



# МІЖ ВІЙСЬКОВОЮ ТА ЦИВІЛЬНОЮ МЕДИЦИНОЮ:

дослідження шляху  
військовослужбовців  
з онкологічними захворюваннями



Принцип

**Автори:** Вікторія Подворчанська, Анна Прохорова

**Над дослідженням також працювали:** Павло Кирієнко, Євген Лисенко

**Редагування:** Аліна Денисенко

**Дизайн та верстка:** Ганна Волкова

Це дослідження стало можливим завдяки респондентам, які погодилися поділитися власним досвідом.

Висловлюємо подяку залученим експертам та експерткам, які допомогли з ревізією та коментуванням цього документа.

**Між військовою та цивільною медициною: дослідження шляху військовослужбовців з онкологічними захворюваннями – Київ, серпень 2024. – 70 с.**

.....



## **Принцип**

Правозахисний центр для військовослужбовців «Принцип» – це громадська організація, заснована у 2023 році для правового захисту військовослужбовців та ветеранів. Наша пріоритетна ціль – це захист гідності військового та прозорість процесів на його шляху. Для цього ми працюємо за напрямками: правової просвіти військових та ветеранів, їхніх близьких про наявні механізми та можливості під час лікування та реабілітації; аналітичної роботи для напрацювання системних рішень у реформуванні системи; адвокації змін в цій системі у співпраці з органами влади.

Сайт: [pryncyp.com](http://pryncyp.com)

Facebook: [fb.com/pryncypua](https://fb.com/pryncypua)

Instagram: [pryncyp.ua](https://pryncyp.ua)

Twitter: [pryncyp\\_ua](https://pryncyp.ua)

# Зміст

<b>ВСТУП</b>	<b>6</b>
.....	
<b>1. КОНТЕКСТ</b>	<b>8</b>
1.1. Рак: тягар для світу та України	9
1.2. Рак та військова служба: міжнародні дослідження	10
1.3. Рак та військова служба: українська статистика та тенденції	12
1.4. Пізня діагностика раку та її вплив на військовослужбовців	14
.....	
<b>2. ВИЗНАЧЕННЯ ПРИДАТНОСТІ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ</b>	<b>16</b>
2.1. Україна	17
2.2. США	18
2.3. Велика Британія	19
2.4. Проблемні питання	20
.....	
<b>3. ЦИВІЛЬНА СИСТЕМА ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ</b>	<b>24</b>
3.1. Організація та фінансування	25
3.2. Проблеми та виклики	28
3.2.1. Недостатня координація медичної допомоги	28
3.2.2. Фінансовий тягар для пацієнтів	29
3.2.3. Брак інформаційної підтримки пацієнтів	31

<b>4. ОСОБЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ОНКОЗАХВОРЮВАННЯМИ</b>	<b>34</b>
4.1. Права військовослужбовців та ветеранів з онкозахворюваннями	35
4.2. Диспансеризація та періодична оцінка стану здоров'я	36
4.3. Направлення на діагностику та лікування	39
4.4. Доступ до медичної допомоги та взаємодія між ЗОЗ, що її надають	42
4.5. Інші формальні вимоги у зв'язку з лікуванням	45
4.6. Маршрути військовослужбовців з онкозахворюваннями	45
4.7. Координація системи: приклад Великої Британії	48
4.8. Посилення координації системи в Україні: думки учасників дослідження	49
.....	
<b>5. ВИТРАТИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ОНКОЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ІНФОРМАЦІЙНІ ПОТРЕБИ</b>	<b>52</b>
5.1. Витрати на діагностику та лікування	53
5.2. Проінформованість	56
.....	
<b>6. ВСТАНОВЛЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ОНКОЗАХВОРЮВАННЯ З ВІЙСЬКОВОЮ СЛУЖБОЮ ТА ГРОШОВІ ВИПЛАТИ</b>	<b>58</b>
.....	
<b>ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>	<b>64</b>
<b>ДОДАТОК</b>	<b>68</b>

# ТАБЛИЦЯ СКОРОЧЕНЬ

<b>ВЛК</b>	Військово-лікарська комісія
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ГВКГ</b>	Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»
<b>Держспецзв'язок</b>	Державна служба спеціального зв'язку та захисту інформації
<b>ЄС</b>	Європейський Союз
<b>ЕСОЗ</b>	Електронна система охорони здоров'я
<b>ЗОЗ</b>	Заклад охорони здоров'я
<b>ЗСУ</b>	Збройні сили України
<b>КМУ</b>	Кабінет Міністрів України
<b>КТ</b>	Комп'ютерна томографія
<b>МВС</b>	Міністерство внутрішніх справ
<b>МЗУ</b>	Державне підприємство «Медичні закупівлі України»
<b>МКХ-10</b>	Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду
<b>МО</b>	Міністерство оборони
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я
<b>МРТ</b>	Магнітно-резонансна томографія
<b>МСЕК</b>	Медико-соціальна експертна комісія
<b>НАЗК</b>	Національне агентство з питань запобігання корупції
<b>НАТО</b>	Організація Північноатлантичного договору
<b>НСЗ ВБ</b>	Національна служба здоров'я Великої Британії
<b>НСЗУ</b>	Національна служба здоров'я України
<b>Пап-тест</b>	Мазок Папаніколау - процедура, яка видаляє невеликий шар клітин з поверхні шийки матки з метою подальшого дослідження нормальних та змінених хворобою клітин для виявлення, діагностики інфекцій, наслідків аномальної гормональної активності, а також передракових або ракових уражень клітин
<b>ПЕТ</b>	Позитронно-емісійна томографія
<b>ПМГ</b>	Програма медичних гарантій
<b>СБУ</b>	Служба безпеки України
<b>СЗРУ</b>	Служба зовнішньої розвідки України
<b>ТЦК та СП</b>	Територіальний центр комплектування та соціальної підтримки

**Примітка редактора.** У тексті ви побачите словосполучення «лікуючий лікар», яке не відповідає нормам Українського правопису. Проте саме такий термін фігурує в українському законодавстві, тож ми його залишили для уникнення різночитання.

# Вступ

Рак є викликом для суспільства, громадського здоров'я та економіки нашої держави. В Україні він входить до трійки основних причин смертності<sup>1</sup>. Понад мільйон українців живуть з онкологічними діагнозами<sup>2</sup>. Серед них є і військові, більшість з яких ще донедавна були цивільними громадянами.

Зрозуміло, що через війну пріоритетом в системі охорони здоров'я військовослужбовців є її вимушений фокус на лікуванні та реабілітації поранених. Однак тягар раку також є так само актуальним для військовослужбовців, як і для цивільного населення.

Зважаючи на необхідність збільшення складу Сил Оборони, перед державою постала низка складних питань. Чи повинні українці з онкологічними захворюваннями нести військову службу? Яким чином забезпечити належну медичну допомогу військовослужбовцям, які мають діагностоване онкозахворювання або дізнаються про нього, будучи у війську? На яку підтримку вони можуть розраховувати після звільнення зі служби?

В Україні запроваджено єдиний медичний простір, який об'єднує ресурси «цивільної» та «військової» систем охорони здоров'я для забезпечення доступності, якості та ефективності медичної допомоги всім громадянам, серед них – і військовослужбовцям. Воєнно-медична доктрина України декларує, що під час воєнного стану медичне забезпечення військовослужбовців має здійснюватися в об-

сягах, що максимально відповідають основним вимогам мирного часу. Змінюється лише його організація<sup>3</sup>.

Проте маршрути цивільних пацієнтів та військовослужбовців з онкозахворюваннями все ж відрізняються. Для військовослужбовців з онкозахворюванням або підозрою на нього точкою першого контакту зазвичай є військова медична система. А спеціалізована діагностика та лікування раку переважно здійснюються в онкологічних центрах та інших закладах системи охорони здоров'я цивільного населення. Отже, військовослужбовці опиняються на стику «військової» та «цивільної» медицини і проходять «шлях» між ними.

Наш аналітичний звіт розглядає шлях військовослужбовців з онкозахворюваннями в єдиному медичному просторі та проблеми, з якими вони зіштовхуються під час служби та після звільнення з неї. Звіт спирається на результати кабінетного дослідження, під час якого ми вивчали як систему України, так і міжнародний досвід. Також для підготовки цього звіту ми використовували емпіричні дані, отримані методом напівструктурованих глибинних інтерв'ю.

Відбір респондентів відбувся після заповнення анкети для участі у дослідженні, яка поширювалась через соцмережі «Принципу», а також реферальним методом. Учасники надали усну інформовану згоду на інтерв'ю та його аудіозапис. Персональні дані респондентів були знеособлені (ок-

1 - МОЗ (2023). Щорічний звіт про стан здоров'я населення та епідемічну ситуацію за 2022 рік. <https://t.ly/T15UL>.

2 - Національний канцер-реєстр (2024): Онкоепідеміологічна ситуація і стан організації онкологічної допомоги в Україні в 2022-2023 роках. [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_25/PDF/oglyad\\_25.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/oglyad_25.pdf).

3 - Воєнно-медична доктрина України, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 910 від 31.10.2018.

➔ Участь в інтерв'ю

**5** чинних або колишніх військовослужбовців(-иць) з онкозахворюваннями та 1 дружина такого військовослужбовця. Онкологічні діагнози серед респондентів охоплювали (як названо самими респондентами): неходжкінську лімфому, карциному молочної залози, гастроінтестинальну стромальну пухлину, хондросаркому та гліобластому



рім лікарів ГВКГ, які висловили побажання, аби їхні імена фігурували у дослідженні); обробку та збереження даних ми здійснювали із забезпеченням конфіденційності.

Наше емпіричне дослідження є якісним, відповідно його результати не можуть бути статистично репрезентативними. Обмеженням дослідження також є мала вибірка, що не є достатньою для виокремлення проблематики, специфічної для різних типів раку. Ми також усвідомлюємо, що лікарі та начальники медичних служб, які зголосились на інтерв'ю, є небайдужими до історій військовослужбовців з онкозахворюваннями та були зацікавлені нам допомогти. Ми описуємо спектр думок та досвіду наших учасників, який може бути відмінним у тих, з ким ми не спілкувались. Водночас наші інтерв'ю виявили спільні теми, які узгоджуються з висновками кабінетного дослідження. Саме на цих питаннях ми зосереджуємося в цьому звіті.

Хоча наш звіт фокусується на військовослужбовцях, він також порушує загальні проблеми, що є притаманними для системи онкологічної допомоги та такими, що впливають на пацієнтську спільноту України. Щобільше, питання, які ми розглядаємо в контексті онкозахворювань (зокрема щодо взаємодії військової та цивільної ланок єдиного медичного простору та грошової допомоги у зв'язку з інвалідністю), також можуть бути актуальними для інших груп хвороб. Продовження війни та зниження порогів придатності до військової служби невідворотно призводитиме до накопичення медичних потреб військовослужбовців та ветеранів поза межами травм, отриманих внаслідок бойових дій. Держава повинна мати стратегічну візію, щоб гідно відповісти на цей виклик. Ми сподіваємось, що цей звіт стане внеском в доказову базу, яка сприятиме ухваленню відповідних рішень.

# КОНТЕКСТ



## 1.1. Рак: тягар для світу та України

В середньому у світі у кожної п'ятої людини протягом життя розвивається рак. Кожен дев'ятий чоловік та кожна дванадцята жінка помирає від нього. Прогнозується, що до 2050 року щорічна кількість нових випадків захворювання на рак може збільшитися на чверть в Європі та на 77% у глобальному вимірі<sup>4</sup>.

У 2019 році 139 тисячам українців діагностували рак; для 61 тисячі він був летальним<sup>5</sup>. З того часу на онкологічну статистику суттєво впливали пандемія COVID-19, військові дії, часткова окупація територій та міграція. У 2023 році Україна зафіксувала 110 тисяч нових випадків онкозахворювань та 42 тисячі смертей. Ці знижені показники не свідчать про покращення здоров'я населення, а скоріше вказують на демографічні зміни в країні та прогалини в статистичних даних<sup>6</sup>.

За оцінками Глобальної обсерваторії раку, рівень захворюваності на рак в Україні є суттєво нижчим за середній в Європі<sup>7</sup>. Ця нібито позитивна тенденція потенційно приховує системні проблеми у виявленні та діагностиці онкологічних хвороб. У більш ніж половини пацієнтів рак діагностують на пізніх (III-IV) стадіях, коли залишається менше шансів на успішне лікування. Кожен четвертий не проживає і року після встановлення діагнозу<sup>8</sup>.

Через обмеженість статистики поточну смертність від раку серед українців неможливо достовірно порівняти з даними інших країн. Однак до повномасштабного вторгнення цей показник був одним з найвищих в Європі<sup>9</sup>.

Рак чинить значне фінансове навантаження на системи охорони здоров'я та населення в усьому світі. Дослідження ВООЗ демонструє, що лише 39% країн гарантують населенню базовий набір послуг з раннього виявлення, діагностики та лікування раку<sup>10</sup>. В країнах з низьким та середнім рівнем доходу витрати пацієнтів та їхніх сімей на онкологічну допомогу можуть перевищувати 40% їх річних доходів<sup>11</sup>. У 2018 році країни ЄС виділяли на онкологічну допомогу приблизно 4-7% своїх загальних бюджетів на охорону здоров'я. В абсолютних цифрах це фінансування суттєво варіювалося від 294 євро на душу населення в Люксембурзі до 70 євро в Румунії (з урахуванням паритету купівельної спроможності)<sup>12</sup>. Подібні розрахунки відсутні для України. Однак сукупні державні витрати на охорону здоров'я на душу населення є суттєво нижчими в Україні ніж в країнах ЄС<sup>13</sup>. Тож ресурси держави для фінансування онкологічної допомоги є також обмеженими.

4 - Bray F, Laversanne M., Sung H. et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.

5 - Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й. та ін. (2021). Рак в Україні, 2019-2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_22/PDF/BULL\\_22.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/BULL_22.pdf).

6 - Національний канцер-реєстр (2024): Онкоепідеміологічна ситуація і стан організації онкологічної допомоги в Україні в 2022-2023 роках. [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_25/PDF/oglyad\\_25.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/oglyad_25.pdf).

7 - Ferlay J., Ervik M., Lam F., et al. (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today>.

8 - Національний канцер-реєстр (2024): Онкоепідеміологічна ситуація і стан організації онкологічної допомоги в Україні в 2022-2023 роках. [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_25/PDF/oglyad\\_25.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/PDF/oglyad_25.pdf).

9 - European Association of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) (2022). The Impact of the War in Ukraine on Oncology Patients. Overview and Recommendations for European and Ukrainian Health Authorities and Policymakers. [https://www.efpia.eu/media/677308/efpia-the-impact-of-the-war-in-ukraine-on-oncology-patients\\_final.pdf](https://www.efpia.eu/media/677308/efpia-the-impact-of-the-war-in-ukraine-on-oncology-patients_final.pdf).

10 - World Health Organization (2024). WHO global survey on the inclusion of cancer care in health-benefit packages, 2020-2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375828/9789240088504-eng.pdf?sequence=1>.

11 - Iragorri N., Fitzgerald N. & Essue B. (2021). The Out-of-Pocket Cost Burden of Cancer Care—A Systematic Literature Review. Current Oncology, 28(2), 1216-1248. <https://doi.org/10.3390/curroncol28020117>.

12 - Pousette A., Hofmarcher T. (2024). Tackling inequalities in cancer care in the European Union. <https://efpia.eu/media/cnygyfwo/tackling-inequalities-in-cancer-care-in-the-european-union.pdf>.

13 - World Bank (2024). Current health expenditure per capita (current US\$) – European Union, Ukraine. 2021 data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=EU-UA>.

## 1.2. Рак та військова служба: міжнародні дослідження

Доказова база щодо онкологічних захворювань серед військовослужбовців та ветеранів є суперечливою. Низка досліджень в США<sup>14-15</sup>, Канаді<sup>16</sup> та Великій Британії<sup>17</sup> демонструє, що чинні та колишні військові хворіють та помирають від раку з частотою, подібною до загального населення або рідше за нього. Однак фіксуються і зворотні тенденції за окремими хворобами та групами.

Наприклад, нещодавнє дослідження в США з'ясувало, що рядовий склад військовослужбовців та ветеранів має майже втричі вищий ризик смертності від раку легень, порівняно з офіцерами. Така розбіжність потенційно може бути пов'язана зі схильністю до куріння серед рядового складу та виконанням завдань, що вимагають взаємодії зі шкідливими факторами навколишнього середовища<sup>18</sup>. Загалом куріння є визнаним фактором ризику розвитку раку легень для військовослужбовців. У США до 40% військовослужбовців палять, порівняно з 14% серед цивільних. Схильність до куріння збільшується у разі залучення до бойових операцій<sup>19</sup>.

Відомо, що під час служби військові можуть піддаватися впливу небезпечних факторів канцерогенного

характеру. До них з-поміж інших належать йонізівне та електромагнітне випромінювання, хімічні речовини, азбест, дим від ям для спалювання сміття (burn pits) та інші чинники забруднення повітря.<sup>20-21</sup> Відомим прикладом є пестицид Agent Orange, який використовувався американськими військовими під час війни у В'єтнамі. Зараз він асоціюється з декількома онкозахворюваннями, включаючи лейкемію<sup>22</sup>. Дослідження у США виявило суттєво підвищені рівні захворюваності на рак серед військових льотчиків та допоміжного авіаційного персоналу. Порівняно з загальним населенням, персонал повітряних екіпажів мав на 87% вищу захворюваність на меланому, 39% на рак щитовидної залози, 16% на рак простати та 24% по всіх локалізаціях. Причини такої динаміки поки що вивчаються, хоча є гіпотеза, що цьому могло сприяти електромагнітне випромінювання<sup>23</sup>.

Встановлення зв'язку між специфічними для військової служби шкідливими факторами навколишнього середовища та розвитком раку є непростим завданням. Навіть фіксація контакту з такими чинниками та масштабу їхнього впливу є викликом

14 - Rolland-Harris E., Simkus K., Weeks M. (2019). Burden of Cancer Mortality in the Canadian Armed Forces, 1976-2012: A Retrospective Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 28(8):1364-1369. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0215>.

15 - Jester D. J., Assefa M. T., Grewal D. K. et al. (2024). Military environmental exposures and risk of breast cancer in active-duty personnel and veterans: A scoping review. *Frontiers in Oncology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1356001>.

16 - Mahar A. L., Aiken A. B., Cramm H. et al. (2022). Cancer incidence among Canadian Veterans: A matched cohort study. *Cancer Epidemiology*, 79, 102199. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2022.102199>.

Lovejoy L. A., Shriver C. D., Ellsworth R. E. (2024). Cancer Incidence and Etiology in the Active Duty Population of U.S. Military. *Military Medicine*, 189(1-2), e58-e65. <https://doi.org/10.1093/milmed/usac297>.

17 - UK Ministry of Defense (2016) 1990/1991 Gulf Conflict UK Gulf Veterans Mortality Data: Causes of Death. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/517240/20160125-Gulf\\_March16\\_REVISIED\\_O.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/517240/20160125-Gulf_March16_REVISIED_O.pdf).

18 - Sharifian N., Carey F.R., Seay J.S., et al. for the Millennium Cohort Study Team (2023). Risk and Protective Factors for Cancer Mortality among United States Service Members and Veterans (2001-2018). *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 32 (5): 606-616. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-22-0943>.

19 - U.S. Department of Defense - Congressionally Directed Research Programs (2024). Lung Cancer. <https://cdmrp.health.mil/lcrp/default>.

20 - Rolland-Harris E., Simkus K., Weeks M. (2019). Burden of Cancer Mortality in the Canadian Armed Forces, 1976-2012: A Retrospective Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 28(8):1364-1369. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0215>.

21 - Jester D. J., Assefa M. T., Grewal D. K. et al. (2024). Military environmental exposures and risk of breast cancer in active-duty personnel and veterans: A scoping review. *Frontiers in Oncology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1356001>.

22 - American Cancer Society (2023). Agent Orange and Cancer Risk. <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/chemicals/agent-orange-and-cancer.html>.

23 - U.S. Department of Defense (2023). Phase 1a - Study on the Incidence of Cancer Diagnosis and Mortality among Military Aviators and Aviation Support Personnel. <https://www.airandspaceforces.com/app/uploads/2023/03/MACSWG-Study-1.pdf>.

в умовах воєнних дій<sup>24</sup>. Щобільше, наслідки впливу можуть бути суттєво відкладеними у часі. Період розвитку деяких солідних пухлин може перевищувати 20 років<sup>25</sup>. Симптоми захворювань, пов'язаних з азбестом, часто не проявляються 20-50 років<sup>26</sup>. Департамент у справах ветеранів США визначає перелік станів, для яких зв'язок з військовою службою презюмується на основні наявної обмеженої доказової бази. Він охоплює низку онкозахворювань в прив'язці до шкідливих факторів (таких як спалювальні ями, Agent Orange, радіація) та місць служби<sup>27</sup>.

Актуальність результатів міжнародних досліджень для України є обмеженою. Часто вони охоплюють невеликі групи (такі як учасники воєнних дій у В'єтнамі або Південно-Східній Азії) та/або фокусуються на окремих військових спеціальностях та нозологіях раку. Крім того, більшість досліджень здійснювалися в країнах з високим рівнем доходу та контрактною армією, де на них впливає «ефект здорового солдата». Там військовослужбовці переважно є здоровим населенням зі зниженими загальними факторами ризиками розвитку раку та смертності від нього (наприклад, вік до 40 років, відсутність ожиріння

тощо). Це досягається завдяки оцінці медичного стану та функціональних можливостей військовослужбовців на етапах відбору на службу та направлення на військові операції. Також військовослужбовці зазвичай мають швидкий та спрощений доступ до періодичних медичних оглядів і програм онкологічного скринінгу, які дозволяють виявляти рак на ранніх стадіях.<sup>28-29</sup> Як далі демонструє наш звіт, ситуація в Україні є суттєво відмінною.

