb.org/gdf/>.

39. Гомон Д.О., Денисова А.В. (2016). Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: «Юридичні науки». 4. 123-126.

40. Горбань Ю. (2020). Незважаючи на епідемію, другий етап медреформи стартував. А ми готові? *UKRINFORM*. 01.04. <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/2910243-nezvazauci-na-epidemiudrugij-etap-medreformi-startuvav-a-mi-gotovi.htm>

41. Горбань Ю. (2020). Як лікують в Україні після 1 квітня. *UKRINFORM.UA*. 03.04. <https://www.ukrinform.ua/rubricsociety/2911793-ak-likuut-v-ukraini-pisla-1-kvitna.h>

42. Горбатова Д. І. (2019). Діяльність органів виконавчої влади щодо реалізації права на охорону здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права: зб. наук. пр.* 82. 54-58. <http://www.apdp.in.ua/v82/10.pdf>

43. Госпіталізація прийняла діяльність з догляду за пацієнтами. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-admitted-patient-care-activity>
44. Григорович В. Р. (2010). Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2. <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93>
45. Гудзь Н. (2018). В Україні не перевіряють якість вакцин, які заходять за міжнародними закупівлями. *РБК-Україна*. 28 вересня. <https://daily.rbc.ua/ukr/show/glava-gosleksluzhby-natalyagudz-ukraine-1538071967.html>
46. Гуменюк Г. Л., Опімах С. Г. (2023). Щорічний конгрес Європейського респіраторного товариства 2022: перший гібридний конгрес ERS. Астма та алергія. 1. 5-16. doi: 10.31655/2307-3373-2023-1-5-16
47. Дані з офіційного сайту Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України». <http://medstat.gov.ua>.
48. Демченко І.С. (2018). Громадське здоров'я: міжнародно-правові підходи до визначення. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2. 53-58.
49. Державна політика України у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. (2017). за заг.ред. М.М.Білінської, Я.Ф.Радиша. К. НАДУ. Ч. 1. 396.
50. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. (2013). М.М. Білінська, Я.Ф. Радиш. Київ. НАДУ. 424.
51. Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів: постанова КМУ від 08.12.2010 № 1149. <http://zakon2.rada.gov.ua>.
52. Деякі підсумки роботи експериментальних баз щодо вивчення ефективності пульмонологічної допомоги населенню (1989). М.С. Двойрін [та ін]. *Пульмонологія: зб. наук. пр.* Київ. Здоров'я. 6-8.

53. Довгостроковий план NHS.
<https://www.longtermpplan.nhs.uk/online-version/>
54. Долгіх М. (2020). Закономірності реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я в Україні в контексті європейського виміру. *Огляд державного управління та права*. 1. 67-78.
55. Долгіх М. В. (2020). Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 1(2). 107-114.
56. Долгіх М. В. (2019). Модернізація управління системою охорони здоров'я: теоретичний аспект. *Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (22 листопада 2019 року). за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. К. МАУП. 26-30.
57. Долгіх М. В. (2020). Оптимізація інструментів впливу на суспільство та професійні кадри системи охорони здоров'я України. *Держава та регіони*. Серія «Державне управління». 2. С. 70-74.
58. Долгіх М. В. (2020). Проблеми оптимізації інструментів впливу на професійні кадри системи охорони здоров'я України. *Матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. "Розвиток української держави в умовах активізації євроінтеграційних процесів"*. Київ. МАУП, 19 березня 2020 р. редкол. : М. Н. Курко (голова) [та ін.]. 38-240.
59. Долгіх М. В. (2019). Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 7(12). 16-27. DOI: 10.15421/151961
60. Донабедіан А (1980). визначення якості та підходи до її оцінки. Том 1. Дослідження в області оцінки якості та моніторингу. Енн-Арбор, Мічиган, США: Видавництво Адміністрації охорони здоров'я.
61. Донабедіан А (1988). Якість догляду. Як його можна оцінити? *Журнал Американської медичної асоціації*. 260 (12).1743–8.

62. Донабедіан А., Вілер Дж.Р., Вишев'янський Л. (1982). Якість, вартість та здоров'я: інтегративна модель. *Медична допомога*. 20(10). 975–92.
63. Європейська Рада (2006). Висновки Ради ЄС щодо спільних цінностей та принципів у системах охорони здоров'я Європейського Союзу. *Офіційний вісник Європейського Союзу*, С146.1–2.
64. ЄК (2010). Дії ЄС щодо безпеки пацієнтів та якості медичної допомоги. Європейська комісія, Відділ систем охорони здоров'я. Мадрид: Європейська комісія.
65. ЄК (2014). Повідомлення від Комісії – Про ефективні, доступні та стійкі системи охорони здоров'я. Європейська комісія. Брюссель: Європейська комісія.
66. ЄК (2016). То й що? Стратегії по всій Європі для оцінки якості медичної допомоги. Звіт Експертної групи з оцінки ефективності систем охорони здоров'я. Європейська комісія (ЄК). Брюссель: Європейська комісія.
67. З 11 липня в Україні запроваджуються чергові обмеження щодо тютюнових виробів (2023). *Економічна правда*. 10 липня. <https://www.epravda.com.ua/news/2023/07/10/702058D0%B2>.
68. Звіт GINA за 2022 рік, Глобальна стратегія лікування та профілактики астми. <https://ginasthma.org/gina-reports/>
69. Здоров'я та освіта. (2021). Як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні. Аналітичний огляд. ГО «Ініціатива ХОЛОН». <https://nus.org.ua/wp-content/uploads/2021/03/Analitychnyy-oglyad.pdf>
70. Зима І. Я. (2019). Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 7. 108–113. http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2019/20.pdf

71. Ільченко С. І. Роль спірометричного моніторингу та визначення рівня неспецифічної бронхіальної чутливості в первинній профілактиці ХОЗЛ серед підлітків (2014). *Український пульмонологічний журнал*. 3. 68 – 70.
72. Інформаційний бюлетень МОЗ «Що було є і буде». https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf
73. Інформаційний портал «Все про Канаду». Охорона здоров'я в Канаді, медицина. <https://canadaua.ca/archives/450>
74. Карамишев Д. В. (2006). Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : моногр. Харків. Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр». 401.
75. Карамишев, Д., & Андрєєв, А. (2020). Реалізація заходів щодо профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань у системі публічного управління. *Теорія та практика державного управління*, 1(68), 8-20. <https://doi.org/10.34213/tp.20.01.01>
76. Карамишев Д. В., Сотнікова Л.В. (2021). Реалізація державної політики України щодо забезпечення населення лікарськими засобами в умовах інтеграції до Європейського союзу. *Теорія та практика державного управління*. № 1(72). С. 145–157.
77. Карлаш В. В. (2020). Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 1. 161-164. http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf
78. Кириленко О. (2019). Новий етап медреформи: що зміниться для пацієнтів у 2020-му році. «Четверта влада». 02.12. <https://4vlada.com/novyj-etap-medreformy-shcho-zminytsia-dlia-patsientiv-u2020-mu-rots>
79. Книш С. В. (2019). Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне

право і процес; фінансове право; інформаційне право. Тернопільський національний економічний університет. МОН України. Тернопіль. 510.

