

ISSN 2077-6594

# УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

№ 3 (Спецвипуск  
Спецвипуск  
Special Issue), 2015

*Україна. Здоров'я нації*  
*Ukraine. Nation's Health*

НАУКОВО-  
ПРАКТИЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

**ЗАСНОВНИКИ**

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

**Головний редактор журналу** – Слабкий Г.О.  
**Заступники головного редактора** – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.  
**Відповідальний редактор** – Ситенко О.Р.  
**Літературний редактор** – Ратаніна О.М., Шумило О.В.  
**Дизайн і верстка** – Кривенко Є.М.  
**Секретаріат** – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

**Голова редакційної колегії** Лехан В.М.

Болдижар О.О.	Грузева Т.С.	Любінець О.В.	Станчак Я.
Бояр І.	Децик О.З.	Мельник П.С.	Фера О.В.
Вороненко Ю.В.	Карамзіна Л.А.	Нагорна А.М.	Чепелевська Л.А.
Гойда Н.Г.	Ковальова О.М.	Овоц А.	Чопей І.В.
Голованова І.А.	Котуза А.С.	Рогач І.М.	Шатило В.Й.
Голубчиков М.В.	Лисак В.П.	Сайдакова Н.О.	

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

**Голова редакційної ради** Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)	Коваленко О.С. (Київ)	Медведовська Н.В. (Київ)	Степаненко А.В. (Київ)
Бугорков І.В. (Донецьк)	Кудренко М.В. (Київ)	Миронюк І.С. (Ужгород)	Толстанов О.К. (Київ)
Дудіна О.О. (Київ)	Лашкул З.В. (Запоріжжя)	Моїсеєнко Р.О. (Київ)	Ярош Н.П. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)	Лобас В.М. (Донецьк)	Огнєв В.А. (Харків)	Ященко Ю.Б. (Київ)
Жилка Н.Я. (Київ)	Майоров О.Ю. (Харків)	Рудень В.В. (Львів)	
Клименко В.І. (Запоріжжя)	Матюха Л.Ф. (Київ)	Ситенко О.Р. (Київ)	

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).  
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».  
Протокол № 7 від 24.09.2015 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна  
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09  
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.  
Підписано до друку 25 вересня 2015 р. Загальний наклад 2500 прим. Зам. № 2294

**Видавець:**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

**Видавник:**

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»  
Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»  
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.  
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,  
допускається лише з письмового дозволу редакції.

## ЗМІСТ

### ВСТУПНЕ СЛОВО

Привітання Міністра  
охорони здоров'я України О. Квіташвілі ..... 7

Привітання Президента  
Національної академії  
медичних наук України А.М. Сердюка ..... 8

**ПРОГРАМА НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ПРАКТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ВІДОМЧИХ  
МЕДИЧНИХ СТРУКТУР  
В ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНУ СИСТЕМУ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ  
РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ  
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»  
(15 жовтня 2015 року, м. Київ) ..... 9**

### АКТУАЛЬНА ТЕМА

*Мельник П.С., Дзюба О.М., Кудренко М.В.*  
Організаційно-правові основи діяльності  
національної системи охорони здоров'я.  
Реалії. Проблеми. Інтеграція відомчих  
медичних структур – ключовий аспект  
у формуванні єдиного медичного  
простору держави ..... 12

### СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ

*Бабій Т.Ф.*  
Підсумки реформування галузі  
охорони здоров'я Вінницької області,  
перспективи розвитку на майбутні роки ..... 15

*Верба А.В.*  
Роль і місце військової медицини  
в єдиному медичному просторі України ..... 19

*Вороненко Ю.В., Толстанов О.К.,  
Михальчук В.М., Латішев Є.Є.*  
Підготовка управлінських кадрів  
для сфери охорони здоров'я ..... 22

*Дубініна В.Г., Котуза А.С.,  
Роша Л.Г., Бусел С.В.*  
Досвід впровадження системи менеджменту  
якості в Університетській клініці ..... 25