Важливим висновком з аналізу міжнародного досвіду є те, що країни НАТО визнають вагомість систем нагляду за здоров'ям військовослужбовців – як щодо онкологічних, так і інших захворювань. В ідеалі такі системи мають бути комплексними та інтегрувати дані, починаючи з медичної історії до служби, її розвитку протягом служби та довгостроково після неї, з фіксацією та подальшим дослідженням впливу шкідливих факторів. Необхідність таких комплексних систем актуалізувалась після війн у Перській затоці та колишній Соціалістичній Федеративній Республіці Югославія коли прогалини в обліку ускладнили подальше розслідування наслідків цих операцій для здоров'я їхніх учасників<sup>30</sup>.

24 - Chretien P., Chretien K. C. & Pavlin J. A. (2016). Long-term Health Consequences of Military Service: A Proposal to Strengthen Surveillance and Research. *Public Health Reports*, 131(6), 834-838. <https://doi.org/10.1177/0033354916669342>.

25 - NATO & RTA (2004). NATO Medical Surveillance and Response, Research and Technology Opportunities and Options. [www.sto.nato.int/2Fpublications%2FSTO%2520Meeting%2520Proceedings%2FRTO-MP-HFM-108%2FMP-HFM-108-%24%24ALL.pdf&psig=AOvVaw3-AEI\\_f59hK6kLo7aF-zmq&ust=1718020043004000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAcQrpoMahcKEwi479n\\_uc6GAxUAAAAAHQAAAAQBA](http://www.sto.nato.int/2Fpublications%2FSTO%2520Meeting%2520Proceedings%2FRTO-MP-HFM-108%2FMP-HFM-108-%24%24ALL.pdf&psig=AOvVaw3-AEI_f59hK6kLo7aF-zmq&ust=1718020043004000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAcQrpoMahcKEwi479n_uc6GAxUAAAAAHQAAAAQBA).

26 - U.S. Department of Veteran Affairs – Public Health – Military Exposures – Asbestos. <https://www.publichealth.va.gov/exposures/asbestos/index.asp>.

27 - U.S. Department of Veteran Affairs – Public Health – Military Exposures. <https://www.publichealth.va.gov/exposures/>

28 - Rolland-Harris E., Simkus K., Weeks M. (2019). Burden of Cancer Mortality in the Canadian Armed Forces, 1976-2012: A Retrospective Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 28(8):1364-1369. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0215>.

29 - Jester D. J., Assefa M. T., Grewal D. K. et al. (2024). Military environmental exposures and risk of breast cancer in active-duty personnel and veterans: A scoping review. *Frontiers in Oncology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1356001>.

30 - Capleton A.C., Wickramatillake H., Rushton L. (2004). Health Surveillance Mechanisms Used by Armed Forces Worldwide. *Mil Med*. 169(12):1005-10. doi: 10.7205/milmed.169.12.1005. PMID: 15646196.

### 1.3. Рак та військова служба: українська статистика та тенденції

Україна не має окремої статистики щодо захворюваності та смертності від раку серед військовослужбовців та ветеранів. Базуючись на інформації, наданій у відповідь на наші запити до різних відомств, щонайменше 1000 осіб з онкозахворюваннями проходять службу в Силах Оборони.

Близько 1300 військовослужбовців були визнані непридатними через такі захворювання за період 2022-2023 роки (більшість з виключенням з військового обліку). В таблиці нижче наведені обмежені дані, які нам вдалось отримати:



Таблиця 1: Дані щодо кількості військовослужбовців з онкологічними захворюваннями.

	Кількість військовослужбовців з онкологічними захворюваннями		
	На обліку станом на березень 2024 року	Визнані непридатними за 2022-2023 роки	
		з виключенням з військового обліку	з переоглядом через 6-12 місяців
Збройні сили України	760	1078	117
Національна гвардія	257*	94	
Держспецзв'язок	34	2	
Служба зовнішньої розвідки	18	1	
<b>Всього</b>	<b>1069</b>	<b>1292</b>	

\* - Нові випадки за 2022-2023 роки, кількість на обліку може суттєво відрізнятись.

На жаль, немає впевненості, що наведена вище інформація є повною. Жодне відомство не змогло повідомити нам кількість ветеранів з онкологічними діагнозами.

На думку цивільних та військових лікарів (Респонденти 11, 12, 13, 14), які брали участь у нашому дослідженні, наразі не простежуються тенденції онкологічної захворюваності, які притаманні суто військовослужбовцям. Очевидним фактором ризику є поширене у війську куріння. Вплив же шкідливих чинників, специфічних для воєнних дій, може проявлятися з плином років. Відповідно, військовослужбовці, а згодом і ветерани, потре-

буватимуть особливої уваги медичної системи:



«Є чіткі фактори, які визивають онкологічні захворювання. 10-15% – це спадковий рак, рак легені визиває паління, це вже доказано. Так, канцерогени хімічні сприяють розвитку онкологічних захворювань, але це не за рік, не за два, не за три, а це тривала дія» (Одарченко Сергій Петрович, провідний хірург військового шпиталю, клінічний онколог, онкохірург вищої категорії, кандидат медичних наук, доцент кафедри онкології)

● «Онкологічна захворюваність зростає, особливо серед ветеранів. Ми маємо бути до цього готові. Це є фактори середовища, це вдихання пилу якогось, робота з матеріалами паливно-мастильними, в тому числі, які торкаються до шкіри, які можуть бути канцерогенними. Це часто й не доступ до медичного забезпечення. Передбачаю, що у військовослужбовців, можливо, будуть наявні запущені якісь пухлини, це варто відмітити. До цього ми маємо бути готові.» **(Респондент 10, начальник медичного пункту)**

Ми сподіваємося, що питання системного обліку захворюваності та смертності серед військовослужбовців та ветеранів (як щодо онкологічних, так і інших груп захворювань) буде вирішено державою. Хоча дослідження впливу військової служби на розвиток раку та інших хвороб можливо не будуть найближчим пріоритетом для України, досвід країн НАТО вказує на необхідність вчасного формування достовірних даних для їх подальшого проведення.

## 1.4. Пізня діагностика раку та її вплив на військовослужбовців

Наше емпіричне дослідження демонструє, що у війську сьогодні опинилось багато людей, які не проходили якісних діагностичних обстежень до термінової мобілізації. Відповідно, їхні раніше не виявлені проблеми зі здоров'ям актуалізуються під час військової служби. З іншого боку, деякі військові, які воюють третій рік і не мають права на демобілізацію, почали більш ретельно обстежуватись і знаходити у себе пухлини, про які б за звичайних умов, імовірно, не дізнались.

Потрапляння до війська людей з невиявленими онкозахворюваннями є суттєвою мірою проявом системної проблеми пізньої діагностики раку в Україні. Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року<sup>31</sup> та інші джерела<sup>32</sup> пов'язують її з низькою обізнаністю населення про симптоми раку, недостатнім рівнем доступу до своєчасної діагностики та відсутністю зрозумілих для пацієнта з симптомами маршрутів в системі.

У світовій практиці розділяють поняття **ранньої діагностики** раку та онкологічного скринінгу. Рання діагностика спрямована на виявлення раку у пацієнтів, які мають симптоми. **Скринінг** передбачає пошук передракових станів та ще не визначених стадій раку у здорових людей без скарг<sup>33</sup>. Своєю чергою скринінг поділяється на популяційний та опортуністичний. Програми **популяційного скринінгу** розробляються та управ-

ляються централізовано, щоб охопити більшість населення з груп ризику (наприклад, за критеріями віку, статі). В програмі має бути механізм ідентифікації людей, які відповідають критеріям скринінгу, та направлення їм запрошень його пройти. Популяційний скринінг вимагає суттєвих інвестицій в інфраструктуру, навчання, інформаційні системи та систему забезпечення якості. **Опортуністичний скринінг** відрізняється від популяційного тим, що пацієнтам з груп ризику його пропонує пройти лікар під час рутинної медичної консультації. Альтернативно люди можуть за власною ініціативою звертатись за ним в ЗОЗ<sup>34</sup>.

Враховуючи євроінтеграційні прагнення України, зазначимо, що на рівні політик ЄС заохочуються програми **популяційного онкологічного скринінгу**. Зокрема, Європейська Комісія задекларувала мету, щоб до 2025 року скринінг раку молочної залози, колоректального раку та раку шийки матки пропонувався 90% населення держав-членів ЄС, яке підпадає під доказові стандарти такого скринінгу. Також Рада ЄС пропонує поступово впроваджувати популяційний скринінг для деяких обмежених груп населення з підвищеними ризиками розвитку раку легень, простати та шлунку<sup>35</sup>. Програми **популяційного скринінгу** є складними, дорогими й в Україні відсутні, хоча є ініціативи **МОЗ щодо їхнього запровадження**<sup>36</sup>.

31 - Затверджена Розпорядженням КМУ №730-р від 2.08.2024 року. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-natsionalnoi-stratehii-kontroliu-zloiakisnykh-novoutvoren-na-period-do-2030-roku-ta-t20824>.

32 - eirhub (2022). White Paper. Cancer Care System in Ukraine. Current Status, Impact of War, Further Development. [https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology\\_care\\_system\\_in\\_ukraine-white\\_paper](https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology_care_system_in_ukraine-white_paper).

33 - МОЗ (2017). Діагностика раку на ранніх стадіях. Інструкція. <https://moz.gov.ua/uk/diagnostika-raku-na-rannih-stadijah-instrukcija>.

34 - International Agency on Cancer Research (WHO). CanScreen5 – Glossary and Definitions. <https://canscreen5.iarc.fr/?page=help>.

35 - European Parliament (2024). Council Recommendation on Cancer Screening (Update) – Q3 2022. <https://www.europarl.europa.eu/legislative-train/carriage/cancer-screening/report?sid=8101>.

36 - Проект Наказу МОЗ «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику та з передпухлинною патологією». [https://moz.gov.ua/uk/povidomlennya-pro-oprilyudnennya-ministerstvom-ohoroni-zdorovya-ukrayini-na-gromadske-obgovorennya-proponuyetsya-proekt-nakazu-pro-zabezpechennya-skriningu-i-rannoyi-diagnostiki-okremih-vidiv-raku-ta-monitoringu-stanu?fbclid=IwZXh0bGhZM0CMTAAAR0oFMxj-BWUW2CBExht\\_IVbiWnChKRYyBd-UCSyKEIXH448ZI7W-at1\\_Fy-Q\\_aem\\_aLApZMfD8t8xkAJfeBEHBA](https://moz.gov.ua/uk/povidomlennya-pro-oprilyudnennya-ministerstvom-ohoroni-zdorovya-ukrayini-na-gromadske-obgovorennya-proponuyetsya-proekt-nakazu-pro-zabezpechennya-skriningu-i-rannoyi-diagnostiki-okremih-vidiv-raku-ta-monitoringu-stanu?fbclid=IwZXh0bGhZM0CMTAAAR0oFMxj-BWUW2CBExht_IVbiWnChKRYyBd-UCSyKEIXH448ZI7W-at1_Fy-Q_aem_aLApZMfD8t8xkAJfeBEHBA).

Україна також не має деяких поширених в ЄС програм, спрямованих на **запобігання розиткові раку**. Наприклад, Європейський план з подолання раку (Europe's Beating Cancer Plan) передбачає, що до 2030 року 90% молодих жінок в ЄС мають бути вакциновані від вірусу папіломи людини, що суттєво зменшує ризик розвитку раку шийки матки<sup>37</sup>. Україна поки що не запровадила таку вакцинацію на національному рівні, на відміну від 25 країн ЄС<sup>38</sup>.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) фінансує амбулаторні обстеження за направленнями цивільних лікарів при наявності у пацієнтів симптомів раку. Також вона виділяє цільове фінансування на шість пріоритетних діагностичних обстежень для **раннього виявлення** онкозахворювань. Для них застосовується критерій віку пацієнтів – понад 40 років для маммографії та колоноскопії та понад 50 років для гастроскопії, гістероскопії, цистоскопії та бронхоскопії<sup>39</sup>. З огляду на визначення цільової вікової групи, ці програми мають певні ознаки **опортуністичного скринінгу**.

Однак їхнє наповнення (як в частині критеріїв, так і самих діагностичних обстежень) відрізняється від скринінгових рекомендацій ЄС. За деякими оцінками, ефективність цих програм не підтверджується чіткою доказовою базою<sup>40</sup>.

Загалом українці недостатньо знають про мету і доступність профілактичних діагностичних обстежень і тому не часто звертаються по них. Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року визначає підвищення рівня виявлення онкозахворювань на ранній стадії як одну зі своїх стратегічних цілей. Однак поки що державні інструменти, спрямовані на попередження та раннє виявлення онкохвороб, є обмеженими та не конвертувались в покращення статистичних показників<sup>41</sup>.

Якщо рак вчасно не виявляється у громадян «в цивільному житті» та далі проявляє себе під час військової служби, то доступ до його діагностики та лікування ускладнюється. Це буде детально розглянуто далі у цьому звіті.

37 - European Commission (2024). Commission recommends new measures on vaccine-preventable cancers under Europe's Beating Cancer Plan. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_24\\_519](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_24_519).

38 - European Cancer Organisation. Action Area 1: HPV Prevention via Gender Neutral Vaccination Programs. <https://www.europeancancer.org/content/hpv-action-area-1-hpv-prevention-via-gender-neutral-vaccination-programmes.html#:~:text=25%20EU%20countries%20now%20provide,HPV%20vaccination%20programmes%20for%20girls>.

39 - НСЗУ (2024). Вимоги ПМГ 2024. <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2024-1699952970/vimogi-pmg-2024>.

40 - EFPIA (2022). The Impact of the War in Ukraine on Oncology Patients. Overview and Recommendations for European and Ukrainian Health Authorities and Policymakers. [https://www.efpia.eu/media/677308/efpia-the-impact-of-the-war-in-ukraine-on-oncology-patients\\_final.pdf](https://www.efpia.eu/media/677308/efpia-the-impact-of-the-war-in-ukraine-on-oncology-patients_final.pdf).

41 - eirhub (2022). White Paper. Cancer Care System in Ukraine. Current Status, Impact of War, Further Development. [https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology\\_care\\_system\\_in\\_ukraine-white\\_paper](https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology_care_system_in_ukraine-white_paper).

# ВИЗНАЧЕННЯ ПРИДАТНОСТІ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ



## 2.1. Україна<sup>42</sup>

---

В Україні рішення про придатність/непридатність до військової служби ухвалюють військово-лікарські комісії (ВЛК). ВЛК керуються затвердженим Міністерством оборони України (МО) розкладом хвороб, який містить окремий розділ щодо злоякісних новоутворень. Положення цього розділу систематизовані в Додатку 1 до цього звіту.

**Наявність онкозахворювань або історії онкозахворювань не дорівнює непридатності до військової служби. Непридатними з виключенням з військового обліку мають визнаватись особи з найбільш агресивними проявами раку – наприклад, за наявності віддалених метастазів або рецидивом захворювання після раніше проведеного лікування. Придатними можуть бути визнані ті, хто має 5 років ремісії (для контрактників можливо і до 5 років, за відсутності рецидиву та значного порушення функцій). Також існує проміжна категорія, для якої ВЛК може встановити **придатність до служби у небойових підрозділах**<sup>43</sup>. До неї серед інших належать онкопациєнти після успішного протипухлинного лікування (хірургічної операції, хіміотерапії, променевої терапії). На час самого лікування або одразу після нього ВЛК може присвоювати статус «**тимчасово непридатний**» (для військовозобов'язаних) або «**непридатний з переоглядом через 6-12 місяців**» (для військовослужбовців), що передбачає переогляд після визначеного ВЛК строку<sup>44</sup>.**

Медичний огляд призовників мають здійснювати хірург, терапевт (сімейний лікар), невропатолог, психіатр, офтальмолог, отоларинголог, стоматолог та дерматовенеролог. Перед медичним оглядом призовникам проводяться у тому числі загальні аналізи крові та сечі, рентгенологічне обстеження органів грудної клітини та електрокардіографічне дослідження. Також ВЛК повинна вивчати медичні документи призовників, такі як виписки з медичних карт, дані лікарського спостереження, результати попередніх медичних оглядів, медичні характеристики, у тому числі з реєстрів ЕСОЗ. Призовники можуть надавати власні документи щодо стану свого здоров'я, які мають бути враховані ВЛК. За потреби, ВЛК може направляти їх на додаткові обстеження та/або огляд профільних спеціалістів<sup>45</sup>.

Якщо онкозахворювання виявляється у чинних військовослужбовців, ВЛК у разі визначення ступеня їхньої придатності має досліджувати медичну документацію, у тому числі щодо встановлених діагнозів та обстежень/лікування. Медичний огляд військовослужбовців мають здійснювати хірург, терапевт, невропатолог, офтальмолог, оториноларинголог, для жінок – також гінеколог. Обов'язково виконуються ті самі дослідження, що зазначені вище для призовників. Потреба в огляді іншими фахівцями та в додаткових обстеженнях визначається лікарями ВЛК за медичними показаннями<sup>46</sup>.

42 - Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

43 - Військових частинах забезпечення, територіальних центрах комплектування та соціальної підтримки, військових вищих навчальних закладах, навчальних центрах, медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони.

44 - Розклад хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби, служби у військовому резерві, затверджений Наказом МО №402 від 14.08.2008.

45 - Пункти 2.2-2.7 Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

46 - Пункти 6.2-6.8 Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

## 2.2. США<sup>47</sup>

У США медичні критерії визначення придатності кандидатів на військову встановлюються виходячи з того, що військовослужбовці:

- не повинні мати захворювань, які вимагатимуть втрати службового часу на лікування/госпіталізації або з високою ймовірністю призведуть до звільнення зі служби з медичних причин;
- мають бути медично спроможними для проходження військового вишколу;
- повинні бути медично здатними адаптуватись до бойового середовища без необхідності обмеження географічних меж їхнього перебування;
- з медичного погляду можуть виконувати свої обов'язки без погіршення стану їхніх поточних хвороб.

Виходячи з цих принципів, наявність будь-якого злоякісного новоутворення або підтвердженої історії злоякісного новоутворення є дискваліфікуювальним критерієм, який обумовлює відмову у прийомі на військову службу. Винятком є рак шкіри (окрім меланоми), що був повністю видалений.

Процес медичної оцінки під час прийому на службу практично не передбачає специфічних обстежень, спрямованих на виявлення раку. Наприклад, рентген грудної клітини виконується за показаннями. Пап-тест та гінекологічний огляд здійснюються лише для жінок віком від 40 до 42 років. Отже, переважно медична оцінка покладається на медичні записи щодо стану здоров'я та загальний фізичний огляд кандидатів (який охоплює також огляд молочних залоз). Водночас вимагається скерування до лікаря-фахівця, якщо необхідно

оцінити або підтвердити будь-який медичний стан, що може впливати на придатність до служби.

Щодо чинних військовослужбовців визнається, що медичні стани або їхня комбінація можуть обумовлювати непридатність до подальшої військової служби, якщо вони: (а) суттєво обмежують або втручаються у виконання військовослужбовцями їхніх службових обов'язків; (b) можуть погіршувати здоров'я військовослужбовців у разі продовження служби. **Це, зокрема, охоплює необхідність постійного прийому певних ліків або використання медичних виробів, суттєві дієтичні обмеження, потребу в регулярному лікуванні або лікарському нагляді.**

Якщо у військовослужбовців виявляють злоякісні новоутворення під час служби, то діють такі критерії направлення їх на огляд Комісії з медичної оцінки (Medical Evaluation Board – МЕВ) для визначення придатності: (а) злоякісні новоутворення не відповідають на лікування або наслідки лікування призводять до невідповідності за іншими критеріями медичної придатності (охоплюючи загальні принципи, описані вище); (b) період медичного нагляду після лікування є неприйнятним для умов військової служби.

Ми також зазначаємо, що загальні підходи до оцінки придатності військовослужбовців у США суттєвим чином відрізняються від тих, що діють в Україні. Ці відмінності розглядалися у попередніх дослідженнях ГО «Правозахисний центр «Принцип». Зокрема, на відміну від України, процедура у США передбачає комплексну оцінку придатності, з урахуванням фізичних обмежень, всіх наявних хвороб та психологічного стану<sup>48</sup>. Це актуально і для онкозахворювань, які можуть супроводжуватись супутніми хворобами та ускладненнями.

47 - Headquarters – Department of the Army, Washington, DC (2017). U.S. Army Regulation 40-501. Standards of Medical Fitness. <https://dmna.ny.gov/hro/agr/army/files/1557332720--AR%2040-501%20Standard%20of%20Medical%20Fitness.pdf>.

48 - Принцип (2023). Система визначення придатності до служби. Огляд міжнародного досвіду та викликів в Україні. [https://drive.google.com/file/d/1HLbsQYx3PP10gZzfDD8zODr\\_KZtvVXo/view](https://drive.google.com/file/d/1HLbsQYx3PP10gZzfDD8zODr_KZtvVXo/view).

## 2.3. Велика Британія<sup>49</sup>

Подібно до США, у Великій Британії більшість кандидатів на військову службу з історією злоякісних новоутворень отримують найвищий ступінь непридатності до військової служби (P8 – повна медична непридатність з восьми можливих рівнів).

Однак у випадках, коли кандидати успішно пролікувалися та вважаються здоровими, їм може присвоюватися ступінь P2, тобто без медичних обмежень для військової служби. Це можливо лише в тому разі, якщо такі особи не потребують регулярного спостереження та подальшого лікування. Від лікуючого лікаря має бути отриманий клінічний звіт з оцінкою ризиків рецидиву раку та ризиків ускладнень після лікування, який розглядається медичним фахівцем, відповідальним за відбір новобранців. Визнається, що деякі лікарські засоби (особливо хіміотерапія на основі антрациклінів та блеоміцину), а також трансторакальна променева терапія можуть спричиняти побічні ефекти для серцево-судинної системи та легень відповідно. Всі кандидати, що отримували таке лікування, мають додатково обстежитися. Кандидатам з гострим лімфобластним лейкозом та гострим мієлобластним лейкозом (C91-92 за МКХ-10) може присвоюватися ступінь придатності P2 після 5 років ремісії. Також придатними визнаються кандидати з пухлиною Вільмса (C-64), перенесеною у дитинстві.