80. Книш С. В. (2019). Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та євро перспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 1. 54-59. http://nbuv.gov.ua/UJRN/aprpr_2019_1_11

81. Коломієць О. О. (2018). Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ «КПІ»*: збірник наукових праць. 15. 18–27. https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/26372/1/EV2018_18-27.pdf

82. Компас: Посібник з освіти в області прав людини за участі молоді. Здоров'я. <https://www.coe.int/uk/web/compass/health>

83. Конституція України. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 142.

84. Концепція ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя». http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-LongRus.pdf

85. Костюк В. С. (2017). Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Економіка і менеджмент. 24(2). 39-43. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

86. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. (2018). Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 7. 46-48. http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf

87. Кривошеєв Д. (2020). Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. <https://rpr.org.ua/news/stratetiia-okhorony-zdorov-ia-2030-dozvolyt-hromadianam-otrymuvaty-iakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiy-ukraini-kerivnytsia-dyrektoratu-moz/>

88. Кривуша С.Г. (2018). Складові механізми державного регулювання продуктивністю праці в секторі охорони здоров'я. *«Young Scientist»*. 12 (64). 277-282.

89. Кризіна Н.П., Пархоменко Г.Я., Зозуля А.І. (2012). Завдання та функції лікарні інтенсивного лікування пацієнтів. *Матеріали Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України»/ 25-27 вересня 2012 р. Київ. 7.*

90. Криничко Л.Р. (2019). Охорона здоров'я як об'єкт державного управління. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 1 (65). 179-188. http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/1_2019/32.pdf

91. Кулінич-Міськів М. О., Островський М. М., Варунків О. І. (2014). Сучасні аспекти діагностики і лікування хронічного обструктивного захворювання легень у світлі нових міжнародних рекомендацій GOLD. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 1. 90 – 96.

92. Кульгінський Є. (2015). Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2. 147-159. http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2015_2_17

93. Кучеров С., Радиш Я. (2021). Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 13-14. 110–116. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.13-14.110

94. Лазоришинець В. В. (2014). Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення: монографія. Київ.: МОЗ України. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ». 207.

95. Лехан В., Гінзбург В., Слабкий Г., Хобзей М., Крячкова Л., Шевченко М. (2010). Пілотний проект «Реформа медичного

обслуговування»: цілі та кроки реалізації. *Україна. Здоров'я нації*. 3(15)/10. 7 – 15.

96. Липовська Н., Хожило І. (2022). Доступність та якість медичних послуг в Україні в умовах воєнного стану: аспекти управління. *Архів EuroMedica*. 12. СП: Е1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.

97. Литвиненко М. В. (2018). Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 3(62). 8. http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2_3.pdf

98. Литвиненко М. В. (2015). Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2. 198-206. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2015_2_33

99. Лікування хронічних респіраторних та алергічних захворювань у країнах, що розвиваються. У фокусі на Африці на південь від Сахари (2003). Ж. Буске [та ін.] *Алергія*. 58(4). 256-283.

100. Ллойд-Джонс Д.М., Хонг Ю., Лабарт Д., Мозаффаріан Д., Аппель Л.Дж., Ван Хорн Л. та ін. (2010 р.). Цільова група зі стратегічного планування та статистичний комітет Американської кардіологічної асоціації. Визначення та встановлення національних цілей щодо зміцнення здоров'я серцево-судинної системи та зменшення захворювань: стратегічна ціль впливу Американської кардіологічної асоціації до 2020 року та на подальші роки. *Циркуляція*. 121.586–613.

101. Логвиненко Б. О. (2016). Міністерство охорони здоров'я як основний суб'єкт публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Юридичні науки. 2 (2). 58 – 63.

102. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. (2017). Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 61–79. <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf>

103. Липовська Н.А., Сахарова К.О. (2024). Пріоритети європейської державної політики в галузі охорони здоров'я. Наукові інновації та передові технології. № 11(39) С. 140-149. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10\(38\)-140-149](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10(38)-140-149)

104. Лужецька Н. А. (2020). Сучасні проблеми реформування системи охорони здоров'я України. URL: <http://www.nauka.com/pdf/281969.pdf>

105. Маматова, Т., & Борисенко, В. (2023). Теоретичне підґрунтя дослідження процесів публічного управління у сфері забезпечення резильєнтності територіальних громад в Україні. Публічне управління та місцеве самоврядування, 2, 67–73.

106. Мартишин О.О. (2017). Актуальні питання дитячої алергології та пульмонології. *Український медичний часопис*. www.umj.com.ua/uk/stattia-107272-aktualni-pitannya-dityachoyi-alergologiyi-ta-pulmonologiyi

107. Масолі М. (2004). Глобальний тягар астми – резюме звіту Комітету з розповсюдження бронхіальної астми. *Алергія*. 59. 69-478.

108. Матвієнко Ю. (2013). Система охорони здоров'я в Японії. *Медицина світу*. 11. <http://msvitu.com/archive/2013/november/article10.php>

109. Матвієнко Ю. (2014). Французька і Британська моделі охорони здоров'я (огляд). *Медицина світу*. 5. <http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php>

110. Махмуд С.С., Леві Д., Васан Р.С., Ван Т.Дж. (2014). Фремінгемське дослідження серця та епідеміологія серцево-судинних захворювань: історична перспектива. *Ланцет*. 383.999–1008.

111. Медяник Д.І., Липчанський В.О. (2016). Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*. 19. 23- 29.

112. Миколаєць І. В. (2017). Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід: Аналіз. Прогнози. Коментар.* 2. (23). 113-116.

113. Миськевич Т. (2020). Реформування системи охорони здоров'я в Україні. http://www.nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=753:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya-2&catid=71&Itemid=382

114. Міжнародний довідник індикаторів цін на лікарські засоби [онлайн-база даних]. (2016). Медфорд (Массачусетс): *Науки про управління для здоров'я*. <http://erc.msh.org/dmpguide/>

115. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації. 2-12-2018. <https://uozter.gov.ua/ua/news-1-0-741-modernizaciya-menedzhmentu-sistemiohoroni-zdorov-ya-v-umovah-provedennya-medichnoi-reformi>

116. Моїсеєва Л. (2021). Актуальні питання державного управління у сфері пульмонологічної допомоги в Україні. *Тенденції розвитку практики і науки*. 28-31 грудня 2021. ОСЛО. НОРВЕГІЯ. <http://surl.li/bzgm>

117. Моїсеєва Л. Європейська парадигма захисту респіраторного здоров'я // Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 272 с. С.255-267.