*Жаховський В.О., Лівінський В.Г.,  
Кудренко М.В., Слабкий Г.О.*  
Антитерористична операція в Україні:  
уроки медичного забезпечення ..... 31

*Жаховський В.О., Лівінський В.Г.*  
Восно-медична доктрина України  
як інструмент формування  
єдиного медичного простору ..... 36

*Жилка Н.Я., Кудря А.В.*  
Аналіз нормативно-правового  
забезпечення діяльності лікаря  
загальної практики – сімейного  
лікаря в Україні ..... 40

*Заградська О.Л.*  
Інноваційні підходи до модернізації  
державного управління охороною здоров'я  
на регіональному рівні ..... 45

*Защик Н.С.*  
Формування здорового способу життя  
як фактор збереження психічного  
здоров'я населення ..... 50

*Коваленко О.О.*  
Сучасний стан адаптації  
міжнародних стандартів  
в систему охорони здоров'я України ..... 54

*Крохмалюк Л.В.*  
Основні функції громадського здоров'я  
як основа до реформування санітарно-  
епідеміологічної служби ..... 59

*Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В.*  
Аналіз результатів реформування системи  
охорони здоров'я в пілотних регіонах:  
позитивні наслідки, проблеми та можливі  
шляхи їх вирішення ..... 67

*Пархоменко Г.Я., Слабкий В.Г.*  
Роль і функція лікарень: сучасний погляд ..... 87

*Савчук О.В.*  
Розвиток комунальних  
стоматологічних закладів на базі  
державно-приватного партнерства ..... 94

*Свиридюк В.З.*  
Детермінанти якості медичної допомоги  
та перспективні підходи до її удосконалення ..... 98

*Слабкий Г.О., Стриженко В.І.,  
Булах О.Ю., Кудренко М.В.*

**Концептуальні підходи до створення  
та розвитку єдиного медичного простору ..... 108**

*Черешнюк Г.С.*

**Узагальнений досвід реформування  
системи охорони здоров'я в 1996–2002 рр.  
та 2011–2014 рр., ключові проблеми,  
пропозиції (на прикладі м. Вінниці) ..... 112**

*Шафранський В.В., Дудник С.В.*

**Стратегія досягнення здоров'я  
та благополуччя населення країни  
в умовах сучасних викликів  
українському суспільству ..... 118**

*Ярош Н.П.*

**Формування державної політики  
в галузі охорони здоров'я: використання  
зарубіжного та вітчизняного досвіду ..... 123**

**РЕЗОЛЮЦІЯ КОНФЕРЕНЦІЇ ..... 127**

---

## CONTENT

### KEYNOTE SPEECH

Greeting from Minister  
of Health of Ukraine A.Kvitashvili ..... 7

Greeting from President  
of the National Academy  
of Sciences of Ukraine A.M. Serdyuk ..... 8

**THE PROGRAM OF SCIENTIFIC AND  
PRACTICAL CONFERENCE «TOPICAL ISSUES  
OF PRACTICAL INTEGRATION  
OF DEPARTMENTAL MEDICAL STRUCTURES  
IN THE NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM  
IN THE CONTEXT OF THE STATE POLICY  
OF HEALTH CARE OF UKRAINE»  
(Kyiv, October 15, 2015)** ..... 9

### ACTUAL THEME

*Melnyk P.S., Dziuba O.V., Kudrenko M.V.*  
**The organizational and legal framework  
of the national health system. The realities.  
Problems. Integration of departmental medical  
institutions – a key aspect in the formation  
of a single medical space of the State** ..... 12

### ARTICLES OF THE ATTENDANTS OF CONFERENCE

*Babiy T.F.*  
**About summarizing the results of reform  
of the healthcare branch of Vinnitsa region,  
prospects of development for future years** ..... 15