У Великій Британії обсяг медичного огляду при прийомі на службу є


меншим ніж у США – наприклад, гінекологічний огляд, Пап-тест та огляд молочних залоз не проводяться для жодних вікових категорій. Головними джерелами даних є медична історія та анкета про стан здоров'я, яку заповнює сам кандидат на військову службу. Однак якщо є підозра на будь-які відхилення, додаткова інформація може бути запитана у лікарів, що ведуть кандидатів в цивільній системі. Також може бути необхідним звернення за клінічним висновком до профільних спеціалістів. Такий висновок має описувати прогноз розвитку захворювання кандидата та можливі подальші потреби у медичних послугах, лікарських засобах і спостереженні. Оцінка відхилень має проводитись до моменту, коли є достатньо даних для обґрунтованого рішення про придатність.

У разі виявлення онкозахворювання протягом служби оцінка є ускладнюється – у кожному випадку індивідуально розглядається зміна ступеня придатності. Як і у США, рішення є комплексними, з урахуванням фізичних обмежень, діагнозів та психічного стану. За загальним правилом, військовослужбовцям з діагностованими злоякісними новоутвореннями спочатку присвоюється статус медично непридатних до участі у військових операціях за межами Великої Британії (Medically Not Deployable – MND). Можливість їхньої подальшої військової служби та рівень придатності залежить від функціонального стану та потреб у регулярному лікуванні та спостереженні.

## 2.4. Проблемні питання

Фактично всі респонденти з онкозахворюваннями в нашому емпіричному дослідженні розповідали, що під час первинної мобілізації **огляд ВЛК був суто формальним**, тож про ґрунтовну оцінку не йшлося. Отже, після первинного огляду ВЛК на військову службу могли потрапити люди з уже наявними хворобами – як ті, що знали про них і приховали, так і ті, що не підозрювали про їх наявність.


На думку військових лікарів, у функції ВЛК не входить ґрунтова діагностика військовозобов'язаного, зокрема в частині онкозахворювань. Завданням ВЛК є лише зробити правильний висновок з наявних документів та обмеженого медичного огляду – чи придатна людина до військової служби:

 «Принцип ВЛК – визначити твій функціональний стан, а не поставити діагноз. А діагноз і функціональний стан – це зовсім різні речі... ВЛК це не діагностична процедура...»


**(Петруша Олександр Олегович, керівник клініки гематології ГВКГ, лікар-гематолог, кандидат медичних наук, полковник)**

Ця позиція узгоджується з положеннями законодавства та міжнародним досвідом. При цьому, вона не заперечує необхідність онконастороженості лікарів ВЛК та скерування людей з очевидними клінічними проявами раку на огляд профільних спеціалістів/додаткові обстеження. Такий підхід відповідає міжнародній практиці та українським нормативним актам і є важливим для обґрунтованого визначення ступеня придатності.

Щодо проходження ВЛК чинними військовослужбовцями з онкозахворюваннями, це питання виявилось одним із найбільш суперечливих у нашому дослідженні. З одного боку, лікарі запевняли нас, що військо не зацікавлене у тому, аби залишати на службі фізично непридатних онкопацієнтів:

 «В інтересах країни не затримувати їх в Збройних Силах. Тому що вони займають штатну клітинку, а в цей час ніхто не воює на його місці. І нікого неможливо призвати»

**(Дяченко Віктор Вікторович, головний терапевт Збройних сил. Кандидат медичних наук, лікар-терапевт, пульмонолог вищої категорії, клінічний онколог)**

 «Наскільки я знаю, від онкохворого військовослужбовця намагаються якомога швидше здихатись»

**(Респондент 6, начальник медичної служби батальйону)**

Водночас практичний досвід наших респондентів вказує на те, що **ВЛК не завжди визнають непридатними військовослужбовців з онкозахворюваннями, які мають на це законні підстави**. Зокрема, респонденти ділилися з нами історіями про некоректні висновки ВЛК (Респондентка 3, дружина військовослужбовця), неправильні діагнози у висновках (Респондент 4, військовослужбовець) або коли ВЛК довільно оцінювала призначення для лікування онкозахворювань:

«Хворі приносять виписку від наших [цивільних лікарів]... він проходить курс таргетної терапії, а йому на ВЛК говорять, що це не лікування. У нас є такі пацієнти»  
**(Респондент 11, лікар-онколог міської лікарні)**

Деякі учасники нашого дослідження пов'язували ці проблеми з **недостатньою обізнаністю лікарів, які входять до складу ВЛК, про специфіку онкозахворювань та їх лікування:**

«Трохи не вистачає обізнаності лікарям»  
**(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)**

«Це так трапляється через відсутність саме клінічного онколога... Не тому, що вони хочуть його лишити, тому що вони просто не знають цього»  
**(Петруша Олександр Олегович, керівник клініки гематології ГВКГ, лікар-гематолог, кандидат медичних наук, полковник)**

**Зазначимо, що одним з інструментів розв'язання цієї проблеми є отримання ВЛК висновків від кваліфікованих профільних спеціалістів (онкологів та інших), а також фактичне врахування таких висновків у рішеннях щодо придатності / непридатності. Наше дослідження демонструє, що такий порядок дій не завжди дотримується на практиці.**

Крім того, самі положення розкладу хвороб щодо злоякісних новоутворень сформульовані досить узагальнено. Наприклад, військовослужбовці, які мають онкозахворювання та потребують тривалого протипухлинного лікування (хірургічного, хіміотерапії, променевої терапії і т.ін.) мають визнаватись непридатними до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців. При переогляді, за винятком обмежених підстав для

встановлення непридатності з виключенням з військового обліку, ВЛК може визнати таких військовослужбовців придатними до служби у небойових підрозділах (таких як військові частини забезпечення, підрозділи логістики, зв'язку). При цьому, фактично відсутні вказівки для оцінки того, як наслідки лікування можуть впливати на порушення функцій та здатність виконувати ті чи інші обов'язки у небойових підрозділах, у тому числі враховуючи місце їх дислокації. Іншою пов'язаною прогалиною в процедурах визначення ступеня придатності до військової служби в Україні (порівняно з тими, що діють у США та Великій Британії) є відсутність положень, які передбачають оцінку ВЛК необхідності регулярного доступу до ліків, діагностичних обстежень та лікарського нагляду. Це особливо актуально для онкозахворювань, які переважно потребують довгострокового спостереження після спеціального лікування. Нижче ми описуємо приклад з судової практики, який це ілюструє.

У справі №300/2851/23, яка розглядалась Івано-Франківським окружним адміністративним судом, військовослужбовець оскаржував рішення ВЛК гарнізонної поліклініки. ВЛК визнала його обмежено придатним<sup>50</sup> до військової служби у зв'язку з низкою травм та захворювань, включаючи стан після резекції нирки. Резекція була проведена позивачу у 2011 році з приводу раку нирки I стадії, у зв'язку з чим йому було рекомендовано спостереження онколога та уролога за місцем проживання. У 2022 році під час проходження військової служби стан здоров'я позивача погіршився. Хірург онкологічного клінічного центру рекомендував військовослужбовцю проходження контрольних досліджень з періодичністю 3-6-9-12 місяців. Аналогічні рекомендації (щодо спостереження профільних лікарів та проходження досліджень) були зазначені у довідці лікаря військової

50 - Ступінь придатності до військової служби, який з 4.05.2024 року був скасований змінами до Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затвердженого Наказом МО №402 від 14.08.2008. Особи, що мали такий статус, повинні пройти переогляд ВЛК до 5.02.2025.

частини при направленні військовослужбовця на огляд ВЛК.

Водночас, як встановлено судом, під час медичного огляду лікар-хірург ВЛК не надав оцінки таким рекомендаціям та не направив військовослужбовця на огляд до лікаря-онколога. Суд визначив, що ВЛК не провела повний та всебічний аналіз стану здоров'я позивача, скасував рішення ВЛК та зобов'язав ВЛК повторно оглянути військовослужбовця. Рішення окружного адміністративного суду було підтримано судом апеляційної інстанції та Верховним Судом в рамках касації<sup>51</sup>.

Підсумовуючи, проблемними моментами у визначенні придатності до військової служби є недостатня обізнаність лікарів ВЛК про онкозахворювання та їхні симптоми та, що більш важливо, непослідовне врахування висновків профільних спеціалістів в ухваленні рішень про придатність. Крім того, узагальнені формулювання розкладу хвороб щодо злоякісних новоутворень не дають достатніх вказівок для оцінки сумісності умов служби з наслідками лікування, а також потребу у довгостроковому спостереженні, обстеженнях та ліках.



# ЦИВІЛЬНА СИСТЕМА ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ



### 3.1. Організація та фінансування

Медична допомога пацієнтам з онкозахворюваннями гарантується державою в рамках програми медичних гарантій (ПМГ). ПМГ складається з пакетів медичних послуг, які НСЗУ закуповує у закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) за укладеними з ними договорами. Ці послуги мають бути безоплатними для пацієнтів. ПМГ охоплює декілька цільових пакетів послуг, які безпосередньо стосуються онкозахворювань (діагностичні обстеження для раннього виявлення новоутворень, променева терапія та хіміотерапія, лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями). Також медична допомога онкопацієнтам надається в рамках інших, ширших пакетів (наприклад, первинна медична допомога, амбулаторна допомога, хірургічні операції, паліативна допомога).

За 2023 рік сукупне фінансування НСЗУ на діагностику та лікування онкозахворювань (за цільовими онкологічними пакетами послуг) становило понад 6 млрд грн. Ще 686 млн грн були витрачені на обстеження для раннього виявлення раку<sup>52</sup>.

В таблиці 2 стисло описані основні елементи медичної допомоги дорослим онкопацієнтам, які наразі покриваються ПМГ<sup>53</sup>.

Препарати для лікування онкопацієнтів коштом держави можуть походити з декількох джерел: централізовані закупівлі Державним підприємством «Медичні закупівлі України» (МЗУ), власні закупівлі лікарень, регіональні програми місцевих органів самоврядування та гуманітарна допомога. МЗУ щорічно закуповує ліки за напрямом «доросла онкологія», серед яких хіміотера-

певтичні препарати, радіофармпрепарати та препарати супроводу. Вони розподіляються на регіональний рівень і надалі – в лікарні. У 2023 році МЗУ придбало 115 позицій таких ліків загальною вартістю 2,1 млрд грн<sup>54</sup>. Крім препаратів, які держава закуповує централізовано, законтрактовані НСЗУ лікарні зобов'язані самостійно або за підтримкою місцевих органів влади забезпечувати доступ пацієнтів до ліків, які входять до Національного переліку основних лікарських засобів та передбачені клінічними протоколами.

Покриття онкологічних препаратів коштом держави суттєво зросло в останні роки. За оцінками агенції з маркетингових досліджень SMD, частка держави на ринку онкологічних ліків (в упаковках) збільшилась з 17% у 2013 році до 64% у 2023 році. Відповідно, частка препаратів, які пацієнти купують за власні кошти, знижується, але залишається значною<sup>55</sup>.

Наприклад, враховуючи брак ресурсів, держава лише обмежено закуповує деякі інноваційні високовартісні медичні технології для лікування раку, такі як лікарські засоби таргетної та імунотерапії. Потенційно розширити доступ до них може інструмент державних закупівель за договорами керованого доступу, який передбачає прямі конфіденційні перемовини з фармацевтичними виробниками. Та поки що за онкологічним напрямом цей інструмент не використаний. В таких умовах одним зі шляхів доступу онкопацієнтів до вартісних інноваційних препаратів та/або іншого високоспеціалізованого лікування, що недоступне в Україні, стала програма МОЗ з медичної евакуації за кордон, запу-

52 - НСЗУ (2023). Річний звіт. <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/report-2023-ua-web-1-1.pdf?1718605386>

53 - Таблиця не включає паліативну допомогу та лікування методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

54 - МЗУ (2023). Підсумковий звіт Медичних закупівель України – 2023. [https://drive.google.com/file/d/1o5KzM5PYIF-SThEaMt\\_QupG3W9ruwxEE/view](https://drive.google.com/file/d/1o5KzM5PYIF-SThEaMt_QupG3W9ruwxEE/view)

55 - SMD, Arzinger, eirhub (2024). Ukraine in the fire of war – Part 2. [https://www.linkedin.com/posts/irinagorlova\\_smd-report-ukraine-in-the-fire-of-war-part-activity-7205934194663809025-QtWR?utm\\_source=share&utm\\_medium=member\\_desktop](https://www.linkedin.com/posts/irinagorlova_smd-report-ukraine-in-the-fire-of-war-part-activity-7205934194663809025-QtWR?utm_source=share&utm_medium=member_desktop)



**Таблиця 2:** Основні елементи медичної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями. Адаптовано з eirhub (2022). White Paper. Cancer Care System in Ukraine. Current Status, Impact of War, Further Development, з використанням відкритих даних НСЗУ.

	Раннє виявлення	Діагностика
<b>Шлях пацієнта</b>	Сімейний лікар має сприяти виявленню хвороби на ранніх стадіях шляхом динамічного спостереження за здоров'ям пацієнтів, визначення факторів ризику та скерування на обстеження/консультації	Пацієнт з підозрою на рак проходить діагностику амбулаторно чи в стаціонарі
<b>Безоплатні послуги, які гарантує держава</b>	Супровід сімейного лікаря; 6 діагностичних обстежень для раннього виявлення новоутворень (за направленням сімейного або лікуючого лікаря): мамографія та колоноскопія (вік 40+), бронхоскопія, гастроскопія, гістроскопія та цистоскопія (вік 50+)	Лабораторні аналізи: аналіз крові, спинномозкової рідини тощо; інструментальні дослідження: рентген, МРТ, КТ, УЗД, ендоскопічні дослідження, сцинтиграфія та ін.
<b>Послуги надають</b>	Сімейні лікарі; лікуючі лікарі різних спеціальностей.  Загалом понад 800 закладів мають контракт з НСЗУ на здійснення діагностичних обстежень для раннього виявлення	Спеціалізовані онкологічні заклади чи багатопрофільні клінічні лікарні

щена після повномасштабного вторгнення РФ. Вона, однак, поширюється не лише на онкологію та має обмежені критерії<sup>56</sup>. Всього на лікування за кордон було евакуйовано близько 5000 українців (немає офіційних даних про частку онкопацієнтів серед них)<sup>57</sup>.

2023 року відбулися централізовані закупівлі медичного обладнання для посилення спроможності системи охорони здоров'я здійснювати променево терапію. МЗУ придбало 15 лі-

нійних прискорювачів (загальною вартістю 541 млн грн) для Національного інституту раку та онкологічних центрів<sup>58</sup>. Збільшення забезпеченості лінійними прискорювачами є важливим, оскільки Україна має один з найнижчих в Європі показників кількості цього обладнання на 1 млн населення. Апарати для променевої терапії, які використовуються у багатьох державних та комунальних лікарнях, є суттєво застарілими<sup>59</sup>.

56 - Критерії направлення громадян України на лікування за кордон на період дії воєнного стану, затверджені Наказом МОЗ № 574 від 05.04.2022.

57 - МОЗ (2024). Близько 5000 постраждалих від війни українців евакуйовано на лікування за кордон. <https://moz.gov.ua/article/news/blizko-5000-postrazhdalih-vid-vijni-ukrainciv-evakujovano-na-likuvannja-za-kordon>

58 - ДП «Медичні закупівлі України» (2023). Підсумковий звіт Медичних закупівель України – 2023. [https://drive.google.com/file/d/1o5KzM5PYIF-STheaMt\\_QupG3W9ruwxEE/view](https://drive.google.com/file/d/1o5KzM5PYIF-STheaMt_QupG3W9ruwxEE/view)

59 - eirhub (2022). White Paper. Cancer Care System in Ukraine. Current Status, Impact of War, Further Development. [https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology\\_care\\_system\\_in\\_ukraine-white\\_paper](https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology_care_system_in_ukraine-white_paper).

	Лікування	Супровід після лікування
	Пацієнт зі встановленим онкологічним діагнозом проходить спеціальне лікування амбулаторно чи в стаціонарі	Після повного циклу спеціального лікування пацієнт переходить під динамічне спостереження сімейного лікаря та лікаря-онколога згідно з індивідуальним для пацієнта планом
	Хірургічні втручання, променева та хіміотерапія. Кожен з видів лікування передбачає інтенсивну терапію, кисневу підтримку та знеболення, витратні матеріали, лабораторні аналізи та інструментальні дослідження відповідно до клінічних протоколів, а також лікарські засоби, які держава закуповує централізовано чи які входять в Національний перелік основних лікарських засобів	Контрольні огляди та обстеження. Термін спостереження, періодичність обстежень та оглядів залежать від лікування та інших медичних факторів
	Найбільшу концентрацію ресурсів мають Національний інститут раку та 27 обласних/міських/регіональних онкологічних центрів. Однак послуги надає і значна кількість інших закладів. Всього 98 закладів законтрактовані НСЗУ на хіміотерапію; 36 – на променеви	Сімейні лікарі, онкологи

В плани МОЗ також входить реалізація проекту зі створення в Україні центрів ядерної медицини для діагностики раку. Передбачається, що в рамках цього проекту у 2024 році МЗУ придбає циклотрони для виробництва радіофармацевтичних препаратів, а у 2025 році проведе закупівлю ПЕТ-КТ сканерів<sup>60</sup>. Станом на сьогодні країна має всього 4 ПЕТ-КТ апарати<sup>61</sup>. Хоча ПМГ прямо не обмежує покриття діагностики на цьому обладнанні,

на практиці вона часто є платною для пацієнтів через високу вартість та/або проведення в закладах, які не мають контракту з НСЗУ.

60 - МЗУ (2024). Новації в лікуванні онкохвороб: МЗУ провели брифінг для ЗМІ. <https://admin.mpu.gov.ua/uk/pro-mzu/novini/50866-novatsii-u-diahnostytsi-ta-likuvanni-onkokhvorob-mzu-provely-bryfinh-dlia-zmi>.

61 - eirhub (2022). White Paper. Cancer Care System in Ukraine. Current Status, Impact of War, Further Development. [https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology\\_care\\_system\\_in\\_ukraine-white\\_paper](https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology_care_system_in_ukraine-white_paper).

## 3.2. Проблеми та виклики

Попри позитивні зрушення в окремих аспектах, система онкологічної допомоги в Україні має низку комплексних проблем. Від 2016 до 2024 року держава не мала цільової національної програми боротьби з онкологічними захворюваннями. В МОЗ відсутній окремий структурний підрозділ для координації системи онкологічної допомоги<sup>62</sup>. Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року була затверджена лише у серпні 2024 року та ще має продемонструвати свої результати.

Одним з суттєвих викликів для системи онкологічної допомоги є пізня діагностика, про яку йшлося раніше у цьому звіті. Нижче ми описуємо декілька інших, що мають найбільший зв'язок з предметом нашого дослідження.

### 3.2.1. НЕДОСТАТНЯ КООРДИНАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року констатує, що в Україні відсутня налагоджена система маршрутизації онкопацієнтів. Значна їх частина отримує послуги з діагностики, лікування та подальшого спостереження в ЗОЗ без мультидисциплінарних команд спеціалістів та/або спроможності забезпечувати якісну медичну допомогу.

У 2016-2017 роках група дослідників вивчала стратегії подолання труднощів онкопацієнтами в Україні за результатами інтерв'ю зі 120 респондентами (пацієнти, лікарі, представники пацієнтських організацій та доглядальники пацієнтів<sup>63</sup>. Дослідження продемонструвало, що онкопацієнти

не мали типового маршруту в системі охорони здоров'я та зіштовхувалися з численними організаційними перепонами та непевністю у забезпеченості медичною допомогою. Відсутність чіткої структури маршруту пацієнта призводила до того, що на практиці він будувався залежно від особистих вподобань пацієнтів та лікарів, переговорних навичок пацієнтів, їхнього соціального статусу, зв'язків та фінансових ресурсів. Зазначимо, що це дослідження проводилось до запровадження ПМГ і посилення ролі первинної ланки медичної допомоги в системі охорони здоров'я.

Більш актуальні джерела «сірої літератури»<sup>64</sup> вказують на те, що в умовах ПМГ бар'єри в координації онкологічної допомоги та маршрутах онкопацієнтів зберігаються, принаймні частково. Зокрема, повідомляється про складнощі у взаємодії між первинною ланкою та спеціалізованими онкологічними центрами. Вони пов'язані з нечітким розподілом між сімейними лікарями та онкологами відповідальності за видачу електронних направлень, діагностичні обстеження та спостереження за пацієнтами. Також зазначається відсутність онкологів в деяких населених пунктах та невизначеність порядку дій в таких ситуаціях, що може спричинити перенаправлення пацієнта від лікаря до лікаря.

Війна з РФ поглибила проблему координації медичної допомоги. Онкологічна інфраструктура на Сході та Півдні України була частково втрачена або пошкоджена через окупацію та воєнні дії. Іншим важливим фактором є масова міграція онкопацієнтів та меншою мірою медичного персоналу<sup>65</sup>.

62 - eirhub (2022). White Paper. Cancer Care System in Ukraine. Current Status, Impact of War, Further Development. [https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology\\_care\\_system\\_in\\_ukraine-white\\_paper](https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology_care_system_in_ukraine-white_paper).

63 - Levenets O., Stepurko T., Polese A., Pavlova M., Groot W. (2019) Coping strategies of cancer patients in Ukraine. *International Journal of Health Planning Management* 34: 1423-1438. <https://doi.org/10.1002/hpm.2802>.