118. Моїсеєва Л. Європейська політика у сфері боротьби з туберкульозом: досвід для України // Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України: мет-ли ХХ регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 18 травня 2023 р.

119. Моїсеєва Л. (2023). Ментальне здоров'я як складова громадського здоров'я: мат-ли IV Всеукраїнського форуму «Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насильству в освітніх закладах»

(24 березня 2023 року). Дніпро. ДГУ. 146. 46-50.
<https://dgu.edu.ua/certificates/forum4/>

120. Моїсеєва Л. (2024). Надання пульмонологічної допомоги населенню громади як чинник підвищення її безпеки *Безпечна, комфортна та спроможна громада*: мат-ли Міжнародного форуму. Дніпро, НТУ «ДП», 16-18 жовтня 2024 р.

121. Моїсеєва Л.В. (2023). Публічне управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення: нормативно-правові засади. *Дніпровський науковий часопис*. 3. 201-205. DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.3.33>

122. Моїсеєва Л. Публічне управління формуванням медичної грамотності громад. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 257 с. С. 155-158.

123. Моїсеєва Л. (2022). Соціальні фактори громадського здоров'я як складова його відновлення. *Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління*: мат-ли Міжнар.кр.столу. 22 серпня 2022 р. м. Київ. 179-181.

124. Моїсеєва Л.В. (2023). Теоретичні засади реалізації публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій*. Серія: право, публічне управління та адміністрування : електронний науково-практичний журнал. 7. https://reicst.com.ua/pmtl/issue/view/issue_7_2023. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-07>

125. Моїсеєва Л. Трансформація системи охорони здоров'я в Європейському Союзі: досвід для України // Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України: мет-ли ХІХ регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 16

червня

2022

р.

https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/Material_conference_16_06_2022.pdf

126. Моїсеєва Л. Удосконалення публічного управління медичною сферою у воєнний час. *Наукова весна* : мат-ли XIII міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених. 1-3 березня 2023 р., НТУ «ДП» м. Дніпро. С.319-320.

127. Моїсеєва Л. Удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні. *Молодь: наука та інновації*: матеріали XI міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених. НТУ «ДП» м. Дніпро. 22-24 листопада. 2023. С.194-196

128. Моїсеєва Л.В. (2023). Управління пульмонологічною службою на регіональному рівні в доковідний період: організаційні аспекти. Публічне управління та місцеве самоврядування. 1. 40-45. DOI: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-1-6>

129. MOM (1990). Medicare: Стратегія забезпечення якості. Вашингтон (округ Колумбія), США: Видавництво національних академій.

130. MOM (2001). Перетинаючи прірву якості: нова система охорони здоров'я для 21 століття. Вашингтон (округ Колумбія), США: Видавництво Національних академій.

131. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti>

132. Москаленко В. Ф. (2009). Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я. К. ВД «АВІЦЕННА». 143–151.

133. Нагорна А. М., Степаненко А. В., Морозов А. М. (2002). Проблеми якості в охороні здоров'я : монографія. Кам'янець-Подільський. Абетка-НОВА. 384.

134. Надюк З. (2009). Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. Uniwersytet Rzeszowski. <http://ur.edu.pl/pliki/Zeszyt14/40.pdf>

135. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1. http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf

136. Національному інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського 100 років. <https://www.phc.org.ua/news/nacionalnomu-institutu-ftiziatrii-i-pulmonologii-im-fg-yanovskogo-100-rokiv>

137. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. (2019). *Юридичний вісник*. 3. 63-39. DOI <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i3.940>

138. Огляд нормативноправової бази щодо формування здорового способу життя молоді (2018). НДЦ "Інститут сімейної та молодіжної політики імені Олександра Яременка. <https://dismp.gov.ua/ohliad-normatyvno-pravovoi-bazy-shchodo-formuvannia-zdorovoho-sposobu-zhyttia-molodi/>

139. ОЕСР (2017). Турбота про якість у сфері охорони здоров'я: уроки, винесені з 15 оглядів якості охорони здоров'я. Огляди ОЕСР якості охорони здоров'я. Париж: Видавництво ОЕСР. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>.

140. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed19921119>

141. Офіційний перепис населення та статистика ринку праці. <https://www.nomisweb.co.uk/>

142. Пак С. Я. (2015). Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. <http://www.academy.gov.ua>.

143. Панченко І. Пацієнти про медицину. Світовий досвід. Тиждень. 8 серпня 2017. <https://tyzhden.ua/Society/197814>
144. Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна. <https://www.stoptb.org.ua/partnerstvo-zupynymo-tuberkuloz-ukrayina/>
145. Парубчак І.О., Радух Н.Б. (2021). Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів пандемії COVID-19 в Україні. https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2021/1_2021/11.pdf
146. Пархоменко Г. Я. (2011). Ставлення керівників закладів охорони здоров'я до реформування системи надання медичної допомоги. *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 4. 67 – 70.
147. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>
148. Перелік нових бюджетних програм та їх індикативних показників на основі програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я (2012). В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] *Реєстр галузевих нововведень*. 37. Реєстр № 378/37/12. 31 – 32.
149. Пілотний проект «Реформа медичного обслуговування»: цілі та кроки реалізації (2010). В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Г. О. Слабкий [та ін.]. *Україна. Здоров'я нації*. 3 (15). 7 – 15.
150. Попова І. А., Андрійко Л. Ю. Проблеми та основні напрями реформування системи охорони здоров'я. (2019). *Професійний менеджмент у сучасних умовах розвитку ринку* : матеріали VIII наук.-практ. конф. з міжнар. участю. м. Харків, 1 листоп. 2019 р. Харків. 32-34.
151. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та

алергологічного профілю в Україні за 2010-2016 рр. (2017). М. І. Линник, О. П. Недоспасова, О. Р. Тарасенко [та ін.]. Київ. Ліра. 48.

152. Приятельчук О.А. (2018). Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство: Мукачівський державний університет: Електронне наукове фахове видання*. 19. 910-919. http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf

153. Про бюджетну класифікацію: наказ Міністерства фінансів України від 14.01.2011 № 11. <http://www.minfin.gov.ua>.

154. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин: закон України №79-VIII від 28.12.2014 р. Офіційний вісник України. 2015. № 3. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/79-19>.

155. Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ: постанова Кабінету Міністрів України від 08.02.2012 № 86. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/228-2002-%D0%BF>.

156. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html

157. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. <http://search.ligazakon.ua>

158. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF>

159. Про затвердження Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р.: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р.