*Verba A.V.*  
**Role and place of military medicine  
in a single medical space of Ukraine** ..... 19

*Voronenko Yu.V., Tolstakov O.K.,  
Mykhalchuk V.M., Latyshev E.E.*  
**Training of management staff  
for healthcare sphere** ..... 22

*Dubinina V.G., Kotuza A.S.,  
Roshka L.G., Busel S.V.*  
**Experience of quality management system  
at the University Clinic** ..... 25

*Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G.,  
Kudrenko M.V., Slabky G.O.*  
**Anti-terror operation in Ukraine:  
lessons of the medical providing** ..... 31

*Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G.*  
**Military medical doctrine  
as a tool for Ukraine single medical space** ..... 36

*Zhylka N.Ya., Kudria A.V.*  
**Analysis of the legal regulation  
of general practitioners-family  
doctors activity in Ukraine** ..... 40

*Zagradska O.L.*  
**Innovative approaches  
to the modernization of state  
health care management at regional level** ..... 45

*Zashchyk N.S.*  
**Forming healthy way of life as the factor  
of preserving psychic health of population** ..... 50

*Kovalenko O.O.*  
**The current state of adaptation  
of international standards  
in health care system of Ukraine** ..... 54

*Krokhmaliuk L.V.*  
**The main functions  
of public health as the basis to reform  
sanitary epidemiological service** ..... 59

*Lekhan V.M., Slabky G.O., Shevchenko M.V.*  
**Analysis of health reform  
in pilot regions: the positive effects,  
problems and possible solutions** ..... 67

*Parkhomenko G.Ya., Slabky V.G.*  
**Role and functions of hospitals:  
a modern view** ..... 87

*Savchuk O.V.*  
**Development of municipal dental clinics  
based on public-private partnership** ..... 94

*Svyrydiuk V.Z.*  
**Determinants of quality  
of medicare and perspective approaches  
to its improvement** ..... 98

*Slabky G.O., Stryzhenko V.I.,  
Bulakh O.Yu., Kudrenko M.V.*  
**Conceptual approaches  
to the creation and development  
of a single medical space ..... 108**

*Chereshniuk G.S.*  
**The experience of reform of health care system  
in 1996-2002 and 2011-2014, key issues, proposal  
(on Vinnytsya example) ..... 112**

*Shafransky V.V., Dudnyk S.V.*  
**Strategy for achieving health and welfare  
of the population in conditions  
of modern challenges to Ukrainian society ..... 118**

*Yarosh N.P.*  
**State policy in health care:  
the use of foreign and domestic experience ..... 123**

**CONFERENCE RESOLUTION ..... 127**

---

УДК 323.28:616-82(477)

В.О. Жаховський<sup>1</sup>, В.Г. Лівінський<sup>1</sup>, М.В. Кудренко<sup>2</sup>, Г.О. Слабкий<sup>3</sup>

## АНТИТЕРОРИСТИЧНА ОПЕРАЦІЯ В УКРАЇНІ: УРОКИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна<sup>3</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

*Мета – вивчити та проаналізувати медичне забезпечення військовослужбовців і цивільного населення України під час антитерористичної операції; запропонувати системні підходи до формування дієвої системи охорони здоров'я на особливий період.*

*Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я військовослужбовців і цивільного населення України у мирний і воєнний час. Предмет – стан медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення України під час антитерористичної операції. Методи дослідження – аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу.*

*Заходи, що вживаються керівництвом держави, центральними і місцевими органами виконавчої влади щодо поліпшення стану медичного забезпечення військ (сил) та цивільного населення, незважаючи на недостатність системних рішень і програмних документів, приводять до певних позитивних результатів.*

*Для формування дієвої системи медичного забезпечення військ і цивільного населення на воєнний час і на випадки надзвичайних ситуацій необхідна відповідна нормативно-правова база, загальнодержавна програма побудови системи воєнної охорони здоров'я, відповідне її фінансове і матеріальне забезпечення та контроль виконання запланованих заходів на державному рівні.*