64 - LB.ua – Блог проекту «Твій сімейний лікар» (2023). Неприступні гори: як спростити маршрут пацієнта чи пацієнтки з онкологічним захворюванням? [https://lb.ua/blog/tsl/554090\\_nepristupni\\_gori\\_yak\\_sprostiti.html](https://lb.ua/blog/tsl/554090_nepristupni_gori_yak_sprostiti_marshrut_patsiyenta_chi_patsiyentki_z_onkologichnim_zahvoryuvannya.html).

65 - eirhub (2022). White Paper. Cancer Care System in Ukraine. Current Status, Impact of War, Further Development. [https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology\\_care\\_system\\_in\\_ukraine-white\\_paper](https://issuu.com/eirhub/docs/2022-oncology_care_system_in_ukraine-white_paper).

### 3.2.2. ФІНАНСОВИЙ ТЯГАР ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

Хоча держава гарантує онкопацієнтам безоплатний доступ до медичних послуг та основних лікарських засобів, вони також оплачують діагностику та лікування «з власної кишені». Немає даних, які достовірно вимірюють глибину цього фінансового тягара. Однак, декілька досліджень вказують на загальні тенденції.

Дослідження стратегій подолання труднощів онкопацієнтами у 2016-2017 роках<sup>66</sup> повідомляло про високий рівень власних витрат пацієнтів на лікування раку. Для їхнього покриття онкопацієнти часто були змушені продавати майно та звертатися за фінансовою допомогою. Основними джерелами «витрат з кишень» були платежі за (а) доступ до медичної допомоги (наприклад, шляхом «благодійних внесків» в лікарнях), (б) ліки та витратні матеріали, та (с) медичні послуги, включаючи консультації, хірургічні операції, лабораторну та інструментальну діагностику та ін. В період, охоплений дослідженням, спостерігалось низьке забезпечення лікарень лікарськими засобами. За оцінками лікарів, держава покривала лише близько 5% ліків, необхідних пацієнтам. За відсутності в лікарні препаратів для хіміотерапії пацієнти купували їх самостійно. Також поширеною була практика платежів пацієнтів безпосередньо медичному персоналу, щоб винагородити за роботу і забезпечити можливість відвідування в майбутньому. Розмір неформальних платежів варіювався залежно від лікаря та медичного закладу. Онкопацієнти розглядали приватні заклади як більш високовартісну, але і більш високотехнологічну альтернативу державним та комунальним лікарням, особливо в частині діагностики. Деякі поєднували діагностику та лікування у державних/комунальних і приватних ЗОЗ.

У 2021 році ГО «Афіна. Жінки проти раку», спільно з БФП «Крапля Крові» та за підтримки Міжнародного фонду «Відродження», провели соціологічне дослідження фінансової доступності медичної допомоги для пацієнтів з онкозахворюваннями (Дослідження Афіна)<sup>67</sup>. Воно охопило офлайн (308 респондентів в трьох онкологічних центрах) та онлайн (574 респонденти) опитування пацієнтів. Його результати продемонстрували таке:

- Пацієнти отримували більшість послуг в державних та комунальних лікарнях. Однак поширеним було звернення до приватних клінік за діагностикою.
- В середньому власні витрати пацієнта на лікування становили близько 80 тис. грн на рік за даними офлайн-опитування та 160 тис. грн на рік серед онлайн-респондентів.
- В обох опитуваннях близько 80% респондентів визнали, що їм складно або дуже складно знайти кошти на лікування. В офлайн-опитуванні 27% респондентів доводилось позичати гроші під час лікування онкозахворювання, 33% фінансово допомагали друзі, 8% продавали майно.
- Щоб зменшити вартість лікування, 33% офлайн-респондентів платили за нього «неофіційно» (19% в онлайн-опитуванні). Деякі пацієнти були змушені відмовитись від частини необхідних їм послуг та ліків.
- За сприйняттям пацієнтів, опитаних в онкоцентрах, рівень покриття послуг фінансуванням НСЗУ був вищим для консультацій, хіміотерапії та променевої терапії та низьким в частині діагностики, лікарських засобів та таргетної терапії (з варіаціями між закладами, в яких пацієнти лікувались).

66 - Levenets O., Stepurko T., Polese A., Pavlova M., Groot W. (2019) Coping strategies of cancer patients in Ukraine. International Journal of Health Planning Management 34: 1423-1438. <https://doi.org/10.1002/hpm.2802>.

67 - Левенець О., Гайворонська О., Степурко Т. (2021). Дослідження фінансової доступності медичної допомоги для пацієнтів з онкологічними діагнозами. [https://www.athena-wac.com/\\_files/ugd/4a4156\\_27b8370548a240c18fb73c4caeaf1f8c.pdf](https://www.athena-wac.com/_files/ugd/4a4156_27b8370548a240c18fb73c4caeaf1f8c.pdf).

2023 року Global Medical Knowledge Alliance, у співробітництві з Благодійним фондом Inspiration Family та Національним інститутом раку (Дослідження ГМКА), провели ще одне опитування 522 пацієнтів чотирьох онкологічних центрів<sup>68</sup>. Воно також продемонструвало, що до третини респондентів проходили діагностику в приватних закладах. Найбільш поширеними причинами були значний час очікування в державних/комунальних лікарнях та відсутність необхідних діагностичних потужностей за місцем проживання пацієнтів.

43% опитуваних оплачували частину своєї діагностики, 11% оплачували її повністю. «Офіційна» оплата діагностики найчастіше здійснювалась за КТ, МРТ, ПЕТ-КТ, біопсію, імуногістохімію та лабораторні аналізи крові, «неофіційна» – за біопсію. Щодо лікування, то 34-66% респондентів оплачували окремі його елементи, 6-27% повідомили, що платили за всі (з варіаціями між онкологічними центрами). Найчастіше безоплатною для пацієнтів була хіміотерапія (61%), променева терапія (49%) та хірургічні операції (47%). Серед тих, хто «офіційно» оплачував лікування, 32% платили за медичні інструменти, 29% купували ліки, 16% робили «благодійні внески» в лікарнях, 10% платили за пришвидшення доступу до послуг.

Зазначимо, що хоча Дослідження ГМКА класифікує низку платежів як «офіційні» і вони можуть сприйматися як такі пацієнтами, вимога оплати за послуги, витратні матеріали та лікарські засоби, які покриваються ПМГ, порушує права пацієнтів і умови договору між ЗОЗ та НСЗУ<sup>69</sup>. Аналогічно можливість «офіційно» стягувати з пацієнтів плату за послуги обмежена для небагатьох державних

ЗОЗ, які ще не законтрактовані НСЗУ (таких як заклади Національної академії медичних наук України). Існує лише обмежений перелік послуг, які державні та комунальні лікарні можуть «офіційно» надавати на платній основі. До них, наприклад, належать консультації, лабораторні аналізи та діагностика за самозверненням пацієнта (тобто без направлення сімейного або лікуючого лікаря)<sup>70</sup>. Також «офіційною» може бути оплата послуг приватних лікарень, якщо вони надаються не в рамках ПМГ. Ліки, які держава закуповує за централізованими закупівлями або які входять до Національного переліку основних лікарських засобів, мають надаватися державними та комунальними лікарнями пацієнтам безоплатно.

Методологічні відмінності, обмеження та помірні статистичні потужності описаних вище трьох досліджень не дають можливості послідовно порівняти їх результати. **Загалом можна з обережністю припустити тенденцію до певного зменшення власних витрат онкопацієнтів на медичну допомогу порівняно з 2016-2017 роками. Однак фінансовий тягар для пацієнтів залишається суттєвим, навіть в частині послуг, які прямо включені в ПМГ.** Практика неформальних платежів під час надання медичної допомоги пацієнтам з онкозахворюваннями визнана як проблема на рівні Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року, яка декларує мету поступового розширення переліку медичних послуг, що надаються в межах ПМГ.

Фінансове навантаження на пацієнтів у зв'язку з отриманням медичної допомоги є системним викликом, не унікальним для онкологічної сфе-

68 - Global Medical Knowledge Alliance (2024). Access to cancer treatment during the war – results of scientific research. [https://gmka.org/news/access-to-cancer-treatment-during-the-war-results-of-scientific-research/?fbclid=IwZXh0bGhZWCMTAAAR0Sg6KGZ0vGjfmrrgg7L2RZlscSYmtdXGCmnyMj4wOxg757wyxeOhUEAA\\_aem\\_AThqwhzbX-1GLF3v3ktACP4B3XkWBSSRRq04o6ZTPEjJNnTNTTL\\_AkFRlhUhcgaPOF6\\_wU0E8C5gNg8pWwRNyZfi](https://gmka.org/news/access-to-cancer-treatment-during-the-war-results-of-scientific-research/?fbclid=IwZXh0bGhZWCMTAAAR0Sg6KGZ0vGjfmrrgg7L2RZlscSYmtdXGCmnyMj4wOxg757wyxeOhUEAA_aem_AThqwhzbX-1GLF3v3ktACP4B3XkWBSSRRq04o6ZTPEjJNnTNTTL_AkFRlhUhcgaPOF6_wU0E8C5gNg8pWwRNyZfi)

69 - Типова форма договору про медичне обслуговування населення за ПМГ, затверджена Постановою КМУ №410 від 25 квітня 2018 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#n46>.

70 - Перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих навчальних закладах, затверджений Наказом МОЗ №1138 від 17.09.1996. З 2025 року перелік платних послуг буде розширений та включатиме, наприклад, часткову оплату пацієнтом при самостійному обранні лікуючого лікаря. [https://moz.gov.ua/uk/uryad-viznachiv-u-yakih-vipadkah-medzakladi-mozhut-nadavati-poslugi-za-oplatu?fbclid=IwZXh0bGhZWCMTAAAR0ZKk5gZHZDy5mASCRmqD2pL2wiyatK6gc-mheilzONILuL\\_Ih1o6N7b6w\\_aem\\_pfnGhZn-1DpEzvkhSJD5A](https://moz.gov.ua/uk/uryad-viznachiv-u-yakih-vipadkah-medzakladi-mozhut-nadavati-poslugi-za-oplatu?fbclid=IwZXh0bGhZWCMTAAAR0ZKk5gZHZDy5mASCRmqD2pL2wiyatK6gc-mheilzONILuL_Ih1o6N7b6w_aem_pfnGhZn-1DpEzvkhSJD5A).

ри. Звіт ВООЗ 2023 року<sup>71</sup> констатував, що попри універсальне охоплення пацієнтів ПМГ, в Україні поширені неформальні платежі за медичні послуги та інші «витрати з кишень». Це відображає недофінансування ПМГ державою та низка інших прогалин в системі. 2020 року 31% всіх витрат на стаціонарну допомогу в Україні становили власні витрати пацієнтів, тоді як в середньому в ЄС цей показник становив 5%. Найбільш поширеними способами неформальних платежів є оплата ліків та інших товарів, «благодійні внески» медичним закладам та платежі медичним працівникам. Щодо останніх, головними їхніми причинами є бажання пацієнтів забезпечити кращу увагу медичного персоналу та низький рівень заробітних плат в державних та комунальних лікарнях.

Дослідження Info Sapiens, здійснене на запит Національного агентства з питань запобігання корупції (НАЗК)<sup>72</sup>, продемонструвало, що у 2023 році 24% респондентів, які мали контакт з державним та комунальним сегментом охорони здоров'я, зіштовхувалися з ситуацією, коли треба було «віддячити» за оперативне втручання або інше лікування, 19% «віддячували» за умови перебування в стаціонарі, 16% здійснювали неофіційні платежі за ліки, які вони мали право отримати безоплатно. Переважно ініціаторами відповідних виплат, подарунків або послуг є медичні працівники. Однак часто їх ініціюють і самі пацієнти, що свідчить про складну природу неформальних платежів за медичну допомогу в Україні та усталеність уявлень про них.

### 3.2.3. БРАК ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ

Дослідження стратегій подолання труднощів онкопацієнтами у 2016-2017 роках<sup>73</sup> відзначило, що поряд з фінансовими ресурсами, доступ до інформації був запорукою успішної навігації онкопацієнтів та їхніх близьких в системі охорони здоров'я. Сім'ї пацієнтів використовували соціальні зв'язки для пошуку лікарів та доступу до профільних закладів, які можуть надати кваліфіковану допомогу.

Онкохвороби часто не залишали часу на належний пошук інформації, тож сім'ї пацієнтів були змушені ухвалювати рішення швидко, без можливості зважити різні стратегії дій. Онкологічні центри не забезпечували пацієнтам професійну психологічну допомогу. Також у них переважно не було власних сайтів. Онкопацієнти зазначали, що їм бракувало навіть базової інформації на практично всіх етапах діагностики та лікування, у тому числі про перебіг хвороби, переваги та недоліки різних методів лікування та можливість отримати лікарські засоби безоплатно або на більш доступних умовах. Доглядальникам не вистачало практичних порад, наприклад, щодо психологічної підтримки та догляду за пацієнтами (гігієни, належного харчування тощо). Пацієнти скаржились на відсутність інформації про їхні права, яка була б доступна зрозумілою мовою.

Від 2017 року за багатьма окресленими напрямками спостерігається істотний прогрес. НСЗУ має аналітичні панелі з інформацією про ЗОЗ, що надають послуги в рамках ПМГ, у тому числі за онкологічними пакетами<sup>74</sup>. За вимогами НСЗУ заклади, які здійснюють хіміотерапію та променеву терапію, зобов'язані мати принаймні двох

71 - Європейське регіональне бюро ВООЗ (2023). Чи можуть люди дозволити собі платити за медичне обслуговування? Нові дані щодо фінансового захисту в Україні. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374836/WHO-EURO-2023-8922-48694-72368-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

72 - НАЗК та Info Sapiens (2023). Корупція в Україні 2023: розуміння, сприйняття, поширеність. Звіт за результатами опитування населення та бізнесу. [https://www.sapiens.com.ua/publications/socpol-research/309/%D0%9A%D0%9E%D0%A0%D0%A3%D0%9F%D0%A6%D0%86%D0%AF-2023\\_%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2\\_%D0%A3%D0%9A%D0%A0.pdf](https://www.sapiens.com.ua/publications/socpol-research/309/%D0%9A%D0%9E%D0%A0%D0%A3%D0%9F%D0%A6%D0%86%D0%AF-2023_%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2_%D0%A3%D0%9A%D0%A0.pdf).

73 - Levenets O., Stepurko T., Polese A., Pavlova M., Groot W. (2019) Coping strategies of cancer patients in Ukraine. *International Journal of Health Planning Management* 34: 1423-1438. <https://doi.org/10.1002/hpm.2802>.

74 - Посилання: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>.

психологів у штаті<sup>75</sup>. МЗУ має чат-бота та дашборди з інформацією про централізовані поставки ліків та їхню наявність в лікарнях<sup>76</sup>. Окремий сайт для перевірки наявності ліків в лікарнях («Є ліки») створений силами громадського сектору<sup>77</sup>. Діють декілька активних пацієнтських організацій, що надають підтримку онкопацієнтам (наприклад, Inspiration Family, Афіна. Жінки проти раку, Пацієнти України). Вони мають гарячі лінії для інформування пацієнтів («Номер здоров'я» від Пацієнтів України<sup>78</sup> та «Пацієнт має право» від Афіна. Жінки проти раку<sup>79</sup>).

З усім тим, обізнаність онкопацієнтів про їхні маршрути в системі та права на отримання безоплатних медичних послуг і лікарських засобів залишається недостатньою. В Дослідженні Афіна 2021 року<sup>80</sup>, 26% онлайн-респондентів використовували знайомства для отримання недоступних медичних послуг, 22% – для зменшення вартості лікування. 44% дізнались про пакети послуг НСЗУ від інших онкопацієнтів. 40-50% пацієнтів в офлайн та онлайн-опитуваннях шукали інформацію про недоступні послуги через пацієнтські спільноти.

НСЗУ дає пацієнтам можливість подавати скарги на порушення їхніх прав з боку ЗОЗ. Від листопада 2019 року на 27 онкологічних/протиракових центрів та Національний інститут раку було подано близько 250 скарг з виявленими порушеннями. З них більша частина (144) стосувались вимагання коштів за надання медичних послуг, витратних матеріалів та лікарських засобів, передбачених ПМГ. Навіть ця невелика кількість є досить показовою, оскільки загалом рівень використання пацієнтами ін-

струменту скарг в Україні є низьким. Всього в системі НСЗУ зареєстровано близько 10,5 тисяч скарг, у 7,5 тисячі виявлені порушення<sup>81</sup>.

В першому кварталі 2024 року НСЗУ разом з Рухом Чесно реалізували пілотний проєкт «Представник пацієнта» за підтримки МОЗ, Світового банку та Уряду Швейцарії. В рамках пілоту представники пацієнта, які пройшли тренінгове навчання, працювали в 5 лікарнях для надання пацієнтам інформації щодо медичних послуг в рамках ПМГ, сприяння в реагуванні на порушення прав, фіксації відгуків пацієнтів і спостереження за взаємодією між пацієнтами та медичним персоналом. До цієї ініціативи долучився Національний інститут раку, в якому інтереси пацієнтів представляла організація Афіна. Жінки проти раку<sup>82</sup>. Оскільки проєкт тривав всього два місяці, зарано говорити про його системний вплив. Однак, повідомляється, що уряд розглядає його подальше масштабування<sup>83</sup>. Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року передбачає необхідність підвищення рівня проінформованості пацієнтів про перелік медичних послуг, які надаються в рамках ПМГ, та наявність ліків, які пацієнт має отримати безплатно.

75 - НСЗУ (2024). Вимоги ПМГ 2024. <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2024-1699952970/vimogi-pmg-2024>.

76 - Посилання: <https://mpu.gov.ua/uk/patients>.

77 - Посилання: <https://eliky.in.ua/>.

78 - Посилання: <https://patients.org.ua/>.

79 - Посилання: <https://www.athena-wac.com/>.

80 - Левенець О., Гайворонська О., Степурко Т. (2021). Дослідження фінансової доступності медичної допомоги для пацієнтів з онкологічними діагнозами. [https://www.athena-wac.com/\\_files/ugd/4a4156\\_27b8370548a240c18fb73c4caea11f8c.pdf](https://www.athena-wac.com/_files/ugd/4a4156_27b8370548a240c18fb73c4caea11f8c.pdf)

81 - НСЗУ (2024). Інформація щодо ведення та опрацювання скарг, які подані до НСЗУ. <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/complaints>. Дата доступу: 25.06.2024.

82 - Афіна. Жінки проти раку (2024). Представники пацієнта розпочали роботу в Національному інституті раку. <https://shorturl.at/oV46J>.

83 - КМУ (2024). У центрі ефективної медичної реформи – пацієнт з його потребами та інтересами, – Віктор Ляшко. <https://www.kmu.gov.ua/news/u-tsentri-efektyvnoi-medychnoi-reformy-patsient-z-ihoho-potrebam-y-ta-interesamy-viktor-liashko>.





# ОСОБЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ОНКОЗАХВОРЮВАННЯМИ

Військовослужбовці не згадуються ані в Національній стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року, ані в інших нормативних документах онкологічної сфери. Військова ланка єдиного медичного простору не інтегрована до затвердженого до 2025 року плану дій з реалізації Національної стратегії. Тож далі ми розглядаємо загальні питання організації медичного забезпечення військовослужбовців і співставимо їх зі специфікою онкологічної допомоги та досвідом наших респондентів.

Відповідно до Воєнно-медичної доктрини України, основою системи охорони здоров'я військовослужбовців є медичні служби (військово-медичні підрозділи та військові ЗОЗ), а

також заклади системи охорони здоров'я цивільного населення. Разом ці дві ланки формують єдиний медичний простір, що має забезпечувати ефективне спільне використання ресурсів військової та цивільної систем зі збереженням їх організаційної самостійності<sup>84</sup>.

Медичні служби військових частин та військові ЗОЗ мають власну систему підпорядкування та фінансування. Вони не укладають договори з НСЗУ в рамках ПМГ<sup>85</sup>. Також вони не охоплені ініціативами для забезпечення прозорості доступу до медичних послуг та ліків для пацієнтів (дашборди НСЗУ та МЗУ, сайт «Є ліки»), та поки лише спорадично вносять дані до електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

## 4.1. Права військовослужбовців та ветеранів з онкозахворюваннями

Військовослужбовці та ветерани з онкозахворюваннями мають низку спеціальних прав у зв'язку з отриманням медичної допомоги, порівняно з цивільним населенням:

- військовослужбовці, учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни: право на щорічні медичні огляди та диспансеризацію<sup>86 87</sup>;
- військовослужбовці: право на безоплатну медичну допомогу у військових ЗОЗ;
- військовослужбовці: покращене харчування коштом державного бюджету під час лікування та реабілітації в ЗОЗ всіх форм власності (за нормами харчування, які застосовуються у військових ЗОЗ)<sup>88</sup>;
- учасники бойових дій: першочергове обслуговування в лікувально-

профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація;

- учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни: безплатне одержання лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та медичних виробів за рецептами лікарів. Механізм реалізації цього права визначений лише в частині лікарських засобів Постановою КМУ «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» №1303<sup>89</sup>. Вона передбачає можливість безоплатного отримання учасниками бойових дій та деякими іншими категоріями населення препаратів за рецептом ліка-

84 - Воєнно-медична доктрина України, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України №910 від 31.10.2018.

85 - Окрім госпіталів ветеранів війни.

86 - Ст. 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» №2011-XII від 20.12.1991.

87 - Ст. 12-13 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» № 3551-XII від 22.10.1993

88 - Ст. 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» №2011-XII від 20.12.1991..

89 - Постанова Кабінету Міністрів України «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» №1303 від 17.08.1998.