№1415-р. <http://search.ligazakon.ua>

160. Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства фінансів України та МОЗ України від 25.07.2013 № 693/633. <http://www.minfin.gov.ua/>.

161. Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету : наказ Міністерства фінансів від 12.03.2012 № 333 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 27.03.2012 za № 456/20769). <http://www.minfin.gov.ua>.

162. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень: наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. <http://search.ligazakon.ua>

163. Про затвердження інструкцій щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим : наказ МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р. <http://search.ligazakon.ua>

164. Про затвердження клінічних протоколів надання меддопомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2007 р. № 128. <http://search.ligazakon.ua>.

165. Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги : наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 20.06.2013 р. za № 1044/23576). <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1044-13>

166. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>.

167. Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів: Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 732. <http://search.ligazakon.ua>

168. Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ: Наказ МОЗ України від 17 травня 2019 № 1126. <http://search.ligazakon.ua>

169. Про затвердження Порядку складання планів-схем госпітальних округів, включаючи підготовку плану перспективного розвитку закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1080. <http://search.ligazakon.ua>

170. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : постанова КМУ України від 24.10. 2012. № 1113. <http://zakon2.rada.gov.ua>

171. Про затвердження примірною договору про медичне обслуговування населення: наказ МОЗ України від 01.11.2011 № 742. <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>.

172. Про затвердження Примірною положення про госпітальний округ : наказ МОЗ України від 20.02.2017 року № 165. <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

173. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія: наказ МОЗ України № 433 від 3.07.2006 р. <http://search.ligazakon.ua>

174. Про затвердження Стратегії розвитку медичної статистики: Наказ МОЗ України від 16 серпня 2004 року № 414. <http://search.ligazakon.ua>

175. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 червня 2013 р. № 555. <http://search.ligazakon.ua>.

176. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 № 1645-III. <https://ips.ligazakon.net/document/T001645>

177. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення: Закон України від 22 вересня 2005 року № 2899-IV (зі змінами). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2899-15#Text>

178. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 26 червня 1991 р. <http://search.ligazakon.ua>

179. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

180. Про протидію захворюванню на туберкульоз: Закон України від 05 липня 2001 р. № 2586-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>.

181. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні: Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII. <http://search.ligazakon.ua>

182. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» : Указ Президента України від 13 березня 2020 р. № 87/2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87/2020#n2>.

183. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1011-р. <http://search.ligazakon.ua>

184. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. <http://zakon2.rada.gov.ua>.

185. Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю: Наказ МОЗ від 26.08.1993 № 191. https://zakononline.com.ua/documents/show/99404__99404

186. Про удосконалення медичної допомоги хворим пульмонологічного профілю: наказ МОЗ № 270 від 17.12.1993 р. <http://search.ligazakon.ua>

187. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

188. Проданчук М. Г., Басанець А. В., Курділь Н. В. (2023). Захворювання системи органів дихання від впливу хімічних забруднювачів повітря на території воєнних дій. *Укр. пульмонол. журнал*. 3. 31(1). 49-56. DOI: 10.31215/2306-4927-2023-31-1-49-56

189. Профілактика і лікування туберкульозу в біженців та інших груп населення в умовах гуманітарної кризи: Міжвідомчий польовий посібник. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. 2022. <http://apps.who.int/iris/>

190. Профілактика та боротьба з хронічними респіраторними захворюваннями на рівні країни: на шляху до глобального альянсу проти хронічних респіраторних захворювань Женева, 17-19 червня 2004 року. ВООЗ/НМХ/КРА/05.1 2005.

191. Рада Європи (1997). Розробка та впровадження систем підвищення якості (QIS) в охороні здоров'я. *Рекомендація No P (97) 17 та пояснювальна записка*. Страсбург: Рада Європи.

192. Рада охорони здоров'я Канади (2013). *Краще здоров'я, кращий догляд, краща цінність для всіх: переорієнтація реформи охорони здоров'я в Канаді*. Торонто, Рада з охорони здоров'я Канади.

193. Радиш Я.Ф. (2001). *Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: моногр.* К. Вид-во УАДУ. 359.

194. Регіональний аналіз сильних і слабких сторін, можливостей і загроз у зв'язку з Планом дій з протидії туберкульозу в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2020 роки.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/283804/65wd17e_Rev1_TBActionPlan_150588_withCover.pdf

195. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. (2018). Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. *Ефективна економіка*. 1.

<http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277>

196. Респіраторні захворювання: застосування Все наше здоров'я Оновлено 19 травня 2022 року. <https://www.gov.uk/government/publications/respiratory-disease-applying-all-our-health/respiratory-disease-applying-all-our-health>

197. Респіраторні читання 2021. <https://dmu.edu.ua/ua/novini/1263-respiratorni-chitannya-2021>.

198. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. (2019). Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 3(57). 162-168. [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

199. Савчук Л.М. (2016). Теоретичні засади сталого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми розвитку економічного регіону*. 13 (2). 171-177.

200. Сазонець І. Л., Зима І. Я. (2018). Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід*. 21. 109–113. http://www.investplan.com.ua/pdf/21_2018/22.pdf.

201. Самілик Л. О. (2013). Адміністративно-правові основи регулювання охорони здоров'я громадян в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ. 213.

202. Самусь Т. В. (2013). Теоретичні підходи до проблеми формування здоров'язбережувальних компетенцій у студентів ВНЗ. *Вісник*

Чернігівського національного педагогічного університету. Педагогічні науки. 108. http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2013_1_108_30

203. Скрипник О.А. (2022). Особливості управління медичним підприємством в сучасних умовах. Державне будівництво. № 2 (32). С. 68 – 76. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-07>

204. Скрипник О.А. (2024). Публічне управління розвитком системи охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах: інтеграція та новий інструментарій. Державне управління: удосконалення та розвиток. № 1. <https://www.nauka.com.ua/index.php/dy/article/view/2842/2878>

205. Слабкий Г. (2012). Положення про лікарню відновного (реабілітаційного) лікування. *Практика управління медичним закладом*. 3 (березень). 119 – 122.

206. Слабкий Г. О. (2012). Примірне положення про лікарню планового лікування. *Практика управління медичним закладом*. 2. 84 – 86.

207. Слабкий Г. О. (2012). Примірне положення про приймальне відділення лікарні планового лікування. *Практика управління медичним закладом*. 2. 87– 88.

208. Слабкий Г. О. (2012). Примірне положення про терапевтичне відділення лікарні планового лікування. *Практика управління медичним закладом*. 2. 89 – 90.

209. Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Зозуля А. І. (2012). Госпітальні округи: реальність і ризики їх створення. *Україна. Здоров'я нації*. 3. 261 – 265.