**Ключові слова:** охорона здоров'я, система медичного забезпечення, медична служба.

### Вступ

Більше року Україна перебуває у стані збройного конфлікту на своїй території, що розпочався в середині квітня 2014 р., коли озброєні групи бойовиків почали захоплювати адміністративні будівлі та відділення міліції у містах Донбасу. З метою стабілізації ситуації в державі, відповідно до Указу Президента України від 14.04.2014 р. № 405/2014, розпочато проведення антитерористичної операції (АТО) в Донецькій і Луганській областях із залученням Збройних Сил України (ЗС України) [9]. Поступово протистояння переросло в затяжний масштабний воєнний конфлікт, який супроводжується значними жертвами серед військовослужбовців і цивільного населення. Так, за даними Управління Верховного комісара ООН з прав людини, з середини квітня 2014 р. по 27 липня 2015 р. загинули принаймні 6832 людини (цивільних і військових) і щонайменше 17 087 осіб поранені в зоні конфлікту на Сході України [22].

Тривалість АТО, її розмах та поширення на дві суміжні області, величина санітарних і безповоротних втрат як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення, проведення вже шести хвиль мобілізацій, що не є характерним для АТО, дають підставу зробити висновок, що на сході України фактично іде війна. Проте її особливості не відповідають класичним уявленням про війну, а характерні для нового виду воєнних дій – так званої “гібридної війни”.

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати медичне забезпечення військовослужбовців і цивільного населення України під час антитерористичної операції; запропонувати системні підходи до формування дієвої системи охорони здоров'я на особливий період.

### Результати дослідження та їх обговорення

Гібридна війна – це війна із поєднанням принципово різних типів і способів ведення війни, які скоординовано застосовуються для досягнення спільних цілей; характеризується використанням класичних прийомів ведення війни (із військовослужбовцями в уніформах, військовою технікою та ін.), нерегулярних збройних формувань (повстанців, терористів, партизан та ін.) і таких типів війни та прийомів, як інформаційна і кібер-війна [11].

Визначення “гібридна війна” відсутнє у міжнародних правових документах. Більше того, такого поняття не існує у Воєнній доктрині України – документі, що уособлює національну систему керівних поглядів на причини виникнення, сутність і характер сучасних воєнних конфліктів [5]. Проте нині термін “гібридна війна” використовується керівництвом держави і українськими політиками та поширений у засобах масової інформації [12, 17, 18, 23].

Однією з особливостей “гібридної війни” є значне перевищення кількості санітарних та безповоротних втрат цивільного населення над втратами військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. Так, із загальної кількості санітарних втрат військовослужбовці становлять близько

6 тис. осіб, решта поранених – близько 11 тис. осіб – із числа цивільного населення, що становить 64,7% від загальної кількості санітарних втрат.

Безповоротні втрати всіх силових структур становлять загалом понад 2370 осіб, у тому числі: Міністерство оборони України – 1930 осіб, Національна гвардія України – 186 осіб, Міністерство внутрішніх справ України – 130 осіб, Державна прикордонна служба України – 67 осіб, Служба безпеки України – 8 осіб, інші – 49 осіб [21, 24]. Безповоротні втрати цивільного населення – понад 4460 осіб, що становить 65,3% від загального числа безповоротних втрат.

За даними ВООЗ, аналогічні показники зафіксовано в Республіці Ірак під час проведення “миротворчої операції”, коли близько 79% медико-санітарних втрат припало на мирне населення [19]. Однією з різновидностей сучасної війни є міжнародний конфлікт у Лівії, де, за даними спеціальних джерел, зокрема даних спецслужб Ірану, медико-санітарні втрати становлять близько 40 тис. осіб, з яких втрати мирного населення – близько 32–33 тис. осіб (80,0–82,5%) [16, 20].