ря для **амбулаторного** лікування низки захворювань, охоплюючи онкологічні. Перелік таких ліків законодавством не встановлений (окрім вимоги про наявність в клінічних протоколах), як і обмеження на їхню кількість та періодичність виписки. Доступ до ліків за Постановою 1303 забезпечується коштом місцевих бюджетів. Повідомляється, що на практиці такий доступ часто відсутній<sup>90</sup>.

- учасники бойових дій: право на безоплатну психологічну допомогу силами психологічних служб військових частин, а також на базі закладів, з якими укладено договори для надання такої допомоги<sup>91</sup>;
- всі військовослужбовці: безоплатне санаторно-курортне ліку-

вання після стаціонарного лікування в госпіталі відповідно до висновку ВЛК<sup>92</sup>;

- військовослужбовці з онкозахворюваннями (які проходять хірургічне лікування, променеву та/або хіміотерапію): матеріальна допомога для розв'язання соціально-побутових питань в розмірі місячного грошового забезпечення<sup>93</sup>.

Відповідно військовослужбовці з онкозахворюваннями мають дещо розширені права на медичну допомогу, порівняно з цивільним населенням. Однак, як далі демонструє наш звіт, такі права не завжди реалізуються на практиці. Більш того, доступ військовослужбовців до медичної допомоги обтяжений низкою

## 4.2. Диспансеризація та періодична оцінка стану здоров'я

### організаційних бар'єрів.

На відміну від цивільного населення, військовослужбовці підлягають диспансеризації<sup>94</sup>. Диспансеризація передбачає медичний контроль за станом здоров'я особового складу, активне завчасне виявлення захворювань, визначення факторів, які негативно впливають на здоров'я військовослужбовців, та проведення профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів. Організацією диспансеризації мають займатися медичні служби військових частин<sup>95</sup>.

Медичний контроль за станом здо-

ров'я військовослужбовців повинен здійснюватися шляхом щоденного медичного спостереження за ними в побуті та в процесі бойової підготовки, **медичних оглядів та поглиблених і контрольних медичних обстежень. Поглиблені медичні обстеження** повинні проводитись один раз на рік з метою оцінки фізичного розвитку і стану здоров'я військовослужбовців. До них мають залучатися лікарі-спеціалісти з військових ЗОЗ.<sup>96</sup>

Начальники медичних служб також повинні здійснювати постійне медичне спостереження за військовослужбовцями з хронічними захворюваннями та надавати командирам

90 - ТОВ «Український центр охорони здоров'я» (2022). Аналіз поточного стану медичних послуг, що надаються екскombatантам та екскombatанткам АТО/ООС в Україні. Звіт за результатами дослідження, що проводилося протягом вересня-жовтня 2021 року. <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/analiz-potochnoho-stanu-medychnykh-posluh-shcho-nadayutsya-ekskombatantam-ta-ekskombatantkam-ato/oos-v-ukrayini>.

91 - Ст. 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» №2011-XII від 20.12.1991.

92 - Те саме.

93 - Рішення МО № 183/уд від 16.01.2024.

94 - Пункт 247 Статуту внутрішньої служби ЗСУ, затвердженого Законом України №548-XIV від 24.03.1999.

95 - Доктрина «Медичні сили ЗСУ», затверджена Головнокомандувачем ЗСУ 13.11.2020. [https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/2\\_%D0%92%D0%9A%D0%9F-4-3536.01-%D0%94%D0%9E%D0%9A-%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%86-%D0%A1%D0%98%D0%9B%D0%98-%D0%97%D0%A1%D0%A3.pdf](https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/2_%D0%92%D0%9A%D0%9F-4-3536.01-%D0%94%D0%9E%D0%9A-%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%86-%D0%A1%D0%98%D0%9B%D0%98-%D0%97%D0%A1%D0%A3.pdf).

96 - Пункти 248-253 Статуту внутрішньої служби ЗСУ, затвердженого Законом України №548-XIV від 24.03.1999.

97 - Пункти 87-871, 110 Статуту внутрішньої служби ЗСУ, затвердженого Законом України №548-XIV від 24.03.1999.

підрозділів рекомендації щодо зміцнення їхнього здоров'я<sup>97</sup>. Крім того, Статутом внутрішньої служби ЗСУ передбачено, що певні категорії військовослужбовців мають братись під диспансерний динамічний нагляд. Такі військовослужбовці повинні проходити додаткові **контрольні медичні обстеження** з визначеною для них періодичністю<sup>98</sup>.

Ми не змогли ідентифікувати у відкритому доступі нормативні документи МО, які більш детально регулюють проведення диспансеризації, поглиблених медичних обстежень та диспансерного динамічного нагляду в ЗСУ. Положенням про військово-лікарську експертизу в ЗСУ<sup>99</sup> на час воєнного стану **періодичний медичний огляд з метою визначення придатності до служби** передбачений лише для деяких категорій військовослужбовців. Наприклад, військовослужбовці десантно-штурмових військ та підрозділів спецпризначення повинні проходити його раз на два роки. Ті, хто працюють зі шкідливими факторами, такими як джерелами йонізівного, лазерного випромінювання, елементами ракетного палива – щорічно. При цьому, медичний огляд здійснюється в тому ж обсязі, що і під час прийому на службу.<sup>100</sup>

Окремі порядки диспансеризації існують у військових відомствах поза сферою управління МО, таких як Міністерство внутрішніх справ (МВС)<sup>101</sup>, Служба зовнішньої розвідки (СЗРУ)<sup>102</sup> та Служба безпеки України (СБУ)<sup>103</sup>. Наприклад, інструкціями про проведення диспансеризації в СБУ та СЗРУ передбачено проведення **щорічних поглиблених медичних обстежень** військовослужбовців після огляду терапевтом. Вони охоплюють низку досліджень у прив'язці до вікової групи. Зокрема, незалежно від віку, військовослужбовці повинні проходи-

ти флюорографію, огляд гінеколога з обстеженням молочних залоз (для жінок), бактеріологічним та цитологічним дослідженнями, виконанням проби Шилера, а в разі її негативно-го результату – кольпоскопією. Після 35 років до переліку обстежень додається пальцеве дослідження прямої кишки та УЗД щитоподібної залози (раз на два роки). Після 40 років – огляд урологом (раз на два роки) та УЗД органів малого тазу (за показаннями). Після 50 років - фіброколоноскопія (за показаннями) та мамографія або УЗД молочних залоз (раз на два роки). За результатами диспансеризації військовослужбовці розподіляються на групи, охоплюючи тих, хто має хронічні захворювання без загострень, а також тих, хто має хронічні захворювання з порушеннями функцій і періодичними загостреннями та потребує динамічного нагляду та лікування. Відповідно медичні служби мають інформувати керівників військовослужбовців про необхідність їхнього направлення на додаткові обстеження, лікування або проходження ВЛК для визначення придатності до служби.

Ми не оцінюємо перелік обстежень в інструкціях СЗРУ та СБУ з погляду його доказовості або ефективності. Однак зазначаємо, що в міжнародній практиці рутинний медичний нагляд та періодична оцінка стану здоров'я військовослужбовців є інструментами, завдяки яким досягається як раннє виявлення у них раку, так і вчасна ідентифікація їхніх медичних потреб.

У **США** більшість військовослужбовців<sup>104</sup> щорічно проходять періодичну оцінку стану здоров'я (periodic health assessment). Основною метою періодичної оцінки є визначити, чи зберігає військовослужбовець медичну придатність до служби. Однак вона також використовується

98 - Пункти 249, 251 Статуту внутрішньої служби ЗСУ, затвердженого Законом України №548-XIV від 24.03.1999.

99 - Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

100 - Див. Розділ 3 «Визначення придатності до військової служби» цього звіту.

101 - Порядок проведення обов'язкових попереднього і періодичного медичних оглядів (диспансеризації) у закладах охорони здоров'я МВС, затверджений Наказом МВС №1146 від 01.11.2016.

102 - Інструкція про порядок проведення диспансеризації військовослужбовців СЗРУ, затверджена Наказом СЗРУ №277 від 26.08.2014.

103 - Інструкція про порядок проведення диспансеризації у СБУ, затверджена Наказом Центрального управління СБУ №498 від 14.08.2014.

104 - За певними виключеннями – наприклад, особливі правила діють для сил спеціальних операцій.

ся для загального моніторингу здоров'я та психологічного стану, проведення профілактичних скринінгів та з'ясування чи необхідні додаткові обстеження та лікування. Періодична оцінка включає декілька етапів: (а) заповнення військовослужбовцем детальної онлайн-анкети<sup>105</sup> щодо власного стану здоров'я, (b) перегляд медичним фахівцем анкети та даних з медичних карт, та (c) особиста розмова військовослужбовця з фахівцем з психічного здоров'я.<sup>106</sup> Періодична оцінка здійснюється незалежно (у тому числі засобами телемедицини) або в поєднанні з іншими медичними послугами (такими як вакцинація).<sup>107</sup> На будь-якому етапі оцінки може бути організована особиста консультація з лікарем, якщо військовослужбовець сам про неї просить або для цього є клінічна потреба.<sup>108</sup> Якщо військовослужбовець має скарги на здоров'я, проводиться огляд, сфокусований на таких скаргах та поточних хворобах.

В рамках періодичної оцінки військовослужбовцям надаються письмові рекомендації щодо скринінгових обстежень відповідно до статі та вікової групи. Вони засновані на національних скринінгових рекомендаціях для населення, які розробляються Американською робочою групою з профілактики захворювань (U.S. Preventive Services Task Force). В частині онкологічного скринінгу перелік обстежень включає мамографію (в 40 років і кожні 1-2 роки після цього), скринінг на рак шийки матки (Пап-тест щорічно для жінок до 30 років та 1 раз на 3 роки після цього віку за відсутності відхилень у попередніх тестах) та скринінг на ко-

лоректальний рак (після 45 років<sup>109</sup>). Всім жінкам до 26 років також пропонується вакцинація від вірусу папіломи людини.<sup>110</sup>

У Великій Британії рутинна медична оцінка (routine medical assessment) здійснюється раз на 5 років для військовослужбовців віком від 30 до 50 років (окремі групи, такі як повітряні екіпажі, проходять її більш регулярно). Після 50 років – кожні два роки. Аналогічно до США визнається, що детальний аналіз медичної історії дає більше інформації за фізичний медичний огляд. Всі зафіксовані епізоди медичних скарг детально переглядаються зі зверненням особливої уваги на можливий вплив військової служби на стан здоров'я.<sup>111</sup> Між рутинними оцінками Медична служба Збройних сил Великої Британії (Defense Medical Services of the UK Armed Forces) надає первинну медичну допомогу військовослужбовцям<sup>112</sup> та координує онкологічний скринінг згідно з національними рекомендаціями. Перша програма скринінгу раку шийки матки у Великій Британії була запроваджена саме в армії в 1962 році (спочатку опортуністично, а потім на організованій популяційній основі). Сьогодні скринінгові рекомендації є ідентичними для військовослужбовців та цивільного населення.<sup>113</sup> На сьогодні скринінгових програм у Великій Британії три – скринінг раку шийки матки (кожні три роки для жінок віком 25-49 років та кожні п'ять років для віку 50-64), молочної залози (кожні три роки з 50 років) та колоректального раку (кожні два роки для вікової групи 60-74, але планується зниження порогу

105 - Приклад за посиланням: <https://www.esd.whs.mil/Portals/54/Documents/DD/forms/dd/dd3024.pdf>.

106 - Defense Health Agency (2017). Procedural Instruction – Periodic Health Assessment (PHA) Program. <https://www.health.mil/Reference-Center/DHA-Publications/2017/05/09/DHA-PI-6200-06>.

107 - Health.Mil. The official website of the Military Health System. Periodic Health Assessment. <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/Health-Readiness/Reserve-Health-Readiness-Program/Our-Services/PHA>.

108 - Defense Health Agency (2017). Procedural Instruction – Periodic

109 - Health Assessment (PHA) Program. <https://www.health.mil/Reference-Center/DHA-Publications/2017/05/09/DHA-PI-6200-06>. Health.

Mil. The official website of the Military Health System (2022). Colorectal Cancer Screening Age Decreases to 45. <https://www.health.mil/News/Articles/2022/11/22/Colorectal-Cancer>.

110 - Headquarters – Department of the Army, Washington, DC (2017). U.S. Army Regulation 40-501. Standards of Medical Fitness. <https://dmna.ny.gov/hro/agr/army/files/1557332720--AR%2040-501%20Standard%20of%20Medical%20Fitness.pdf>.

111 - UK Ministry of Defense (2018). Joint 950 Medical Policy Leaflet 6-7-7. Joint Service Manual of Medical Fitness. [https://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2019-0604/Joint\\_Service\\_Manual\\_of\\_Medical\\_Fitness.pdf](https://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2019-0604/Joint_Service_Manual_of_Medical_Fitness.pdf).

112 - NHS (2021). Accessing NHS healthcare while in active service. <https://www.nhs.uk/nhs-services/armed-forces-community/access-healthcare-in-active-service/>.

113 - Bergman B. P., Mackay D. F. and Pell J. P. (2016). Early adoption of screening and the changing pattern of cervical cancer in UK Military women: evidence from the Scottish Veterans Health Study. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 162(5), pp. 379-382. <https://eprints.gla.ac.uk/116146/14/116146.pdf>.

до 50 років)<sup>114</sup>. Скринінгові послуги для армії надаються у співробітництві між Медичною службою Збройних сил та Національною службою здоров'я Великої Британії (НСЗ ВБ).<sup>115</sup>

Ми усвідомлюємо, що наведені вище приклади з міжнародного досвіду мають обмежену актуальність в українському контексті, враховуючи ресурсні можливості системи охорони здоров'я України та війнний стан.

Водночас ми наголошуємо, що заходи, які спрямовані на раннє виявлення онкозахворювань та фінансуються НСЗУ, поки що не охоплюють військову ланку єдиного медичного простору<sup>116</sup> та існують паралельно з системою диспансеризації військо-

вослужбовців. Немає даних, щоб оцінити спроможність останньої в умовах воєнного стану. Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року<sup>117</sup> декларує мету розробки та поетапного впровадження програм ранньої діагностики злоякісних новоутворень та онкологічного скринінгу відповідно до науково обґрунтованих рекомендацій. Щобільше, вона передбачає проведення аналізу чинників ризику, зумовлених воєнними діями, з метою виявлення груп населення, які мають бути залучені до таких програм. У разі їхнього запровадження, військовослужбовці мають бути включені в ініціативи з раннього виявлення онкозахворювань та онкоскринінгу за доказовими стандартами.

### 4.3. Направлення на діагностику та лікування

За Статутом Внутрішньої служби ЗСУ,<sup>118</sup> у випадку будь-якої хвороби військовослужбовець зобов'язаний повідомити про це свого безпосереднього командира, який має скерувати його до медичного пункту військової частини. Залежно від характеру хвороби, після огляду лікарем/фельдшером військовослужбовець скеровується на лікування.

Статутом Внутрішньої служби ЗСУ прямо передбачено надання **амбулаторної** медичної допомоги військовослужбовцям в медичному пункті військової частини. Якщо військовослужбовцю необхідне **стаціонарне лікування поза розташуванням військової частини**, направлення здійснюється за висновком лікаря військової частини, а для невідкладної

допомоги за відсутності лікаря – черговим фельдшером медичного пункту з доповіданням начальнику медичної служби. Направлення має бути підписане командиром частини. На практиці, це ж правило діє і для направлення на амбулаторну консультацію / діагностичне обстеження поза розташуванням військової частини.

Одна з начальниць медичних служб, з якими ми спілкувались, пояснила нам, що якщо військова частина перебуває на виїзді та не може надати направлення військовослужбовцю, цю роль на себе перебирає територіальний центр комплектування та соціальної підтримки (ТЦК та СП), в якому військовослужбовець стає на облік (Респондентка 9, начальниця медичного пункту).

114 - NHS. Screening and earlier diagnosis. <https://www.england.nhs.uk/cancer/early-diagnosis/screening-and-earlier-diagnosis/>. Accessed on 30.06.2024.

115 - Bergman B. P., Mackay D. F. and Pell J. P. (2016). Early adoption of screening and the changing pattern of cervical cancer in UK Military women: evidence from the Scottish Veterans Health Study. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 162(5), pp. 379-382. <https://eprints.gla.ac.uk/116146/14/116146.pdf>.

116 - Окрім госпіталів ветеранів війни.

117 - Затверджена Розпорядженням КМУ №730-р від 2.08.2024 року. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-natsionalnoi-stratehii-kontroliu-zloiakisnykh-novoutvoren-na-period-do-2030-roku-ta-t20824>.

118 - Пункти 254-260 Статуту внутрішньої служби Збройних сил України, затвердженого Законом України №548-XIV від 24.03.1999.

Отже, розв'язання питання первинної оцінки стану військовослужбовців з медичними скаргами та їхнього направлення для отримання медичної допомоги поза розташуванням військової частини покладається на медичну службу військової частини та командира частини, а іноді також ТЦК та СП. Це поширюється на військовослужбовців з підозрою на онкозахворювання або раніше діагностованим захворюванням у разі погіршення їхнього стану.

При цьому, вчасне та правильне скерування пацієнта з підозрою на рак потребує обізнаності медичного фахівця, який ухвалює таке рішення. Наприклад, стандарт медичної допомоги пацієнтам з гліобластомою (діагностованою в одного з учасників нашого дослідження за самозверненням до приватної клініки у невідкладному стані) свідчить про те, що сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей мають знати про основні фактори ризику та початкові клінічні прояви злоякісних новоутворень центральної нервової системи з метою їхнього раннього виявлення та направлення до спеціалізованого ЗОЗ.<sup>119</sup>

З інтерв'ю наших респондентів та респонденток вбачаємо, що військовий медичний персонал часто не має достатньо знань, ресурсів та часу, щоб розпізнати симптоми онкозахворювань та правильно скерувати військовослужбовців до профільних ЗОЗ:

«... я пішов у місцевий військовий госпіталь, і сказав що, от, кашляю. У мене також набрякли лімфовузли, я почав втрачати вагу..., в мене була нічна пітливість, задишка почала з'являтися. Десь два тижні кашляв... І з цим всім я звернувся до лікаря. Він мені ... гомеопатію якусь виписав дебільну, і сказав: «на, попей, в тебе проблема з гландами».  
(Респондент 1, військовослужбовець)

«... він покашляв, у нього лімфовузли збільшені, горло болить, наприклад – «у тебе ангіна, лікуємо ангіну».  
(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)

«...ну що, ну всі контужені, у всіх запаморочення, у всіх втомлюваність, на це не дуже звертається увага».  
(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)

На думку однієї з респонденток – начальника медичної служби угруповання військ, широка мобілізація і долучення до війська цивільних лікарів, зокрема сімейних, позитивно впливають на виявлення онкозахворювань, адже цивільні лікарі мають більше досвіду у цій сфері:

«...цивільним треба віддати належне. Тобто, якщо у нас толковий сімейник, то вони миттєво на це все реагують. І вони можуть просто скерувати поїхати на консультацію».  
(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)

Інший начальник медичної служби (Респондент 10, начальник медичного пункту) розповів нам, як в їхньому підрозділі оперативно вдалося запідозрити онкозахворювання ЛОР-органів завдяки наявності відповідного спеціаліста. Водночас в таких історіях великою є частка випадку, а відсутність належної уваги до проявів раку є більш систематичним у ЗСУ явищем.

Ігнорування медичних скарг військовослужбовців призводить до того, що вони довго не можуть знайти причину власного поганого стану, і, як наслідок, потрапляють до профільних ЗОЗ вже на пізніх стадіях за-



**хворювання**, про що свідчать як самі пацієнти, так і цивільні лікарі:

«Я себе не контролював. Я практично знаходився в стані, коли я просто вирубався. Я першу ніч два рази відпав і взагалі. І, взагалі, не розумів, хто я і що я, от, чесно».  
**(Респондент 7, військовослужбовець)**

«У мене було два [пацієнта-військовослужбовця], що мали 3-Б стадію, всі інші мали 4 стадію».  
**(Респондент 11, лікар-онколог міської лікарні)**

Іншим наслідком **відкладеної діагностики**, про який говорять як лікарі, так і пацієнти, є **необхідність діяти в обхід формальних процедур**. Військовослужбовці залишають частину, їдуть додому і звертаються до сімейних лікарів, або у приватні клініки для встановлення діагнозу. Лікарка-онколог з онкодиспансеру розповіла, що до неї військові часто звертаються неформально через знайомих:

«Дуже часто... в місці служби військового ігнорують скарги. Іноді звернення відбувається до нас так: в приватному порядку пацієнт звертається на приватну консультацію. Йому хтось каже, що, так, дійсно, є проблема. І тільки після цього починають якісь дії...»  
**(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)**

«Я почувався погано... І треба [було] їхати в Київ до нормальних спеціалістів, щоб мене нормально обстежили... І поїхав в Київ. Звернувся до свого сімейного лікаря»  
**(Респондент 1, військовослужбовець)**

Очевидно, що поїхати з місця несення служби задля візиту до цивільного лікаря може лише той військовослужбовець, який отримав на це дозвіл командира. Такий неформальний дозвіл

покинути військову частину в ситуації, коли військовий потребує негайної кваліфікованої медичної допомоги, свідчить про розуміння з боку командування. Водночас такі випадки підсвічують іншу проблему. Скерування чи нескерування на діагностику та лікування залежить не лише від об'єктивних медичних показників, а й від **ситуативних, суб'єктивних рішень начальників медичних служб і командирів військових підрозділів**. І хоча всі наші респонденти зазначали про ставлення їхнього керівництва до них з розумінням, вони також ділились інформацією про інші підрозділи, де такого розуміння немає і військовослужбовці не тільки не можуть залишити місце несення служби неформально, а й не отримують направлення на діагностику чи лікування:

«...це проблема отримати направлення. У багатьох підрозділах це велика проблема. Люди не можуть потрапити на лікування».  
**(Респондент 4, військовослужбовець)**

«Все залежить від начмеда, які у нього відносини з командиром. Бо ставлення командирів трохи таке різне. Тобто він може підписати те скерування, може не підписати».  
**(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)**

Проблема пізньої діагностики раку, що загалом притаманна системі охорони здоров'я України, може поглиблюватись у випадку військовослужбовців через недостатню обізнаність та ресурсну спроможність медичних служб та подекуди військових ЗОЗ. Також слід враховувати, що на доступ військовослужбовців до діагностики/лікування впливає суб'єктивний адміністративний фактор, оскільки відповідні рішення начальників медичних служб і командирів військових частин не завжди обумовлені суто медичним складником.