210. Сміянов В. А. (2014). Внутрішній аудит – основа управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. *Wiadomosci Lekarskie*. LXVII. 2. II. 381 – 383.

211. Стратегія «Зупинимо туберкульоз» - Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). (2006). http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf

212. Стратегія реформування та розвитку фтизіатричної і

пульмонологічної галузі й науки до 2022 року від 20 червня 2018 р.
<http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/strategy2022.pdf>

213. Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та план заходів щодо її реалізації: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. <http://search.ligazakon.ua>

214. Стратегія розвитку охорони здоров'я до 2030 р.: очікування та пріоритети. 19 Січня 2022 року. <https://www.apteka.ua/article/625280>.

215. Струве А. (2015). Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Видання ваше Здоров'я*. 13.11. <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-ohoronizdorovya/>

216. Супрун розповіла про переваги й недоліки охорони здоров'я Франції. *Укрінформ*. 08.04.2019. <https://www.ukrinform.ua/rubricculture/2676870-suprun-rozpovila-pro-perevagi-j-nedoliki-ohoroni-zdorovafrancii.html>

217. Терзі О. (2018). Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2. 168-173. http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf

218. Ткачова Н. М. (2018). Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 8. 83–86. http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2018/19.pdf

219. Туберкульоз (ТБ). (2016). Моніторинг та оцінка туберкульозу: фінансування. Інструмент планування та бюджетування ТБ, версія 6 [онлайн-база даних]. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. <http://www.who.int/tb/areas-of-work/> моніторинг-оцінка/фінансування/планування-інструмент/укр/

220. Туберкульоз в умовах пандемії COVID-19.
<https://www.auc.org.ua/novyna/tuberkuloz-v-umovah-pandemiyi-covid-19>

221. Туберкульоз. Клінічна настанова, заснована на доказових даних. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». 2021.
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/2021_11_18_kn_tuberkuloz.pdf

222. Турчак Д.В. (2019). Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України. Київ. 315.

223. Український пульмонологічний журнал.
http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj_ukr.htm

224. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на ХОЗЛ: наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555. <http://search.ligazakon.ua>

225. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на БА: наказ МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868. <http://search.ligazakon.ua>

226. Фекрі О., Макараян Е.Р., Клазінга Н. (2018). Оцінка ефективності системи охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ: які домени та показники були використані державами-членами для її вимірювання? Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ (узагальнений звіт Health Evidence Network (HEN) 55).

227. Хожило І.І. (2023). Охорона респіраторного здоров'я як напрям державної політики України: наукова дискусія у фокусі пандемії та війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 4(2023), 61-68.

228. Хожило І. В., Бородін Є. В., Шевцов В. (2019), Трансформація

системи менеджменту в стоматології: європейські моделі для України. *Архів euromedica*. 9. 3. 5 – 7. http://www.ewg-board.eu/archiv-euromedica/archiv_euromedica_03-2019/archiv_euromedica_03_2019_maket, <https://doi.org/10.35630/2199-885X/2019/9/3.1>

229. Хожило І. В., Надюк З., Антонова О. В., Тарасенко Т. та Серьогіна Т. (2020). Місцеве самоврядування у фокусі медичної реформи в Україні: аналіз повноважень. *Теоретичні та емпіричні дослідження в управлінні містом. ТЕРУМ*. 15 (2), 22-38. Джерело: <http://um.ase.ro/no152/2.pdf>.

230. Хожило, І. В.; Мороз, С.; Риженко, С.; Семеніхіна, В.; Туріщева, Н.; Хаїтов, Р. (2020). Covid-асоційовані панічні атаки: аспекти регіонального управління. *Архів Euromedica*; 10(2):11-13, 2020. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1005432?lang=en>

231. Хронічні респіраторні захворювання: центр громадського здоров'я. <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/khronichni-respiratorni-zakhvoryuvannya>

232. Цільова група зі здоров'я легень. Наш п'ятирічний план. <https://www.taskforceforlunghealth.org.uk/taskforce/plan>

233. Цопа, В. А., Маматова, Т. В., Яворська, О. О., Чеберячко, С. І., Чеберячко, Ю. І., & Дерюгін, О. В. (2023). Формування нової концепції здорового і безпечного робочого місця в Україні. *Проблеми охорони праці в Україні*, 39 (1-2), 28-37.

234. Чернецький В.Ю. (2012). Вплив держави на формування моделей організації охорони здоров'я в зарубіжних країнах. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. Електронний збірник наукових праць. 2 (8). 8. [http://dridu.dp.ua/zbirnik/2012-02\(8\)/12cvyzzk.pdf](http://dridu.dp.ua/zbirnik/2012-02(8)/12cvyzzk.pdf)

235. Чорний О.В. (2020). Реалізація державної політики охорони здоров'я щодо роботи медичного персоналу в період пандемії COVID-19: соціально-економічні аспекти зарубіжного досвіду. *Право та державне*

управління. 4. 301-306. http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2020/44.pdf

236. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. (2016). Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я: наук.-практ. журн.* 2 (4). 72-75.

237. Шевченко М. (2018). Медицина Японії: держава – усьому голова? *Видання ваше Здоров'я*. <https://www.vz.kiev.ua/medytsyna-uroniyderzhava-usomu-golova/>

238. Шевченко М. В., Заглада О. О., Карамзіна Л. А., Бойко В. Я. (2010). Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури). *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 4. 58 – 64.

239. Шевчук В. В. (2017). Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Дисертація Спеціальність: Державне управління. 25.00.02 – Механізми державного управління Миколаїв. Чорноморський національний університет імені Петра Могили. 310.

240. Штайнер М.К., Робертс К.М. (2016). Легенева реабілітація: подальші кроки. *Ланцет Респіратор Мед.* 4. 172–173.

241. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я : аналітична записка. *Національний інститут стратегічних досліджень*. <http://www.niss.gov.ua/articles/808/>.

242. Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб: Наказ МОЗ України від 23.07.2002 № 280. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0639-02#Text>

243. Щотижневий звіт про захворюваність та смертність (MMWR) (2009). 58 (16). 421-426.

244. Юристовська Н. Я. (2017). Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2. 138-147. http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18.

245. Як працює система охорони здоров'я в США. Уляна Супрун Блог. 28 січня 2019. <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczuje-sistemaohoroni-zdorovya-v-ssha.html?=&page408>

246. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал 28.05.19. <https://med-ukraine.info/news/2019/yakpraczuje-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>

247. Яремчук О. В. (2018). Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 11. http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf

248. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. (2012). Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 1(21). 95–100.

249. Augustyn IM, Wouters E.F.M. (2017). Pulmonary rehabilitation process and program organization. *J Card Pulm Rehabil*. 1. 109.