Слід зазначити, що проблеми медичного забезпечення ЗС України, інших військових формувань і добровольчих батальйонів знаходяться під постійною увагою керівництва держави та керівництва центральних органів виконавчої влади, у підпорядкуванні яких вони перебувають. Незважаючи на певні проблеми в організації медичного забезпечення військ (сил), постійно поліпшується забезпечення військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту, а військових частин і підрозділів – комплектно-табелем і санітарно-технічним оснащенням, санітарно-транспортними засобами для медичної та аеромедичної евакуації.

Багато наукових робіт керівників і фахівців медичних служб ЗС України та інших військових формувань, Української військово-медичної академії, Національної академії медичних наук України та інших присвячені аналізу проблем медичного забезпечення військовослужбовців під час АТО [3, 4, 25, 26].

Ці актуальні питання розглядалися також 18 грудня 2014 р. в Українській військово-медичній академії на Науково-практичній конференції “Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції” і 15–17 квітня 2015 р. на VI Міжнародному медичному форумі “Інновації в медицині – здоров'я нації” IV Міжнародного медичного конгресу “Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України” [1, 2].

З метою удосконалення організації медичного забезпечення військ та формування єдиних підходів під час надання медичної допомоги і лікування поранених у Міністерстві оборони України опрацьовано та затверджено Доктрину медичного забезпечення Збройних Сил України, Керівництва з військово-польової хірургії та військово-польової терапії. Завершується робота щодо формування методичних засад воєнної охорони здоров'я, які будуть відображені у Воєнно-медичній доктрині України.

Із дієвих заходів слід відмітити позитивний вплив на організацію та стан медичного забезпечення АТО Військово-цивільного координаційного штабу медичної допомоги при Міністерстві оборони України, який на принципових позиціях виявив і проаналізував існуючі проблеми та вперше звернув увагу на проблеми в медичному забезпеченні цивільного населення в зоні АТО.

У результаті всіх вищеперелічених заходів почала набувати певних організаційних форм система медичного забезпечення військовослужбовців у зоні АТО, скоротилися часові показники надання медичної допомоги, поліпшилася якість медичної допомоги та лікування, почали вирішуватися питання медичної та медико-соціальної реабілітації поранених.

Водночас, неповністю вирішені питання взаємодії військової і цивільної охорони здоров'я щодо надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги і лікування поранених військовослужбовців у цивільних закладах охорони здоров'я різних форм власності внаслідок правових колізій у порядку та джерелах їх фінансування.

Медичне забезпечення переважної більшості поранених і постраждалих під час АТО із числа цивільного населення здійснюється в загальній системі охорони здоров'я держави, проте його проблеми до цього часу детально не вивчені та не проаналізовані. Водночас, слід зазначити, що медична інфраструктура в зоні бойових дій та на території окремих населених пунктів Донецької і Луганської областей зруйнована, а в цілому – розбалансована, що створює певні проблеми в забезпеченні доступною, гарантованою медичною допомогою як учасників АТО, так і цивільного населення.

Керівництво військово-цивільних адміністрацій Донецької і Луганської областей та їхніх департаментів охорони здоров'я вживає адекватні заходи щодо забезпечення стабільної роботи закладів охорони здоров'я в місцях їх постійної дислокації або ж на нових місцях після переміщення, організації медичного забезпечення цивільного населення, що проживає в районах бойових дій або суміжних із ними, надання медико-консультативної допомоги мешканцям населених пунктів, де відсутні або зруйновані заклади охорони здоров'я, наближення спеціалізованої медичної допомоги до населення, яке проживає в зоні розмежування тощо [13, 14, 15].