## 4.4. Доступ до медичної допомоги та взаємодія між ЗОЗ, що її надають

В Україні як пораненим, так і хворим військовослужбовцям медична допомога надається з дотриманням **територіального принципу**.<sup>120</sup> Це суттєво відрізняється від організації допомоги цивільному населенню, де пацієнти не обмежені у виборі лікаря та ЗОЗ.

Військовослужбовці мають право на безоплатну медичну допомогу у **військових ЗОЗ** (військово-медичних центрах, військових госпіталях тощо). Саме до них вони скеровуються передусім. Однак якщо за місцем проходження військової служби, навчальних та спеціальних зборів або проживання військовослужбовців немає військових ЗОЗ, профільних відділень, ліжко-місць чи спеціального медичного обладнання, медична допомога військовослужбовцям надається **державними або комунальними ЗОЗ коштом ПМГ або місцевих бюджетних програм**. Це стосується і випадків, коли військовослужбовці потребують невідкладної допомоги.<sup>121</sup>

За даними нашого емпіричного дослідження, до повномасштабного вторгнення РФ можливість лікування онкозахворювань існувала у військових госпіталях, зокрема, у Головному військовому клінічному госпіталі (ГВКГ). Однак під час воєнного стану всі потужності військової медичної системи спрямовані на надання допомоги пораненим. МО, МВС, СЗРУ та Держспецзв'язок повідомили нам, що у військових ЗОЗ у сфері їхнього управління станом на зараз відсутні онкологічні відділення. В структурі ГВКГ є штатні палати онкологічного профілю, та в поточних умовах госпіталів не має кадрової і ресурсної спроможності обслуговувати онкопацієнтів:



«У нас надавалася допомога у повному обсязі завжди, до початку війни... Ветерани, військовослужбовці, вони отримали всю допомогу, яку тільки можна. Зараз просто змоги такої нема».

**(Дяченко Віктор Вікторович, головний терапевт Збройних сил. Кандидат медичних наук, лікар-терапевт, пульмонолог вищої категорії, клінічний онколог)**

Спільним Наказом МО та МОЗ №49/180 від 7 лютого 2018 року визначено обмежений перелік державних та комунальних ЗОЗ, які залучаються до надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям, а також кількість ліжок, що мають для цього резервуватись.<sup>122</sup> Цей перелік у тому числі охоплює 12 обласних онкологічних центрів (не в усіх областях та без Національного інституту раку). Однак Наказом МОЗ №379 від 25 лютого 2022 року ці обмеження були призупинені. Передбачено, що всі заклади в системі МОЗ мають **безвідмовно** надавати допомогу постраждалим та пораненим, в тому числі і військовослужбовців. Хоча в Наказі йдеться про постраждалих та поранених, не встановлено інших правил для хвороб, не пов'язаних з травмами.

Відповідно спеціалізована медична допомога військовослужбовцям з онкозахворюваннями може та повинна (враховуючи брак ресурсів військової системи) надаватись державними та комунальними закладами системи охорони здоров'я цивільного населення. У них військовослужбовці отримують доступ до медичних послуг та лікарських засобів, гарантованих ПМГ, як описано у попередніх розділах цього звіту.

120 - Воєнно-медична доктрина України, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України №910 від 31.10.2018.

121 - Ст. 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» №2011-ХІІ від 20.12.1991.

122 - Наказ МО та МОЗ «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного стану» №49/180 від 07.02.2018.

При цьому порядок взаємодії військової та цивільної ланок єдиного медичного простору в законодавстві майже не визначений, як і маршрути онко- або інших пацієнтів між ними. На практиці складнощі у координації фіксуються практично на всіх етапах медичної допомоги.

Наприклад, з досвіду наших респондентів, затримки при направленні військовослужбовців на діагностику та лікування до профільних цивільних лікарень можуть виникати не лише у військових частинах, але і на рівні військових госпіталів. Адже військові ЗОЗ перевантажені пацієнтами з пораненнями і травмами, та менше звертають увагу на соматичні хвороби, зокрема, онкологічні:

«Це все час і, на жаль, не завжди адекватне відношення військового шпиталю. Просто коли там приходить умовно людина з онкологією, і оцей вплив людей, вони не завжди адекватно можуть до нього віднестися, скажімо так... І буває так, що він поки дійде до онкоцентру, проходить ще якийсь есенний період по часу».

(Респондентка 9, начальниця медичного пункту)

«Велика кількість поранених і травмованих, і онкологічні зазвичай будуть губитися».

(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)

«Ми ж направляємо по процедурі, що військовий шпиталь має направити у цивільний, а вони можуть сказати, що недоцільно, «полікуєтесь, коли закінчиться війна». Або от коли у тебе вже буде повний там капець, тоді звернешся».

(Респондентка 9, начальниця медичного пункту)

Територіальний принцип надання допомоги військовослужбовцям також не просто реалізовується на практиці, адже військові підрозділи часто змінюють розташування, можуть бути на постійному пункті дислокації, навчаннях, бойових завданнях тощо. Більш того, не в кожному місті є військовий шпиталь та/або онкологічний центр.

Наша респондентка – начальниця медичної частини розповіла, що онкологічний центр в області, де військова частина перебувала тимчасово, відмовлявся від надання послуг військовослужбовцям, аргументуючи відмову тим, що не зможе надати медичну допомогу в необхідному обсязі:

«Онкоцентр один на область, всі села, містечка це все сюди, тому вони не хочуть ставити до себе на облік додатково. Вони не зможуть повністю його тримати, тобто через місяць він поїде... І цей момент він досить не узгоджений, як воно має проходити...».

(Респондентка 9, начальниця медичного пункту)

В інтерв'ю іншого начальника медичної служби йшлося про те, що цивільні заклади можуть відмовляти військовим у лікуванні не через територіальний принцип, а через те, що військовослужбовці мають скеровуватись передусім до військових ЗОЗ. Тобто цивільні лікарні відмовляються брати до себе військових, а військові госпіталі наразі переорієнтовані на лікування поранених. Тому військовослужбовці з онкозахворюваннями або підозрою на них втрачають час, а медичні служби військових частин мають докладати додаткових зусиль, аби пришвидшити процес:

«Політика, скоріше за все, керівництва області в тому, що військовослужбовці мають лікуватися в

військовому госпіталі. Військовий госпіталь потужностей для лікування такої величезної маси військовослужбовців не має. Відповідно, створюються проблеми з доступом до медичної допомоги. Взагалі».

**(Респондент 10, начальник медичного пункту)**

Варто зазначити, що у тому ж інтерв'ю ідеться про позитивні винятки з цього правила, коли цивільна лікарня охоче приймає військових на лікування. На думку респондента, тут грає роль особиста ініціатива головних лікарів.

З подальшими організаційними бар'єрами військовослужбовці зіштовхуються між курсами лікування в цивільних ЗОЗ та після них. Цивільний пацієнт після завершення лікування має змогу відновлюватись вдома та потрапляє під патронаж сімейного лікаря, який може контролювати його стан, продовжувати лікарняний тощо. Військовий же має повернутись до виконання службових обов'язків, що значно **ускладнює реабілітацію після лікування:**

«... вони повинні бути десь на реабілітації. Де? ... У цивільного все зрозуміло. Я пацієнта виписую, у нього є сімейний лікар, який надає йому невідкладну допомогу, слідкує за аналізами і продовжує

йому лікарняний. А з військовими це дуже складно... Може це повинен бути якийсь заклад, типу, санаторію, будинку відпочинку, не знаю. Але перебування в частині, яка приймає участь у бойових діях, це мені здається, трішки зайве. І от як з цим бути, я не знаю».

**(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)**

Тут знову можна зафіксувати індивідуальні рішення в обхід формальних правил в інтересах військових. Начальник медичної частини в такий ситуації може просити керівництво підрозділу відправити військового на пункт постійної дислокації замість зони бойових дій (Респондент 10, начальник медичного пункту). А наша респондентка-лікарка цивільної лікарні визнала, що намагається продовжити перебування військових у стаціонарі:

«Я іноді, може це і неправильно, краще затримую у відділенні зайві день-два, щоб він просто перевів очі на щось інше і відпочив. Тому що, я знаю, він буде або в дорозі цей період, а це не відпочинок. А приїде – його в палатку, чи в окоп, це не правильно з медичної точки зору. А з ким це обговорювати – не знаю».

**(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)**


## 4.5. Інші формальні вимоги у зв'язку з лікуванням

Окрім необхідності оформлення направлень на лікування від військової частини, існують і інші вимоги, що мають бути дотримані при отриманні військовослужбовцями медичної допомоги. Зокрема, відпустку на лікування у зв'язку з хворобою військовослужбовцю надає командир військової частини на підставі висновку ВЛК. Відпустка надається на 30 календарних днів, а за медичними показаннями (наприклад, після оперативного втручання) – 45 або 60 календарних днів. За необхідності, ВЛК може продовжити її на такий самий термін (30, 45 або 60 днів)<sup>123</sup>. Не пізніше ніж через 4 місяці від початку лікування ВЛК має оглянути військовослужбовця для

розв'язання питання про потребу у тривалому лікуванні. Загальний строк **безперервного** перебування військовослужбовців в ЗОЗ та відпустці на лікування зі збереженням грошового та матеріального забезпечення не може перевищувати 12 місяців.<sup>124</sup> До закінчення цього терміну військовослужбовець має бути оглянутий ВЛК для визначення придатності до подальшої військової служби.<sup>125</sup> У кожному з цих випадків, проходження процедур ВЛК є бюрократизованим процесом, який вимагає часу та зусиль військовослужбовців з онкозахворюваннями та створює додаткове навантаження для них під час отримання медичної допомоги.

## 4.6. Маршрути військовослужбовців з онкозахворюваннями

Описані вище проблеми та формальні вимоги призводять до **розмивання маршрутів військовослужбовців з онкозахворюваннями в єдиному медичному просторі та відсутності алгоритму дій, зрозумілого для всіх учасників процесу**. На недостатню координацію онкологічної допомоги в цивільній системі (яка розглядалась в попередніх розділах цього звіту) накладається складність її взаємодії з військовою ланкою. На практиці, ледь не кожен випадок онкозахворювання у військовослужбовців може мати власний маршрут:

 «Перший раз ми пройшли взагалі дуже складним шляхом. Ми його скерували на ВЛК. У нас була досить адекватна голова позаштатної ВЛК у колишньої лікарні (бо там військового шпиталю

не було), яка дала йому відпустку на 30 днів у зв'язку з потребою на довготривале лікування... Далі він поїхав вже додому. І там вже пішов на супровід... А, наприклад, другий раз, то вже не заморочувалася тими ВЛК. Я підійшла до командира батальйону, кажу: «Така-така ситуація, його треба направляти в [пункт постійної дислокації], і ніяк інакше». Він такий: «Добре, ну треба, значить треба». Я знала, що ніхто його не буде дивитися в іншій області».

**(Респондентка 9, начальниця медичного пункту)**

На відсутність чіткого порядку дій скаржаться як начальники медичних служб і військовослужбовці з онкозахворюваннями, так і цивільні лікарі:

123 - Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних силах України, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

124 - 3 березня 2024 року. До цього загальний строк становив 4 місяці.

125 - П. 11 Ст. 101 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» №2011-XII від 20.12.1991.

«Ви розумієте, що немає якогось того ж алгоритму дій. Оце погано... це дуже важко, так, бо ти не знаєш, куди, що, кидатися, як».  
(Респондентка 2, військовослужбовиця)

«Человек не знает, что ему делать. И точно так же ни в каком подразделении, даже среди медиков, тебе четко не расскажут твои действия. Что ты должен делать?»  
(Респондентка 5, військовослужбовиця)

«Ну, немає такої логістики зрозумілої для всіх. Я не розумію взагалі, який повинен шлях у військового бути, якому діагностована пухлина. Дуже все важко».  
(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)

Наші респонденти також констатували суттєві прогалини в координації між військовим та цивільним елементами системи медичної допомоги:

«Мені здається, що цієї взаємодії взагалі немає. Чесно. І це жах. Ну тобто деякі питання ми з медичними частинами наших пацієнтів можемо вирішити. Але це настільки індивідуально. Офіційного зв'язку немає...»  
(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)

«... військові структури ЗСУ, Міноборони, мають якимось співпрацювати з онкологічними закладами Міністерства охорони здоров'я. І ось оцей етап співпраці покращувати і якимось його інтенсифікувати, можливо, і має сенс...»  
(Респондент 6, начальник медичної служби батальйону)

Часто налагодження кращої взаємодії між військовою частиною та цивільною лікарнею є справою осо-


бистої ініціативи начальників медичних частин чи цивільних лікарів або питанням вже наявних персональних контактів:

«Якщо частина заходить на якесь нове місце дислокації... То одна з задач медичної служби, начальника медичної служби, це налагодження комунікації з найближчими лікарнями і, взагалі, медичними установами. І... Ну, чесно кажучи, в мене не було ніяких складностей з комунікацією».  
(Респондент 6, начальник медичної служби батальйону)


«Беремо моїх мобілізованих, вони вже прийшли такими що склалися в професійному плані, у них багато зв'язків, багато друзів, вони через когось на когось вийдуть і знайдуть».  
(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)

Крім того, учасники нашого дослідження наголошували на **документальній перенавантаженості маршруту військовослужбовця з онкозахворюванням**. Значною мірою бюрократичний тиск лягає на самих військовослужбовців, оскільки вони потребують направлень від військової частини для звернення до ЗОЗ (Респондентка 9, начальниця медичного пункту), а після отримання медичної допомоги мають надавати виписки медичній службі (Респондент 10, начальник медичного пункту). Вони ж повинні контактувати з медиками у військових частинах і повідомляти про місце свого перебування. Для продовження лікування чи початку нового курсу військовослужбовцям знову потрібні направлення, оформлені вчасно. На боці військової ланки адміністративний тягар зосереджується на начальниках медичних служб, адже вони мають не лише відстежувати лікування військовослужбовців, а й кон-


тролювати факт їхнього фактичного перебування в лікарні (Респонденти 8, 9, 10). **Практичним наслідком таких бюрократичних перепон може бути затримка в отриманні необхідної медичної допомоги:**

 «... іноді хлопцям не дуже зрозуміло, оця вся біганина з паперами. Направлення, від кого, до кого, хто його реєструє. Ну, дуже, дуже бюрократично, багато перепон. От цього, чесно кажучи, більше, ніж у цивільних набагато... Військовим потрібно логістику наладити, оцю волокіту з паперами».

**(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)**

 «Мені не дуже зрозуміло по не демобілізованим хворим... ми виписуємо їх до військової частини, їм потім потрібно брати направлення до військового госпіталю, з військового госпіталю до лікарні. І ця тяганина з папірцями, вона мабуть складна для них».


**(Респондент 11, лікар-онколог міської лікарні)**

 «... от зараз, наприклад, в мене лікується молодий хлопець з приводу пухлини яєчка. І я би хотіла,


щоб він приїздив до мене на курси лікування кожні три тижні. Але... отримати направлення, доїхати до частини... він не встигає. І я йому проводжу не кожний 21 день лікування, а кожний 28, тому що він не встигає впоратися ось з усіма бюрократичними моментами».

**(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)**

На думку наших респондентів, покращити ефективність процесів могла б цифровізація документообігу:

 «Звичайно, дуже було би добре, якби це було якимось чином автоматизовано. Дуже багато хто це робить власними силами. Скажем так, впроваджує якусь систему нагадувань. Десь якимось чином налагоджує автозаповнення цих всіх направлень».

**(Респондент 10, начальник медичного пункту)**

 «Лише в цифрову форму переводити. Коли воно перейде, буде краще»

**(Петруша Олександр Олегович, керівник клініки гематології ГВКГ, лікар-гематолог, кандидат медичних наук, полковник)**

## 4.7. Координація системи: приклад Великої Британії

Автори звіту обрали Велику Британію як приклад країни, яка має подібну до України систему фінансування охорони здоров'я. Медична служба Збройних сил Великої Британії підпорядковується МО та надає загальні медичні послуги військовослужбовцям, охоплюючи первинну допомогу, реабілітацію та забезпечення психічного здоров'я. Однак переважну частину спеціалізованих послуг військовослужбовцям (зокрема, онкологічну допомогу) забезпечує НСЗ ВБ.<sup>126</sup>

2023 року МО та НСЗ ВБ уклали угоду про партнерство, яка прагне усунути розбіжності у доступі до охорони здоров'я для військовослужбовців. Вона визнає, що військовослужбовці зіштовхуються з бар'єрами в отриманні медичної допомоги та мають унікальні потреби, які не завжди збігаються з пріоритетами НСЗ ВБ. Для посилення співпраці між МО та НСЗ ВБ створено декілька міжгалузевих структур та визначені точки контакту для ефективної координації надання медичних послуг. Угода ставить ціль, щоб військовослужбовці «безшовно» проходили цивільну та військову ланки системи та отримували медичну допомогу такої самої якості й за тими самими стандартами, що і цивільне населення. Це передбачає спільну розробку МО та НСЗ ВБ (за участі пацієнтської спільноти) доказових клінічних маршрутів, які відповідатимуть потребам військовослужбовців.<sup>127</sup>

Крім того, у Великій Британії існує Програма відновлення сил оборони (Defense Recovery Capability). Вона реалізується МО від 2011 року у партнерстві з неурядовою організацією Help for Heroes (H4H) та Королівським британським легіоном.

Програма поширюється на всіх поранених, постраждалих та хворих військовослужбовців (зокрема, і тих, у кого виявили рак). Вона допомагає командирам військових підрозділів у супроводі військовослужбовців на шляху їхнього лікування та відновлення.

Головним фокусом програми є реабілітація, для цього в її рамках було збудовано декілька Центрів відновлення особового складу (Personnel Recovery Centers). Однак іншою її важливою функцією є посилення координації. Кожна гілка Збройних Сил Великої Британії має відповідального за програму командуючого офіцера. Він формує команди підтримки військовослужбовців, до яких входить офіцер з відновлення особового складу та клінічний фасилітатор. Отже, команди мають подвійну компетенцію – вони надають військовослужбовцям як консультації з відновлення, так і клінічні, координуючи їхні маршрути в системі. Крім того, у Великій Британії на регіональному рівні створено 11 підрозділів з відновлення особового складу, які координують найскладніші та довгострокові випадки допомоги військовослужбовцям.<sup>128</sup>

Програма має власну інформаційну систему (Wounded, Injured, Sick Management Information System), окрему від системи електронних медичних записів. Військові підрозділи вносять до неї інформацію про всіх військовослужбовців, травма або хвороба яких потребуватиме медичної допомоги протягом понад 14 днів. Система використовується для фіксації та відстежування місцеперебування військовослужбовців, стану їхнього здоров'я та прогресу у відновленні.

126 - NHS (2021). Healthcare for the Armed Forces Community: a forward view. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/03/Healthcare-for-the-Armed-Forces-community-forward-view-March-2021.pdf>.

127 - NHS England (2023). Partnership Agreement between the Ministry of Defence and NHS England for the commissioning of health services for the armed forces. <https://www.england.nhs.uk/long-read/partnership-agreement-between-ministry-of-defence-and-nhs-england-for-the-commissioning-of-health-services-for-the-armed-forces/>.

128 - UK Parliament. Evidence on the Armed Forces Covenant in Action? Part 5. Written evidence from the Ministry of Defense. <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/49610/pdf/>.



Кожен військовий підрозділ признає координатора, відповідального за оновлення даних в цій системі. Оновлення відбувається кожні два тижні за результатами регулярних контактів з військовослужбовцями, які проходять лікування/реабілітацію. Щомісячно здійснюється оцінка прогресу. Щойно військовослужбовець готовий розпочати своє відновлення паралельно з лікуванням, військовий підрозділ має ініціювати складення для нього індивідуального плану відновлення. Також програма охоплює підтримку військовослужбовців у разі переходу у цивільне життя, якщо подальша служба не є можливою.<sup>129</sup>

Досвід Великої Британії демонструє важливість ефективної координації медичної допомоги військовослужбовцям в системах, де вона є розділеною між різними організаційними структурами. Така координація необхідна як на національному рівні, так і на рівні медичних закладів та військових частин. Вона є особливо актуальною для військовослужбовців з онкологічними та іншими хронічними захворюваннями, лікування яких може бути важким та довготривалим.