250. A Systematic Review of the Chronic Care Model in the Prevention and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2007). S.G. Adams [et al.] *Arch.-intern. med*. 167. 551 -561.

251. An_alternative_method_of_providing_supervised_shortcourse_chemotherapy_in_district_tuberculosis_programme. <https://www.researchgate.net/publication/36446193>

252. Ara, O. A. et al. (2006). Conceptual framework for the OECD project "Health Quality Indicators". *International Journal of Quality in Healthcare*, 18(S1):5–13.

253. Barzylovyh, A., Ursaki, Y., Nadezhdenko, A., Mamatova, T., Chykarenko, I. & Kravchenko, S. (2021). The Influence of Medical Services Public Management on the Population' Life Quality. *WSEAS transactions on environment and development*, 17. 619-629.

254. Bolliger C.T., Mathur P.N., Beamis J.F. et al. (2002). ERS/ATS statement on interventional pulmonology. *Eur. Respir. J.* 19. 356–73.

255. Brault M.W., Hootman J., Helmick C.G., Theis K.A, and Armour B.S. (2005). Prevalence and most common causes of disability among adults. United States.

256. Carinci F et al. (2015). Towards effective international comparisons of health system effectiveness: an expert review of the OECD framework and quality indicators. *International Journal of Quality in Healthcare*, 27(2).137–46.

257. Couper D, LaVange L.M, Han M, Barr R.G, Bleecker E, Hoffman E.A, et al. (2014). Spiromics Research Group. Design of the Subpopulations and Intermediate Outcomes in COPD Study (SPIROMICS) *Thorax*. 69.491–494.

258. Dawber T., Kannel W.B, Friedman G.D. (1966). Vital capacity, physical activity and coronary heart disease. In: Raab W., editor. *Prevention of ischemic heart disease: principles and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 254–265.

259. de Marco R., Accordini S., Marcon A., Cerveri I., Anto J.M., Gislason T., et al. (2011). European Respiratory Health Study (ECRHS) Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young people. *Am J Respir Crit Care Med*.183.891–897.

260. Designing health innovation programs in low- & middle-income countries. (2021). Ophelie Namiech, Lotte Bengal-Bauwens, Galit Cohen, Hannah Friedland Mindset-PCS. JDC-Health-Innovation-Programs-2021.pdf (thejoint.org.il)

261. Dmytro Karamyshev, Liudmyla Hordiienko, Mykola Hranovskyi (2023). Aspects of management of medical and evacuation support for the

troops in the conditions of the unified medical space of Ukraine. *Archiv Euromedica*. March. DOI:10.35630/2022/12/sp.iss.5

262. Earl S. Ford, Janet B. Croft, David M. Mannino, Anne G. Wheaton, Xinyu Zhang, and Wayne H. Giles. (2013). Surveillance of COPD – USA, 1999-2011. *Chest*, 144 (1). 284-305.

263. Earl S. Ford, Louise B. Murphy, Olga Havzhu, Wayne H. Giles, James B. Holt, and Janet B. Croft. (2015). General and Specific Costs of Health Services and COPD Absenteeism Among Adults 18 Years of Age in the United States for 2010 and Projections to 2020. *Breast*. 147 (1). 31-45.

264. Ernst A, Silvestri G.A., Johnstone D. (2003). Interventional pulmonary procedure: guidelines from the American College of Chest Physicians. 123. 1693–717.

265. Gidding S.S., Xie X., Liu K., Manolio T., Flack J.M., Gardin J.M. (1995). Cardiac function in smokers and nonsmokers: the CARDIA study: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *J Am Coll Cardiol*. 26. 211–216.

266. GINA: Asthma and Beyond Guidelines (2007). J. Bousquet [et al]. *Allergies*. 62 (2). 102-106.

267. Gooding H.K., Shay SM, Ning H., Gillman MW, Chiuwe S.E., Reis JP, et al. (2015). Optimal lifestyle components at a young age are associated with maintaining an ideal cardiovascular health profile until middle age. *J am Hart Assoc*. 4: E002048.

268. Health-related Quality of Life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary Disease (2002). A. Domingo-Salvany [et al.] *Amer. J. Respir. Crit. Care Med*. 166. 680-685.

269. Hodgkin J.E., Farrell M.J., Gibson S.R., et al. (1981). American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. *Pulmonary rehabilitation*. *Am Rev Respir Dis*. 124. 663–666.

270. Houben-Wilke S., Augustin I.M., Vercoulen J.H., van Ranst D, Bij de Vaate E., Wempe J.B., Spruit M.A., Wouters E.F.M., Franssen F.M.E.

(2018). COPD stands for complex obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Rev.* Jun 6;27(148).180027. doi: 10.1183/16000617.0027-2018.

271. Jiemin Ma, Elizabeth M. Ward, Rebecca L. Siegel, and Ahmedin Jemal., "Temporal Mortality Trends in the United States, 1969-2013. (2015). *JAMA*, 314 (16). 1731-1739.

272. Khozhylo I., Lipovska N. (2022). Availability and quality of medical services in Ukraine under martial law conditions: aspects of management. *Archiv EuroMedica*. 2022. 12; sp: e1.

273. Khozhylo I., Lipovska N. at al. (2023). Challenges of the pandemic and war: aspects of health and mental well-being-2030. *Euromedica* 2023. vol. 13. num. 4 DOI 10.35630/2023/13/4.802

274. Kochanek KD, Murphy SL, Xu JK, Arias E. (2017). Mortality in the United States. *NCHS Summary*, 293. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

275. Lamb KA, Feller-Koopman D, Ernst A, et al. (2010). Pulmonary Fellowship Intervention Training Approach. 137. 195–9.

276. Lange P., Nyboe J., Jensen G., Schnohr P., Appleyard M. (1991). Ventilatory function impairment and risk of cardiovascular death and of fatal or non-fatal myocardial infarction. *Eur Respir J.* 4. 1080–1087.

277. Lederer D.J., Enright P.L., Kavut S.M., Hoffman E.A., Hanningheik G., van Beek E.J., et al. (2009). Cigarette smoking is associated with subclinical parenchymal lung disease: a Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)-lung study. *Am J Respir Crit Care Med.* 180.407–414.

278. Legido-Quigley H et al (2008). Quality assurance of health care in the European Union: an example for action. *Observatory Studies Series*, 12. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.

279. Management of chronic respiratory and allergic diseases in developing countries. Focus on sub-Saharan Africa (2003). J. Bousquet [et al.] *Allergy*. 58(4). 256-283.