Як перші системні реагування держави на проблеми у східному регіоні, з метою координації дій державних органів, спрямованих на забезпечення захисту населення, територій та майна, функціонування єдиної державної системи цивільного захисту для подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру, яку спричинили загострення ситуації на деяких територіях України, загроза вчинення терористичних актів, є видання указів Президента України від 14.07.2015 р. № 14 “Про рішення Ради Національної безпеки та оборони України від 20 грудня 2014 р. “Про деякі оборонно-мобілізаційні питання” та від 30.01.2015 р. № 40 “Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році”, а також Розпорядження Кабінету Міністрів



України від 26.01.2015 р. № 47-р “Про встановлення режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації” [6, 7, 10]. Зазначеним Розпорядженням встановлено режим надзвичайної ситуації у Донецькій і Луганській областях та режим підвищеної готовності для решти областей України.

Відповідно до зазначених державних та урядових рішень, а також із метою запровадження додаткових заходів щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру, у Міністерстві охорони здоров'я України видано наказ від 18.02.2015 р. № 75, яким визначено завдання керівникам структурних підрозділів із питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій, а також Державному закладу “Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги МОЗ України” щодо підготовки закладів охорони здоров'я до роботи в режимі підвищеної готовності, створення резерву профільних ліжок у закладах охорони здоров'я (не менше 30%) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим, створення резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та донорської крові [8].

За ситуації, що склалася, провідні науковці та відомі державні діячі звертають увагу на необхідність реформування системи охорони здоров'я в Україні, у тому числі військово-медичних служб, за зразком провідних країн світу, зокрема Швейцарії та Ізраїлю. На нашу думку, слід скористатися досвідом інших держав у вирішенні даної проблеми.

Висвітлення організаційних питань побудови системи медичного забезпечення військ і цивільного населення інших держав у воєнний час порівняно із загальнодержавними системами охорони здоров'я мирного часу є недостатнім через віднесення цих питань до сфери захисту державних інтересів. Водночас, аналіз джерел інформації з бази нормативно-правової документації, представленої у відкритому доступі, щодо організації надання медичної допомоги та реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій у локальних збройних конфліктах другої половини ХХ та початку ХХІ століття в окремих країнах дальнього і ближнього зарубіжжя дає змогу повною мірою скористатися їхнім досвідом. Крім того, такий досвід ЗС України та інші військові формування набули під час участі їхніх підрозділів у міжнародних операціях із підтримання миру і безпеки, під час міжнародних заходів щодо врегулювання кризових ситуацій, боротьби з піратством, протидії глобальним та регіональним викликам і загрозам, терористичній діяльності тощо.

На цей час на всіх рівнях влади констатовано, що має місце недосконалість надання медичної допомоги в

районах бойових дій на сході України як учасникам АТО, так і мирному населенню. При цьому на загальнодержавному рівні питання удосконалення надання медичної допомоги та реабілітації громадян України, які постраждали внаслідок бойових дій, системно не вирішуються.

Поза сферою діяльності наукових установ України залишилися дослідження з питань визначення науково обґрунтованих державних заходів зі створення ефективної системи медичного забезпечення громадян, які постраждали внаслідок бойових дій, включаючи заходи з проведення їм реабілітації медико-соціального спрямування.

На думку авторів, потребує термінового наукового обґрунтування методологія створення державної інтегрованої системи медичного забезпечення осіб, які постраждали під час проведення АТО, яка передбачала б вирішення проблеми на державному, міжвідомчому, регіональному та місцевих рівнях. Результатом її опрацювання та запровадження має стати забезпечення виконання визначених законодавством соціальних гарантій медичного спрямування громадянам України, які постраждали під час АТО, пошук джерел і запровадження механізму достатнього фінансування, раціонального використання державних коштів і медичних ресурсів на лікування та медичну реабілітацію.

## Висновки

Системи медичного забезпечення військ (сил) та цивільного населення як на початку АТО, так і на цей час, не відповідають сучасним вимогам щодо гарантованих обсягів та якості надання медичної допомоги, лікування і реабілітації.