## 4.8. Посилення координації системи в Україні: думки учасників дослідження

В деяких наших інтерв'ю респонденти згадували про наявність координаторів/кураторів від військової медичної системи, які працюють для координації та організації процесу лікування військовослужбовців в цивільних лікарнях. Щоправда, фрагментарність та суперечливість інформації щодо цих координаторів, а також відсутність досвіду контакту з ними у наших респондентів-пацієнтів може свідчити про відсутність системності у цьому питанні:

«Формально в обласній лікарні є... У них це називається начальник госпіталю, фактично, це медичний координатор. Військовий координатор. Його завдання більше це координація поступлень військових. Їхня виписка, їхня подальша доля. Особливо ті, які приходять евакуаційними бортами». **(Респондент 10, начальник медичного пункту)**

«У шпиталях [є] куратор для цих військовослужбовців, які знаходяться на цивільній базі. Якщо виникають якісь проблеми, що нестача якихось ліків, то це якраз довозиться. І якщо потребують якогось додаткового обстеження, то воно так само вирішується через цього куратора військового шпиталю... У них є своя зона відповідальності, і вони співпрацюють з цивільними лікувальними закладами... узгоджують кого і куди переводять далі на наступну лікарню і таке інше»

**(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)**

Водночас військові лікарі з ГВКГ запропонували підхід до координації медичної допомоги, сфокусований саме на онкопацієнтах. За їхньою ідеєю, на базі ГВКГ, а згодом потенційно і в інших військових госпіталях, мо-

жуть бути створені/заповнені штатні позиції клінічних онкологів, які на час воєнного стану не займатимуться власне діагностикою та лікуванням військовослужбовців, але допомагатимуть «проводити» їх через систему та опікуватимуться подальшим спостереженням за ними, яке наразі переважно випадає з клінічних маршрутів:

«Клінічний онколог, це по суті справ, як диригент, він знає всі діагностичні методи, лікувальні методи, протоколи і в залежності від стадії процесу призначається послідовність методик лікування. Комусь потрібно спочатку системне лікування, тобто хіміотерапія, комусь потрібне локальне лікування. тому роль клінічного онколога в Збройних силах - це організація діагностичного і лікувального процесу у військовослужбовців і можливий подальший так званий follow up - контролі, обстеження, реабілітація і так далі... лікар-онколог повинен чітко розуміти куди цього військовослужбовця направити на лікування і по суті діла провести його по тим етапам».

**(Одарченко Сергій Петрович, провідний хірург військового шпиталю, клінічний онколог, онкохірург вищої категорії, кандидат медичних наук, доцент кафедри онкології)**

Автори звіту зазначають, що будь-яка модель координації медичної допомоги військовослужбовцям з онкозахворюваннями має бути детально пропрацьована для забезпечення її спроможності та ефективності. Хоча варіанти її організації можуть бути різними, вона є необхідною, щоб заповнити очевидні прогалини у взаємодії між військовою та цивільною ланками єдиного медичного простору, які були виявлені нашим дослідженням. При цьому координатори «з середи-

ни» військової системи можуть стати суттєвою підтримкою для військово-вослужбовців, оскільки саме військова ланка має розуміння специфічних для них потреб. Наші респонденти наголошували на різниці у ставленні до них у військових та цивільних закладах – не на користь останніх:


«Коли ти в військовому госпіталі, ти відчуваєш себе безпечно, бо ти розумієш, що тебе там розуміють, знають, що, як, по цих всіх. А коли ти перебуваєш в такому цивільному закладі, як Інститут раку, то важко, бо ти не знаєш, як це все правильно зробити. Нема людини, яка тебе поведе за ручку. Бо там є ж патронатні служби, чи начмеди, вони там знають, що, як влаштовано в цих військових госпіталях. А коли ти в такому закладі як Інститут раку, це пересічне місце, і вони не знають...»

**(Респондент 1, військовослужбовець)**

«Ну, якщо говорити про військових, то, скажу чесно, в нашому, наприклад, госпіталі, і навіть в київському, то відношення, ну, набагато краще, ніж у цивільних. Так, це правда. Не знаю, якось по-іншому, так, там і зручніше себе якось відчуваєш... В диспансерах – то, ну, зовсім інші відношення, ви знаєте? Зовсім інші відношення».

**(Респондентка 2, військовослужбовиця)**

Описані вище виклики координації військової та цивільної ланок єдиного медичного простору є специфічними для організації допомоги чинним військовослужбовцям з онкозахворюваннями. Як демонструє наше дослідження, після звільнення зі служби, ветерани рухаються по маршрутам цивільних онкопацієнтів, без залучення закладів військової системи, оскільки останні перевантажені допомогою пораненим.

 «Ніякого окремого трека для ветеранів немає. І я не знаю, чи повинен він бути»  
**(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру).**

Однак, як чинні військовослужбовці, так і ветерани, стикаються з проблемою «витрат з кишень» на лікування онкозахворювань, що ми розглядаємо далі у цьому звіті.

# ВИТРАТИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ОНКОЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ІНФОРМАЦІЙНІ ПОТРЕБИ

## 5.1. Витрати на діагностику та лікування

Наше емпіричне дослідження демонструє, що, як і інші онкопацієнти в Україні, на військовослужбовців лягають «витрати з кишень» на діагностику та лікування в цивільних ЗОЗ. З наших інтерв'ю простежуються декілька джерел таких витрат.

**По-перше**, через затримки на етапі скерування до профільних ЗОЗ та проходження бюрократичних процедур, військові з підозрою на рак воліють **звертатись до приватних клінік для пришвидшення діагностики**. Водночас після повномасштабного вторгнення РФ деякі приватні клініки пропонували свої діагностичні послуги для військовослужбовців зі знижкою або навіть безоплатно (Респонденти 9, 10). Отже, подекуди військовослужбовцям вдавалось уникнути додаткових витрат.

Однак **оплати за діагностику військовослужбовці також робили і у державних та комунальних лікарнях:**

«Даже общий анализ крови. Платно официально [в онкодиспансере]. Еще надо лаборанту положить 20 или 50 гривен. Ну я же говорю, что там без денег...»  
(Респондентка 5, військовослужбовиця)

«А що потрібно було, то вже КТ так само, все було теж платно... Навіть в Інституті раку, я вам хочу сказати, що теж, теж все воно оплачувалося».  
(Респондентка 2, військовослужбовиця)

Варто наголосити, що зі слів цивільних лікарів, якщо до них потрапляє військовослужбовець, вони намагаються пришвидшити процес його діагностики та лікування, зокрема завдяки тому, що приймають у позаробочий час. Пацієнти також під-

тверджують прояви позитивної дискримінації щодо себе:

«До військових усі на кожному етапі ставляться дуже уважно. І ми намагаємося... Вибачте, може, це не дуже правильно, але... надавати їм перевагу. Їм завжди зелений коридор».  
(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)

«Але був плюс, бо я як військовий, без черг мене пропускали в деяких моментах, додавали додаткову пайку їжі, коли я лежав на стаціонарі. І, загалом, я не платив за якісь інші штуки».  
(Респондент 1, військовослужбовець)

Водночас ми наголошуємо, що такі випадки ставлення до військовослужбовців сприймаються лікарями та пацієнтами як позитивні винятки. Хоча вони повинні бути звичайною практикою, адже військовослужбовці мають право на позачергову медичну допомогу за законодавством.

**По-друге**, всім нашим респондентам-військовослужбовцям **доводилось власним коштом докуповувати ліки**. Таку необхідність також визнавали й цивільні лікарі та представники військових медичних служб:

«Є базис якийсь, а є все інше. Кожна людина, яка потрапляє в лікарню, ну так чи інакше... докуповує якісь ліки самостійно. Звичайно, це наші реалії»  
(Респондент 6, начальник медичної служби батальйону)

Ми не маємо достатньо даних, щоб оцінити, якою мірою відповідні ліки насправді покривались державою (тобто постачались за централізо-

ваними закупівлями або входили до Національного переліку лікарських засобів). Розуміємо, що принаймні в частині випадків йшлося про ситуації, коли централізованих поставок не вистачало:

«І в Києві, знаєте, як я вам скажу, я так розумію, мабуть, теж, що закупка йшла тоді на рік, і на кінець року медикаментів не вистачає... І потім закупка, мабуть, аж в лютому. То щоб не пропускати, то якісь періоди там цю хімію купляла теж».

**(Респондентка 2, військовослужбовиця)**

Або ж лікування потребувало інноваційних препаратів, таких як таргетна та імунотерапія, які переважно не закуповуються за державний кошт. Також лікарі та пацієнти говорили нам про індивідуальну реакцію на ліки – зокрема, коли препарат, який забезпечує держава, переноситься гірше ніж альтернатива, доступна лише на платній основі (Респондентка 3, дружина військовослужбовця; Респондент 11, лікар-онколог міської лікарні). В таких випадках військовослужбовець може вирішувати сам, чи витратити кошти на певну схему лікування та в якому обсязі:

«Але таргетна терапія, імунна терапія, вона буде кластися на плечі хворого. Він повинен знати, що опція є. А далі він приймає рішення, чи може він це собі дозволити чи ні. З військовими тут, мабуть, ми говоримо цю опцію, але ми говоримо багато інших варіантів того, що ми ще можемо зробити так, щоб він не використовував свої власні кошти зовсім».

**(Респондент 11, лікар-онколог міської лікарні)**

Водночас з наших інтерв'ю помітно, що лікарі не завжди ґрунтовно інформують військовослужбовців про плат-

ні альтернативи лікування, зокрема й через цілком зрозуміле небажання покладати на них фінансові витрати:

«Військовому не могли сказати - гроші в нього були, він готовий був заплатити, щоб скоріше вирішити цю проблему, але, все ж, ніхто не наважувався йому це сказати... Деяким лікарям, я знаю, що простіше сказати «Ні» військовому, «Поїдьте в інше місце», ніж сказати «Дайте гроші».

**(Респондент 10, начальник медичного пункту)**

**По-третє**, деякі наші респонденти розповідали нам про випадки, коли військовослужбовці або їхні близькі платили за медичні послуги особисто медичному персоналу та/або закуповували базові витратні матеріали:

«Пакет от цих речей, які необхідні під час операції, це було на мені... там виходить так, що тому дай, цьому занеси, з цим поговори... Те разом коштувало приблизно 70 тисяч».

**(Респондент 7, військовослужбовець)**

«Частина покривалась самотійно – це катетери, фізрозчини – це самотійно, не знаю, чому».

**(Респондент 1, військовослужбовець)**

«Вони докуповують таке, знаєте, мінімум, мінімум, мінімум. Це копійки, чесно... Ну, наприклад, у нас на даний час немає систем. От вони докуповуються, три системи. Я не знаю скільки. Це не дуже багато. Там, наприклад, у когось високі печінкові ферменти, аналізи не дуже, треба щось з цим зробити. От тоді вони докуповують препарати, які захищають і лікують ці проблеми».

**(Респондентка 12, лікарка-онколог онкодиспансеру)**

Не обійшлося і без платежів з ініціативи самих військовослужбовців або їхніх близьких для забезпечення уваги медичного персоналу цивільних лікарень:

«Якщо у тебе є можливість віддячити, ти їй занесеш якусь копійчку, так, вона до тебе зайде. А якщо немає, то ти можеш сидіти, і в мене на початку так було. І ви знаєте, потім знаходиш ті кошти, бо ти хочеш до себе якогось відношення в такій ситуації, коли ти знаєш, що ти онкохвора і ти хочеш якогось спасіння, то ти знаходиш ті кошти ... А так, приїхала в вісім ранку і могла до п'яти [чекати]».

**(Респондентка 2, військовослужбовиця)**

Ґрунтуючись на обмежених даних нашого якісного дослідження, ми не можемо говорити про порядок «витрат з кишень» військовослужбовців з онкозахворюваннями, їхню систематичність та розповсюдженість. Можемо лише констатувати, що такі витрати були у всіх військових онкопацієнтів, з якими ми спілкувались, а відповідні суми дуже різнились залежно від випадків. Так само варіювало і суб'єктивне сприйняття обсягу цих сум. Серед наших респондентів були ті, хто скаржились на непідйомні для себе витрати та потребу у залученні коштів родичів та друзів (Респондент 1, військовослужбовець), та ті, хто вважали ці витрати некритичними і не бачили в них особливої проблеми (Респондентка 2, військовослужбовиця; Респондентка 5, військовослужбовиця).

Наше дослідження також демонструє, що фінансове навантаження у зв'язку з лікуванням онкозахворювання не зменшується після звільнення з військової служби та переходу у статус ветерана. Навпаки, втрата грошового забезпечення військовослужбовця може призводити до того, що тягар витрат на лікування може стати більш відчутним:

«Беремо ветеранів, от беремо ту мою дівчинку, котру ми звільняли по інвалідності, у неї там було багато поранень важких, контузії були і таке інше. Вона стикнулася, що вона будучи ветеранкою, і ще в неї була мастепатія, а потім трансформувалася в рак груди. І вона власними силами собі збирала кошти на лікування.»

**(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ).**

Підсумовуючи питання «витрат з кишень» серед чинних та колишніх респондентів-військовослужбовців, вимушені констатувати, що воно повністю узгоджується з висновком кабінетного дослідження про загальні проблеми онкопацієнтів в Україні. З досвіду наших респондентів, статус військовослужбовця або ветерана на практиці не дає онкопацієнту суттєвого додаткового фінансового захисту, незважаючи на декларовані законодавством гарантії.

## 5.2. Проінформованість

**Проблема «витрат з кишень» військовослужбовців з онкозахворюваннями нерозривно пов'язана з інформаційним вакуумом в усіх ланках системи.**

Відзеркалюючи загальну проблему недостатньої проінформованості пацієнтської спільноти в Україні, військовослужбовці не знають про алгоритм дій у випадку хвороби, свої права як військових та пацієнтів та механізми захисту, у тому числі щодо отримання безоплатної медичної допомоги. Рак робить пацієнтів вразливими, не залишаючи часу та змоги для ознайомлення з власними правами та їхнього відстоювання:

«Вони, здебільшого не знають свої права як пацієнтів. Вони, наприклад, не знають, що вони мають право змінити свого лікуючого лікаря. Вони не знають, що мають право запросити якісь додаткові обстеження. Це проблема у війську в цілому, вони просто не знають про свої права».

**(Респондентка 8, начальниця медичної служби угруповання військ)**

«Я не вникав, як воно там все діє, на які ліки я маю право, на які не маю. Бо для мене був тоді пріоритет – це, бляха, вижити. І треба було платити – я платив і не думав, не перепитував, чи можу я на це розраховувати, чи ні».

**(Респондент 1, військовослужбовець)**

«Це теж вже на якомусь курсі хіміотерапії дізналася, мабуть, знову ж десь в черзі, знаєте, від простих таких хворих, що можна робити [аналізи] в лікарні, у сімейного по направленням безкоштовно... А так, я всі аналізи з самого почат-

ку робила в [приватній клініці]. І, наприклад, на кожну хімію, то потрібно було десь в межах, мабуть, на той даний момент, десь 2000 [грн.], всі аналізи роботи... Потім теж дізналася. Це вже ... як я вилікувалася, я взнала, що в [онкологічному] диспансері можна по направленню лікаря свого онколога [робити КТ], там завчасно треба записуватися тільки в чергу, то можна пройти безкоштовно».

**(Респондентка 2, військовослужбовиця)**

Начмедам не вистачає інформації про те, куди і як скеровувати військових з підозрою на онкозахворювання та як допомогти їм з документообігом для оглядів ВЛК, а потім МСЕК у разі оформлення інвалідності.

«Мені як начмеду в принципі не вистачає юридичних аспектів для нас. Ну, ось майже все скеровано на військовослужбовців, їх права, а мені цікаво також наші дії. Бо я йому хочу допомогти, але не розумію як.

**(Респондентка 9, начальниця медичного пункту)**

Цивільним лікарям, з якими ми спілкувались, найбільше не вистачає інформації щодо бюрократичної частини, яка супроводжує процес надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Пацієнти, як правило, шукають інформацію в інтернеті, серед знайомих, на спеціально створених ресурсах. Що ж стосується начмедів та лікарів, вони згадують так зване «сарафанне радіо», тобто консультації з колегами, які вже мали потрібний досвід, як основне джерело практичних порад.





# ВСТАНОВЛЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ОНКОЗАХВОРЮВАННЯ З ВІЙСЬКОВОЮ СЛУЖБОЮ ТА ГРОШОВІ ВИПЛАТИ

У разі виявлення у військовослужбовців раку або погіршення стану їхнього здоров'я у зв'язку з раніше діагностованими онкозахворюваннями, питання подальшої придатності до служби розглядає ВЛК. Це може відбуватись за різними сценаріями. Якщо захворювання виявлене під час обстеження або лікування у ЗОЗ та обумовлює непридатність до служби, на медичний огляд ВЛК військовослужбовця може направити керівник такого ЗОЗ за поданням керівника профільного відділення.<sup>130</sup> Альтернативно направити на огляд ВЛК може командир частини (або вище керівництво) за рекомендацією лікаря ЗОЗ, де проходив обстеження або лікування військовослужбовець. Також направляти військовослужбовців на огляд ВЛК мають право ТЦК та СП.<sup>131</sup>

Порядок визначення ступеня придатності до військової служби у випадку онкозахворювань і проблеми, які у зв'язку з цим виникають, описані у розділі 3 цього звіту. За результатами огляду, ВЛК може визнати військовослужбовця придатним до служби, тимчасово непридатним з переоглядом через 6-12 місяців (переведення в запас) або непридатним з виключенням з військового обліку (звільнення зі служби)<sup>132-133</sup>.

Важливу роль у проходженні огляду ВЛК відіграє встановлення зв'язку між захворюванням та військовою службою. Рішення ВЛК з цього приводу є визначальним при оформленні військовослужбовцями та ветеранами (після звільнення зі служби) групи інвалідності в рамках медико-соціальної експертизи та визначенні МСЕК зв'язку інвалідності з виконанням обов'язків військової служби.<sup>134</sup> Рішення МСЕК своєю чергою обумовлює право військовослужбовців/ветеранів на отримання одноразової

грошової допомоги та військової пенсії у зв'язку з інвалідністю. Наведена далі таблиця систематизує види рішень ВЛК та їхній вплив на виплати військовослужбовцям/ветеранам.

Принципи встановлення ВЛК зв'язку між військовою службою та порушеннями здоров'я значно краще пристосовані до поранень та травм, які отримані внаслідок бойових дій та можуть бути одразу зафіксовані. Для хронічних захворювань, не пов'язаних з травмами, основою прийняття рішень є визначення моменту, коли хвороба **виникла або почала розвиватися** (тобто чи сталось це під час участі в бойових діях/в період служби). Об'єктивне встановлення такого моменту може бути складним або неможливим для злоякісних новоутворень. Якщо відомо, що хвороба виникла до військової служби, має визначатись, чи **вплинув розвиток захворювання під час служби на придатність військовослужбовця**, що також є непростим для оцінки критерієм.

Крім того, процедура встановлення зв'язку між військовою службою та порушенням здоров'я недостатньо врегульована. Наприклад, ключовим документом, з якого для чинних військовослужбовців зазвичай починається цей процес, є довідка про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва)<sup>135</sup>. Такі довідки складають начальники медичних служб військових частин. Окрім як у випадках травм, спричинених діями противника, видача такої довідки потребує проведення військовою частиною розслідування обставин травми.<sup>136</sup> Немає чітких вказівок, чи має таке розслідування проводитись, а довідка – видаватись у випадку виявлення у військовослужбовця раку або його рецидиву. На це звернула увагу й одна з наших респонденток:

130 - Пункт 6.4 Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

131 - Пункт 6.1 Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

132 - Стаття 26 Закону України «Про військовий обов'язок та військову службу» № 2232-XII від 26.03.1992.

133 - Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

134 - Постанова КМУ «Питання медико-соціальної експертизи» № 1317 від 3.12.2009.

135 - Пункт 21.7 Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

136 - Пункт 260 Статуту внутрішньої служби ЗСУ, затвердженого Законом України №548-XIV від 24.03.1999.



**Таблиця 3:** Рішення ВЛК щодо зв'язку між захворюванням та військовою службою та їх вплив на виплати військовослужбовцям/ветеранам.<sup>137</sup>

Рішення ВЛК	Обставини захворювання	Виплати військовослужбовцям / ветеранам
<b>Захворювання, пов'язане із захистом Батьківщини</b>	Виникло під час участі в бойових діях. Також застосовується при <b>хронічних повільно прогресуючих захворюваннях</b> за наявності медичних документів, що етіопатогенетично підтверджують <b>початок захворювання у період участі в бойових діях</b>	Одноразова грошова допомога. <sup>138</sup> 1 група інвалідності: 1 211 200 грн. 2 група інвалідності: 908 400 грн. 3 група інвалідності: 757 000 грн.  Пенсія по інвалідності: 1 група інвалідності: 100% грошового забезпечення (заробітку) 2 група інвалідності: 80% грошового забезпечення (заробітку) 3 група інвалідності: 60% грошового забезпечення (заробітку)
<b>Захворювання (поранення, контузія, каліцтво, травма), пов'язане із проходженням військової служби</b>	Виникло (а) <b>в період служби</b> , але не під час участі в бойових діях, або (б) <b>до служби</b> , але <b>в період служби досягло такого розвитку, який призводить до непридатності</b>	Одноразова грошова допомога: 1 група інвалідності: 363 360 грн. 2 група інвалідності: 272 520 грн. 3 група інвалідності: 211 960 грн.  Пенсія у зв'язку з інвалідністю: 1 група інвалідності: 70% грошового забезпечення (заробітку) 2 група інвалідності: 60% грошового забезпечення (заробітку) 3 група інвалідності: 40% грошового забезпечення (заробітку)
<b>Захворювання, поранення (поранення, контузія, каліцтво, травма), НЕ пов'язане із проходженням військової служби</b>	Виникло (а) <b>до служби</b> (у т.ч. якщо не виявлено первинним оглядом ВЛК), але <b>служба не вплинула на захворювання і придатність</b> , або (б) <b>після звільнення зі служби, коли початок захворювання не можна віднести на період служби</b>	Не дає права на одноразову грошову допомогу, військову пенсію у зв'язку з інвалідністю

137 - Складено на основі: Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затвердженого Наказом МО №402 від 14.08.2008; Порядку призначення і виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, призваних на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві, затвердженого Постановою КМУ №975 від 25.12.2013; Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб» № 2262-XII від 9.04.1992. 131 - Пункт 6.1 Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ, затверджене Наказом МО №402 від 14.08.2008.

138 - На 2024 рік, визначається у прив'язці до прожиткового мінімуму.



«Але хтозна звідки вони беруть оце на захворювання довідку [про обставини травми]... це їм дає госпіталь таку інформацію. Це наче чую дзвін, не знаю звідки він. А потім виходить, що поганий начмед, бо не видає довідку... А у мене немає підстав для цього».