280. NAMCS, NHAMCS, and NHCS are beginning the process of collecting EHRs, which will significantly increase the number and content of available records. [https://www.bing.com/ck/a?!&&p=3&fclid=08ec0937-2cc3-6c9f-1083-](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=3&fclid=08ec0937-2cc3-6c9f-1083-1a722db46d19&psq=113.+The+NAMCS%2c+NHAMCS%2c+and+=a1aHR0cHM6Ly93d3cuY2RjLmdvdi9uY2hzL2FoY2QvaW5kZXguaHRt&ntb=1)

[1a722db46d19&psq=113.+The+NAMCS%2c+NHAMCS%2c+and+=a1aHR0cHM6Ly93d3cuY2RjLmdvdi9uY2hzL2FoY2QvaW5kZXguaHRt&ntb=1](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=3&fclid=08ec0937-2cc3-6c9f-1083-1a722db46d19&psq=113.+The+NAMCS%2c+NHAMCS%2c+and+=a1aHR0cHM6Ly93d3cuY2RjLmdvdi9uY2hzL2FoY2QvaW5kZXguaHRt&ntb=1)

281. Øvretveit J (2001). Quality assessment and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning Management*. 16.229–41.

282. Papanicolas I. (2013). International frameworks for health system comparison. In: Papanicolas I & Smith P (eds.): Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press. New York.

283. Potential misclassification of causes of death from COPD (2006). H.H. Jensen, N.S. Godtfredsen, P. Lange, J. Vestbo. *Eur. Respir. J.* 28, 4. 7.

284. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease according to BTS, ERS, GOLD, and ATS criteria in relation to physician diagnosis, symptoms, age, sex, and smoking habits (2005). A. Lindberg [et al.] *Breathing*. 72(5). 471-479.

285. Regan E.A., Hokanson J.E., Murphy J.R., Make B., Lynch D.A., Beaty T.H., et al. (2010). Genetic epidemiology of COPD (COPDGene) study design. *COPD*. 7.32–43.

286. Reyfman P.A., Washko G.R., Dransfield M.T., Spira A., Han M.K., Kalhan R. (2018). Defining Impaired Respiratory Health. A Paradigm Shift for Pulmonary Medicine. *Am J Respir Crit Care Med*. Aug 15.198(4). 440-446. doi: 10.1164/rccm.201801-0120PP.

287. Role of informal healthcare providers in tuberculosis care in low- and middle-income countries: A systematic scoping review (2021). Poshan Thapa, Rohan Jayasuriya, John J. Hall, Kristen Beek, et al. Published: September 2. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256795>

288. Sharing in the Global Economy: Lessons from Digital Health Innovators. <http://healthmarketinnovations.org/>

289. Skrypnyk A. Et al. (2019). SWOT-analysis of models of organization of provision of primary health care in the united territorial communities / Skrypnyk Alexandr // Tallinn, Publisher «Scientific Route», European Union, «EUREKA:Health Sciences». Number 6 p. 65-71.

290. Social Status and Mortality from Respiratory Diseases in Men and Women (2003). E. Prescott [et al.] *Heb. J.* 21(5). 821-826.

291. Spruit M.A., Singh S.J., Garvey C., et al. (2013). An official American Thoracic Society. European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Me.* 188. e13–e64.

292. Stokeley RIA, Mannio D, Barnes PJ. (2009). Burden and pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc. Am. Thorac. Soc.* 6(6). 524-526.

293. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease (2013). C. A. Jimenez-Ruiz [et al.] *Bronconeumol.* 49 (8). 354-363.

294. Validity of the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease according to a large administrative database (2005). Y. Lacasse [et al.]. *You can, perhaps, respirates.* 2(5). 251-256.

295. Vestbo J, Anderson W, Coxson H.O., Crim C., Dawber F., Edwards L., et al. (2008). Eclipse investigators. Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate End-points (ECLIPSE). *Eur Respir J.* 31.869–873.

296. Wang J.S, Silvestri G.A. (2010). Training in interventional pulmonology. *Clin. Chest Med.* 31(15). 224–34.

297. WHO. The End TB Strategy. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>

298. World Health Organization (2021). Global tuberculosis report 2021. [http:// apps.who.int/iris/bitstreams/1379788/retrieve](http://apps.who.int/iris/bitstreams/1379788/retrieve)

ДОДАТКИ

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ

Монографії

1. Моїсеєва Л. Європейська парадигма захисту респіраторного здоров'я // Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти [Текст]: кол. монограф. / за заг. ред. Н.А. Липовської. – Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. – 272 с. С.255-267. <https://surl.li/rbdynn>

Статті в наукових закордонних виданнях, проіндексованих у базах даних

Web of Science Core Collection та/або Scopus

2. Project management as a technology for optimizing resources in terms of reforming socio-economic relations: the experience of the EU / P. Bezus, N. Gavkalova, L.Moiseyeva [etc.] // *Ad Alta : journal of interdisciplinary research*. 2022. 12(1), XXV. PP. 67-72. <http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/23035>

Особистий внесок здобувачки: *представлено огляд практик управління проектами в європейських країнах у рамках просторового розвитку.*

Статті в наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії “Б”

3. Бородін, Є., & Моїсеєва, Л. (2022). Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*, 10(4), 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

Особистий внесок здобувачки: *розглянуто систему громадського здоров'я як об'єкт публічного управління, показано, що істотним відображенням соціальної значущості здоров'я в його індивідуальних і соціальних планах є взаємозв'язок здоров'я з соціально-трудовими можливостями людини, з положенням окремих соціальних груп в структурі суспільного виробництва, досліджено сучасні форми боротьби з туберкульозом в зарубіжних країнах.*

4. Моїсеєва Л.В. Теоретичні засади реалізації публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування* : електронний науково-практичний журнал. 2023. 7. https://reicst.com.ua/pmtl/issue/view/issue_7_2023. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-07>
5. Моїсеєва Л.В. Управління пульмонологічною службою на регіональному рівні в доковідний період: організаційні аспекти. *Публічне управління та місцеве самоврядування*. 2023. 1. С. 40-45. DOI: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-1-6>
6. Моїсеєва Л.В. Публічне управління у сфері захисту респіраторного здоров'я населення: нормативно-правові засади. *Дніпровський науковий часопис*. 2023. 3. С. 201-205. DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.3.33>
7. Моїсеєва Л.В. (2024). Алгоритми публічного управління захистом респіраторного здоров'я населення. *Публічне управління та місцеве самоврядування*. 2024. 2. С. 59-64. DOI: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2024-2-8>

Матеріали конференцій

8. Moiseeva L. Current issues of public administration in the field of pulmonology care in Ukraine. The XV international science conference «Trends in the development of practice and science», December 28 – 31, 2021, Oslo, Norway. 386 p. p. 153-155. DOI - 10.46299/ISG.2021.II.XV
9. Моїсеєва Л. Соціальні фактори громадського здоров'я як складова його відновлення. Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління: матеріали міжнар. круглого столу до Дня Незалежності України (Київ, 22 серп. 2022 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ: ННІ ПУДС КНУ, 2022. 272 с. С. 179-181. <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf>

10. Моїсеєва Л. Трансформація системи охорони здоров'я в Європейському Союзі: досвід для України. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України*: мат-ли XIX регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 16 червня 2022 р. https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/Material_conference_16_06_2022.pdf
11. Моїсеєва Л. Удосконалення публічного управління медичною сферою у воєнний час. *Наукова весна* : мат-ли XIII міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених. 1-3 березня 2023 р., НТУ «ДП» м. Дніпро. С.319-320.
12. Моїсеєва Л. Публічне управління формуванням медичної грамотності громад. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 257 с. С. 155-158. <https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/ConfDUMS-040523-270623.pdf>
13. Моїсеєва Л. Європейська політика у сфері боротьби з туберкульозом: досвід для України. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України*: мат-ли XX регіональної науково-практичної конференції. Дніпро, НТУ «ДП», 18 травня 2023 р. 86-88. <http://surl.li/lbdjt>
14. Моїсеєва Л. Ментальне здоров'я як складова громадського здоров'я: *Соціально-психологічні та правові аспекти протидії насильству в освітніх закладах*: мат-ли IV Всеукраїнського форуму (24 березня 2023 року). Дніпро. ДГУ. 146 с. С 46-50. <https://dgu.edu.ua/certificates/forum4/>
15. Моїсеєва Л. Удосконалення управління пульмонологічною допомогою на регіональному рівні. *Молодь: наука та інновації*: матеріали XI міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених. НТУ «ДП» м. Дніпро. 22-24 листопада. 2023. С.194-196
16. Моїсеєва Л. Концепція захисту респіраторного здоров'я населення громад. *Безпечна, комфортна та спроможна громада*: мат-ли Міжнародного форуму. Дніпро, НТУ «ДП», 11-13 жовтня 2023 р.

17. Моїсеєва Л. (2024). Надання пульмонологічної допомоги населенню громади як чинник підвищення її безпеки *Безпечна, комфортна та спроможна громада*: мат-ли Міжнародного форуму. Дніпро, НТУ «ДП», 16-18 жовтня 2024 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний технічний
університет
«Дніпровська політехніка»
Навчально-науковий інститут
державного управління



MINISTRY OF EDUCATION
AND SCIENCE OF UKRAINE

Dnipro University of Technology
Educational and Research
Institute of Public
Administration

30.12.2024 № 12-34/181

ДОВІДКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
Моїсеєвої Любові Володимирівни
«Публічне управління захистом респіраторного здоров'я
населення України», поданої на здобуття
наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»

Надана аспірантці кафедри державного управління і місцевого самоврядування Моїсеєвій Л.В. про те, що результати її дисертаційного дослідження на тему: «Публічне управління захистом респіраторного здоров'я населення України» були враховані під час вдосконалення навчально-методичного забезпечення освітніх програм, що реалізуються в Навчально-науковому інституті державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», а саме:

– в межах реалізації освітньо-професійної програми «Менеджмент в охороні здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 073 «Менеджмент» галузі знань 07 «Управління та адміністрування» до ОК «Стратегічна та проектна діяльність в системі охорони здоров'я» була запропонована тема «Стратегія захисту респіраторного здоров'я»;

– в межах реалізації освітньо-професійної програми «Соціальна та молодіжна робота» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти була запропонована тема «Заходи поширення культури здоров'язбереження в громадах».

Моїсеєва Л.В. також брала активну участь у розробленні навчально-методичних матеріалів до проведення лекцій, конференцій, круглих столів та тренінгів за програмами підвищення кваліфікації державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування, зокрема за тематикою публічного управління в сфері охорони здоров'я на основі зарубіжного досвіду та кращих практик.

В. о. директора навчально-наукового інституту
державного управління
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»



Ірина ЧИКАРЕНКО
Ірина ЧИКАРЕНКО



**ПАВЛОГРАДСЬКА МІСЬКА РАДА
ВІДДІЛ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

вул. Соборна, 115, м. Павлоград, Павлоградський район, Дніпропетровська обл., 51400,
e-mail: secretar.uoz@ukr.net Код ЄДРПОУ 26370125

№ 15/г

27.12.2024

**ДОВІДКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ
ДИСЕРТАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

Моїсєєвої Любові Володимирівни

«Публічне управління захистом респіраторного здоров'я населення України»
на здобуття наукового ступеню доктора філософії за спеціальністю
«281. Публічне управління та адміністрування».

Результати дисертаційного дослідження аспірантки кафедри державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка» Моїсєєвої Любові Володимирівни на тему: «Публічне управління захистом респіраторного здоров'я населення України» на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю «281. Публічне управління» впроваджуються в практичну діяльність відділом охорони здоров'я Павлоградської міської ради.

Запропоновані результати, висновки та результати дослідження щодо алгоритмів запобігання легенеvim хворобам населення промислових міст були враховані під час реалізації заходів охорони громадського здоров'я у 2024 році.

Начальник відділу
охорони здоров'я



Юлія ДЕЙНЕЖЕНКО

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»
Навчально-науковий інститут
державного управління



MINISTRY OF EDUCATION
AND SCIENCE OF UKRAINE
Dnipro University of Technology
Educational and Research
Institute of Public Administration

30.12.2024 № 12-34/182

ДОВІДКА про участь у науково-дослідних роботах

Видана **Моїсєвій Любові Володимирівні** – аспірантці 4 року навчання за освітньо-науковою програмою «Публічне управління та адміністрування», про те, що вона дійсно брала участь у виконанні науково-дослідних робіт (далі – НДР) кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», а саме:

– 01.03.2022 до 31.10.2023 – виконавець теми НДР «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні», номер державної реєстрації 0122U002375 (рішення кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка», протокол № 8 від 21.01.2022; затверджена Вченою радою університету 12.05.2022 р., протокол № 5);

– 01.03.2022 до 31.10.2023 – виконавець теми НДР «Цифрова трансформація публічного управління», номер державної реєстрації 0122U002236 (рішення кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка», протокол № 8 від 21.01.2022; затверджена Вченою радою університету 12.05.2022 р., протокол № 5).

Особистий внесок: наукове обґрунтування підходу та інструментів публічного управління захистом респіраторного здоров'я на регіональному рівні та розроблення методико-технологічного забезпечення їх реалізації. Результати дослідження також увійшли до наукових публікацій Моїсєвої Л.В., що готувалися під час виконання наукових тем.

В. о. директора
навчально-наукового інституту
державного управління
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»



Ірина ЧИКАРЕНКО