**(Респондентка 9, начальниця медичного пункту)**

Загалом законодавство вимагає проведення розслідувань у випадку нещасних випадків з військовослужбовцями або в разі виявлення у них професійних захворювань. **Професійним** є захворювання, що виникло внаслідок виконання військовослужбовцем обов'язків військової служби та зумовлено винятково або переважно впливом шкідливих факторів середовища, де виконувались ці обов'язки, та/або шкідливим фактором процесу їхнього виконання. Професійне захворювання вважається **гострим**, якщо вплив шкідливих факторів був одноразовим (до 1 доби), та **хронічним**, якщо вплив був багаторазовим та/або тривалим. Гостре професійне захворювання класифікується як нещасний випадок. Для розслідування професійних захворювань встановлені спеціальні процедури. У випадку **хронічних професійних захворювань** процедура є ускладненою і має залучати медичну службу, командування військової частини та представників регіонального санітарно-епідеміологічного управління, з подальшим прийняттям ВЛК військових ЗОЗ та, у спірних випадках, Центральною ВЛК

рішень про причинний зв'язок між захворюванням та службою.<sup>139</sup>

При цьому, затверджений в Україні **перелік професійних захворювань** не є специфічним для військової служби та не оновлювався з моменту його ухвалення у 2000 році.<sup>140</sup> Він містить обмежений розділ зі злоякісними новоутвореннями (професійний рак), що переважно орієнтований на виробничі професії. Наприклад, пухлини органів дихання пов'язуються з роботами з геологічної розвідки, добування і переробки азбесту. Не визначено, чи вважатиметься рак органів дихання професійним, якщо він розвивається внаслідок контакту з азбестом в інших обставинах (зокрема, під час військової служби). Департамент у справах ветеранів США зараховує азбест до специфічних для військової служби шкідливих факторів, визнаючи, що під час операції в Іраку військовослужбовці могли мати контакт з ним під час пошкодження старих будівель. Азбест своєю чергою може спричиняти розвиток раку легень.<sup>141</sup>

Описані вище прогалини можуть призводити до непослідовності у рішеннях ВЛК щодо встановлення зв'язку між онкозахворюваннями та військовою службою. Як продемонстровано вище, ці рішення є важливими, оскільки вони безпосередньо впливають на право військовослужбовців/ветеранів отримувати суттєві виплати, які можуть бути критичними в боротьбі з раком. Непослідовність вже простежується в судовій практиці. Нижче ми описуємо три приклади, які це ілюструють.

139 - Інструкція про розслідування та облік нещасних випадків з військовослужбовцями, професійних захворювань і аварій у Збройних Силах України, затверджена Наказом МО №332 від 27.10.2021.

140 - Окрім додавання COVID-19 як професійного захворювання для медиків. Перелік професійних захворювань, затверджений Постановою КМУ №1662 від 8.11.2000.

141 - U.S. Department of Veteran Affairs – Public Health – Military Exposures – Asbestos.  
<https://www.publichealth.va.gov/exposures/asbestos/index.asp>.

**ПРИКЛАД 1<sup>142</sup>**

У справі №300/1871/23, яка розглядалась Івано-Франківським окружним адміністративним судом, позивач був визнаний придатним ВЛК та мобілізований у квітні 2022 року. У червні 2022 року йому було діагностовано рак прямої кишки IV стадії. Під час подальшого огляду ВЛК районного ТЦК та СП він був визнаний непридатним, а **захворювання – не пов'язаним з проходженням військової служби**. Позивач оскаржував бездіяльність військової частини щодо непроведення розслідування обставин захворювання та невидачу довідки про обставини травми, а також невиконання йому одноразової грошової допомоги та військової пенсії у зв'язку з інвалідністю 2 групи. Військова частина обґрунтовувала свою позицію тим, що рак прямої кишки **не входить в перелік професійних захворювань**, а позивач визнав, що **хвороба виникла до початку служби**. До справи було долучено МО, яке наголошувало на безпідставності тверджень позивача про стрімкий розвиток захворювання під час служби. При цьому, суд встановив, що **ВЛК не досліджувала, чи прогресувало захворювання під час служби й чи не досягло воно стадії розвитку, який призвів до непридатності** (в такому випадку ВЛК мала пов'язати захворювання зі службою). Суд вирішив, що бездіяльність військової частини щодо невидачі довідки про обставини травми та непроведення службового розслідування була неправомірною. Питання призначення одноразової грошової виплати та пенсії були визнані похідними від рішення ВЛК. Апеляційна інстанція залишила без змін рішення суду.

**ПРИКЛАД 2<sup>143</sup>**

У справі № 240/20236/23, яка розглядалась Житомирським окружним адміністративним судом, позивач з діагнозом рак сечового міхура II стадії (II група інвалідності) оскаржував рішення Госпітальної ВЛК психоневрологічного профілю ГВКГ щодо встановлення зв'язку між онкозахворюванням та військовою службою. Після проходження позивачем лікування у 2022 році, ВЛК встановила, що його **захворювання є пов'язаним з проходженням військової служби**. Позивач вимагав пов'язати його із захистом Батьківщини, бо він був учасником бойових дій. За роз'ясненнями Центральної ВЛК, оскільки захворювання є хронічним та розвивається роками, лікарі дійшли до висновку, що рак етіопатогенетично **виник до військової служби, а в період служби досяг такого розвитку, що призвів до непридатності**. Суд відмовив у позові через відсутність юрисдикції, адже за позицією Верховного Суду суди не мають права переймати повноваження ВЛК.

142 - Івано-Франківський окружний адміністративний суд (2023). Рішення № 111687180. [https://youcontrol.com.ua/catalog/court-document/111687180/?fbclid=IwZXhObgNhZW0CMTAAR1WvZefn-1OpfbEpzHY6JHkijXS3BCXbZSsqGGoXMcMagrpm34GjiL35H0s\\_aem\\_L\\_g9TnxDCjtuLHtz7RrRZA](https://youcontrol.com.ua/catalog/court-document/111687180/?fbclid=IwZXhObgNhZW0CMTAAR1WvZefn-1OpfbEpzHY6JHkijXS3BCXbZSsqGGoXMcMagrpm34GjiL35H0s_aem_L_g9TnxDCjtuLHtz7RrRZA).

143 - Житомирський окружний адміністративний суд (2023). Рішення №114358530. <https://reyestr.court.gov.ua/Review/114358530>.

Враховуючи, що розвиток раку може бути довготривалим і мати летальні наслідки, рішення ВЛК про встановлення зв'язку між хворобою та військовою службою також впливає на можливість подальшого отримання одноразової грошової допомоги сім'ями військовослужбовців та

ветеранів у разі їхньої смерті. Терміни призначення такої допомоги є обмеженими. До 2018 року вона виплачувалась лише сім'ям чинних військовослужбовців. Станом на сьогодні виплата також можлива у випадку смерті ветерана протягом року після звільнення зі служби.<sup>144</sup>



### ПРИКЛАД 3<sup>145</sup>

У справі №500/718/19, яка розглядалась Тернопільським окружним адміністративним судом, військовослужбовець був мобілізований у 2014 році та звільнений зі служби за станом здоров'я у 2015 році. Через 4 місяці після звільнення він помер через онкологічне захворювання. ВЛК Західного регіону встановила, що **захворювання та причина смерті пов'язані із захистом Батьківщини**. В одноразовій грошовій допомозі сім'ї було відмовлено, оскільки на той момент законодавство не передбачало її виплату після смерті ветерана.

Розглянуті приклади демонструють три різні підходи ВЛК до встановлення зв'язку між онкозахворюванням та військовою службою. У перших двох випадках кардинально різні рішення (одне з яких дає право на подальші виплати, а інше ні) ухвалені в дуже подібних ситуаціях.

Враховуючи збільшення кількісного складу Сил Оборони та проблему пізнього виявлення раку в Україні, актуальність визначення зв'язку між онкозахворюваннями та військовою службою зростатиме. Послідовна позиція з цього приводу має бути сформульована на центральному рівні (шляхом вдосконалення законодавства, видачі роз'яснень і т.п.). Військовослужбовці та ветерани з онкозахворюваннями повинні знати, на яку підтримку держави вони можуть розраховувати. Також потребує оновлення перелік професійних захворювань, враховуючи воєнний стан в Україні та підвищення ризиків впливу шкідливих факторів на військовослужбовців.

144 - Порядок призначення і виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, призваних на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві, затверджений Постановою КМУ №975 від 25.12.2013.

145 - Тернопільський окружний адміністративний суд (2019). Рішення у справі №500/718/19. <https://reyestr.court.gov.ua/Review/83572334>.

# ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Наше дослідження продемонструвало, що держава не має системного підходу до обліку онкологічної захворюваності та смертності серед військовослужбовців та ветеранів.

Враховуючи, що Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року передбачає аналіз територіального та професійного розподілу факторів ризику розвитку раку, обумовлених воєнними чинниками, такий аналіз має бути поєднаний з формуванням достовірних статистичних даних. Міжнародний досвід свідчить, що вплив шкідливих факторів на здоров'я військовослужбовців може проявлятися у довгостроковій перспективі та має відстежуватися систематично.

Національна стратегія та інші нормативні документи онкологічної служби не містять специфічних положень, орієнтованих на військовослужбовців та ветеранів. Водночас наше дослідження виявило низку викликів для цих груп пацієнтів.

Рішення ВЛК стосовно визначення ступеня придатності до військової служби при онкозахворюваннях та встановлення зв'язку між раком та військовою службою є непослідовними, що впливає як на можливість непридатних онкохворих звільнитися з війська, так і отримати грошову допо-

могу. Ба більше, узагальнені формулювання нормативно-правових актів стосовно визначення придатності до військової служби при онкозахворюваннях не дають достатніх вказівок для детальної оцінки сумісності умов служби з наслідками лікування, включаючи потребу у довгостроковому спостереженні, обстеженнях та ліках.

Військовослужбовці повною мірою зіштовхуються із загальними проблемами онкопацієнтів в Україні: пізнє виявлення раку, недостатня координація медичної допомоги, «витрати з кишень» на діагностику та лікування та брак інформаційної підтримки. Однак для військовослужбовців кожна з цих проблем має додатковий рівень складності, оскільки їхній шлях в системі розділений між військовою та цивільною ланками єдиного медичного простору. Обидві ланки додають до шляху військовослужбовців з онкозахворюваннями свої перепони: військова – недостатню обізнаність медичного персоналу про симптоми та лікування раку, а також численні бюрократичні процедури, що обтяжують доступ до медичної допомоги; цивільна – недостатнє розуміння потреб військовослужбовців, а іноді й байдуже ставлення до них (порівняно з військовими ЗОЗ). Взаємодія між цими двома ланками є слабкою, а часом – відсутньою.



В результаті уніфікованого маршруту військовослужбовця з онкозахворюванням або підозрою на нього в єдиному медичному просторі не існує. Строки та успішність проходження різних варіантів цих маршрутів залежать не стільки від медичних факторів, скільки від ініціативності начальників медичних служб, розуміння військового командування, наявності у військових закладах охорони здоров'я вільних рук, щоб вчасно звернути увагу на онкохворого, та ставлення медичного персоналу в цивільних лікарнях.

Хоча військовослужбовці та ветерани мають низку розширених спеціальних прав у зв'язку з отриманням медичної допомоги, наше дослідження фактично не зафіксувало їхньої реалізації на практиці (окрім додаткового харчування та позачергового обслуговування військовослужбовців в деяких державних та комунальних лікарнях на несистематичній основі). Показовим прикладом є право учасників бойових дій на забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами, яке задеклароване законодавством. Попри цю законодавчу гарантію, військовослужбовці та ветерани з онкозахворюваннями витрачають власні кошти на ліки, витратні матеріали та інші медичні вироби, як й інші пацієнти. Аналогічно на них часто лягають і інші витрати у зв'язку з отриманням медичної допомоги: оплата діагностики, неформальні платежі медичному персоналу і т. ін. Розрив між формальними правами військовослужбовців та ветеранів в галузі охорони здоров'я (як під час, так і після звільнення з військової служби) та обмеженою спроможністю і механізмами їхнього забезпечення є системною проблемою, яка має бути вирішена на рівні державної політики.

**Відповідно наші рекомендації є такими:**

- Потреби військовослужбовців та ветеранів з онкозахворюваннями мають бути враховані та відображені в планах дій на виконання Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року, із залученням до їхньої реалізації Департаменту охорони здоров'я МО та військової ланки єдиного медичного простору (поряд зі стейкхолдерами системи охорони здоров'я цивільного населення);
- Необхідне інтегрованих формування статистичних даних щодо захворюваності та смертності від раку серед військовослужбовців та ветеранів для подальшого проведення досліджень впливу притаманних для військової служби шкідливих факторів на ці показники. Це передбачає і перегляд поточного переліку професійних захворювань, з урахуванням воєнних дій в Україні;
- Зусилля для підвищення онконастороженості лікарів в Україні мають охоплювати ВЛК, військові медичні служби та військові ЗОЗ;
- Затверджений МО розклад хвороб, який використовується ВЛК для визначення ступеня придатності до військової служби, має бути переглянутий групою профільних медичних експертів (військових та цивільних) в частині злоякісних новоутворень. Такий перегляд має передбачати розробку більш детальних інструкцій щодо оцінки сумісності умов служби з наслідками лікування раку, в тому числі та потребу у довгостроковому

- спостереженні, обстеженнях та ліках. Також має бути забезпечене послідовне врахування ВЛК висновків профільних лікарів у рішеннях про придатність до військової служби при онкозахворюваннях;
- Необхідне напрацювання уніфікованого підходу (шляхом внесення змін в законодавство, видачі роз'яснень тощо) до встановлення ВЛК зв'язку між онкозахворюваннями та військовою службою, що впливає на подальші грошові виплати військовослужбовцям та ветеранам;
  - Військовослужбовці мають бути передбачені в програмах раннього виявлення раку та онкологічного скринінгу в разі їхнього запровадження в Україні на доказових засадах. Потенційно такі програми можуть бути інтегровані з системою диспансеризації та періодичних медичних оглядів в ЗСУ;
  - Актуалізація структурно-організаційної моделі системи надання медичної допомоги пацієнтам з онкозахворюваннями, передбачена Національною стратегією контролю злоякісних новоутворень до 2030 року, має охоплювати військову ланку єдиного медичного простору. МО та МОЗ слід спільно визначити маршрути пацієнтів, які потребують спеціалізованої допомоги, що не надається військовими госпіталями та вимагає скерування до державних та комунальних ЗОЗ. Якщо військові ЗОЗ залишатимуться в таких маршрутах як «первинна ланка», вони повинні мати ресурси для роботи з хворобами, не пов'язаними з пораненнями та травмами. Відповідні маршрути мають бути доведені до всіх учасників процесу (медичні служби військових підрозділів, військові та цивільні ЗОЗ);
  - Необхідне запровадження ефективних інструментів координації медичної допомоги військовослужбовцям з онкозахворюваннями в єдиному медичному просторі, з наданням військовослужбовцям підтримки під час діагностики/лікування у цивільних ЗОЗ та проходження специфічних для військової служби бюрократичних процедур;
  - Слід забезпечити можливості для відновлення та реабілітації військовослужбовців з онкозахворюваннями між курсами спеціального лікування та після них (наприклад, шляхом направлення їх в санаторії або вчасного надання відпусток для відновлення вдома);
  - Мають бути посилені заходи інформування та контролю, які запобігатимуть практиці незаконного вимагання у військовослужбовців та ветеранів оплати медичних послуг, ліків та медичних виробів витратних матеріалів та лікарських засобів, які покриваються ПМГ або іншими державними програмами.
  - Необхідно посилювати інформаційну політику (із залученням неурядових організацій) для підвищення обізнаності військовослужбовців про послуги та можливості, гарантовані для них державою в сфері охорони здоров'я. Зокрема, це актуально для будь-яких видів спеціалізованої медичної допомоги (не лише онкологічної), які надаються військовослужбовцям позавійськовою системою. Мають бути створені ресурси, які надаватимуть їм зрозумілу систематизовану інформацію про (i) медичні послуги та лікарські засоби, які безоплатно забезпечуються в рамках ПМГ та інших державних програм; (ii) альтернативні шляхи отримання недо-

ступних послуг та препаратів (медична евакуація за кордон, участь у програмах клінічних випробувань, звернення до організацій підтримки пацієнтів та ін.); (iii) права пацієнта-військовослужбовця; (iv) способи захисту прав у випадку їх порушення (наприклад, інструменти для перевірки наявності ліків у державних та комунальних лікарнях з використанням дашбордів МЗУ та сайт Є-ліки, порядок подання скарг до НСЗУ тощо.);

- Лікарі цивільних ЗОЗ мають бути проінформовані про особливості роботи з військовослужбовцями (права військовослужбовців, спеціальні вимоги до документообігу, порядок комунікації з медичними службами військових підрозділів і т.ін.).

# Додаток



Критерії визначення придатності до військової служби осіб з онкологічними захворюваннями<sup>146</sup>

Група захворювань	Діагноз / медичний стан	Роз'яснювальні додаткові критерії	Ступінь придатності
<b>Злоякісні новоутворення всіх локалізацій (коди C00-C80 за МКХ-10), а також метастази з неуточнених локалізацій</b>	Віддалені метастази й неможливість радикального хірургічного лікування	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пухлини головного та спинного мозку;</li> <li>• новоутворення невизначеного або невідомого характеру оболонок мозку, які прогресують або призводять до стійких паралічів, глибоких парезів кінцівок зі стійкими порушеннями чутливості або трофіки;</li> <li>• новоутворення головного мозку та центральної нервової системи невизначеного або невідомого характеру;</li> <li>• новоутворення невизначеного або невідомого характеру ендокринних залоз;</li> <li>• злоякісні новоутворення кісток та суглобів незалежно від поширеності та стадії;</li> <li>• злоякісні новоутворення інших органів та м'яких тканин з <b>віддаленими метастазами після нерадикального хірургічного лікування або прогресування (рецидив) захворювання після раніше проведеного лікування.</b></li> </ul>	<b>Непридатні</b> з виключенням з військового обліку
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рак нижньої губи;</li> <li>• рак шкіри;</li> <li>• <b>злоякісні новоутворення будь-яких локалізацій після радикального хірургічного лікування первинної пухлини</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рубці після радикального лікування злоякісних пухлин нижньої губи та шкіри;</li> <li>• плоскоклітинний рак шкіри після радикального лікування;</li> <li>• наслідки протипухлинного лікування (хірургічного втручання, хіміотерапії або променевої терапії).</li> <li>• Чинні військовослужбовці, які потребують винятково хірургічного лікування (базаліома, обмежені форми сарком, рак грудної залози I-IIA стадії, рак легені I-IIA стадії, пухлини середостіння з чіткою капсулою, без інвазії в органи середостіння, легеню, ребра, грудину) або локальної променевої терапії.</li> </ul>	<b>Придатні до служби у небойових підрозділах.</b> Придатні, окрім як для служби в підрозділах спецпризначення, десантно-штурмових військах, морській піхоті, спеціальних спорудах.
		<b>Через 5 років ремісії</b> після успішного радикального лікування без рецидивів та значних порушень функцій. <b>Контрактники також протягом перших 5 років</b> після успішного радикального лікування первинної пухлини, за відсутності ознак рецидиву та значних порушень функцій.	Можуть бути визнані <b>придатними</b> (мають оцінюватись наявні наслідки лікування та порушення функцій)

146 - Складено на основі Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби, служби у військовому резерві, затвердженого Наказом МО №402 від 14.08.2008. При цьому охоплено лише захворювання з кодами C00-C80 за МКХ-10, що відповідає обліку онкологічних хвороб в Національному канцер-реєстрі.

Група захворювань	Діагноз / медичний стан	Роз'яснювальні додаткові критерії	Ступінь придатності
<b>Злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин (коди С81-С96 за МКХ-10)</b>	Швидко та повільно прогресуючі захворювання, зі значними змінами у складі крові й періодичними загостреннями	Після повного курсу лікування, (оперативне лікування, хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), але <b>тривалість ремісії менш як 5 років.</b>	<b>Непридатні</b> з виключенням з військового обліку
	Повільно прогресуючі і не прогресуючі з помірними та незначними порушеннями функції кровотворної системи і нечастими загостреннями	Захворювання в початкових або інших стадіях, які <b>не потребують</b> , згідно з діючими клінічними протоколами, <b>специфічного лікування</b> (оперативне лікування, хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо).  Лімфома Ходжкіна (С81) та фолікулярні неходжкінські лімфоми (С82) у I-II стадіях <b>при досягненні ремісії</b> (доброї відповіді) після проведення терапії першої лінії (хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо).	<b>Придатні до служби у небойових підрозділах</b>
	Захворювання у фазі тривалої стійкої ремісії після проведеного специфічного лікування	Після повного курсу лікування, (оперативне лікування, хіміотерапія, таргетна терапія, імунотерапія, променева терапія тощо), якщо <b>тривалість ремісії понад 5 років.</b>	<b>Придатні</b>
<b>Будь-які злоякісні новоутворення</b>	Стани після хірургічного лікування, проведення хіміотерапії або променевої терапії	Для призовників – відстрочка за станом здоров'я на строк до 2 місяців (може бути двічі продовжена на загальний строк до 6 місяців).	<b>Тимчасово непридатні.</b> Підлягають переогляду ВЛК через визначений строк.
		Переогляд через 6-12 місяців для діючих військовослужбовців, які мають: <ul style="list-style-type: none"> <li>• злоякісні новоутворення та потребують тривалого лікування (хірургічне лікування, хіміотерапія, променева терапія, таргетна терапія, імунотерапія);</li> <li>• значні рентгенологічні, ендоскопічні зміни (постпроменевий, постзапальний пневмофіброз, що поширюється на долю легені та більше; рубцеві деформації трахеї та бронхів).</li> </ul>	<b>Непридатні з переоглядом через 6-12 місяців</b>