Заходи, що вживаються керівництвом держави, центральними і місцевими органами виконавчої влади щодо поліпшення стану медичного забезпечення військ (сил) та цивільного населення, приводять до певних позитивних результатів, незважаючи на недостатність системних рішень і програмних документів щодо побудови системи воєнної охорони здоров'я.

## Перспективи подальших досліджень

Потребує термінового вивчення та глибокого аналізу реальний стан медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення, а на його основі опрацювання наукового обґрунтування методології створення державної інтегрованої системи медичного забезпечення, яка б передбачала вирішення проблем медичного забезпечення на державному, міжвідомчому, регіональному та місцевих рівнях.

## Література

1. Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції в Українській військово-медичній академії 18.12.2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://glavnoe.ua/news/n215670>. – Назва з екрана.

2. *Матеріали VI Міжнародного медичного форуму “Інновації в медицині – здоров’я нації” IV Міжнародного медичного конгресу “Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров’я України”, 15–17.04.2015 р.*
3. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: Воєнно-медична доктрина України як інструмент формування єдиного медичного простору / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко, І. П. Мельник // Україна. Здоров’я нації. – 2015. – № 1 (33). – С. 7–14.*
4. *Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрями його удосконалення / В. Л. Савицький [та ін.] // Військова медицина України. – 2015. – № 1. – С. 5–11.*
5. *Про Воєнну доктрину України : Указ Президента України від 15.06.2004 р. № 648/2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.*
6. *Про встановлення режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.01.2015 р. № 47-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.*
7. *Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році : Указ Президента України від 30.01.2015 р. № 40 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.*
8. *Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров’я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру : наказ МОЗ України від 18.02.2015 р. № 75 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.*
9. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 13 квітня 2014 року «Про невідкладні заходи щодо подолання терористичної загрози і збереження територіальної цілісності України» : Указ Президента України від 14.04.2014 р. № 405/2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.*
10. *Про рішення Ради Національної безпеки та оборони України від 20 грудня 2014 року “Про деякі оборонно-мобілізаційні питання” : Указ Президента України від 14.01.2015 р. № 14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.*
11. *Режим доступу : [https://uk.wikipedia.org/wiki/Гібридна\\_війна](https://uk.wikipedia.org/wiki/Гібридна_війна).*
12. *Режим доступу : [http://espreso.tv/news/2014/07/18/sohodni\\_viyna\\_vuyshla\\_za\\_teryoriyu\\_ukrayiny\\_poroshenko](http://espreso.tv/news/2014/07/18/sohodni_viyna_vuyshla_za_teryoriyu_ukrayiny_poroshenko), “Трагедія, яка трапилося сьогодні в небі над Донеччиною, - глибоко вражає навіть на звичному фоні сумних та приголомшливих подій, спричинених діями агресорів та бойовиків на Донбасі”.*
13. *Режим доступу : [http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/07/20/news\\_66875.html](http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/07/20/news_66875.html), “О работе ортопедо-травматологического отделения Луганской областной клинической больницы”.*
14. *Режим доступу : [http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/06/10/news\\_66114.html](http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/06/10/news_66114.html), “Допомога медиків прифронтовим районам Луганщини”.*
15. *Режим доступу : [http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/06/04/news\\_65996.html](http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/06/04/news_65996.html), “Наближення спеціалізованої медичної допомоги до населення”.*
16. *Режим доступу : <http://tsn.ua/svit/zhertvami-viyeni-v-liviyi-stali-bilshe-50-tisyach-lyudey.html>, “Жертвами війни в Лівії стали більше 50 тисяч людей”.*
17. *Режим доступу : <http://ukr.segodnya.ua/politics/pnews/voyna-v-ukraine-eto-otvlekeyushchiy-manevr-kremlya-turchinov-545840.html>, “Війна в Україні – це відволікаючий маневр Кремля – Турчинов”.*
18. *Режим доступу : <http://ukr.segodnya.ua/politics/pnews/voyna-v-ukraine-eto-otvlekeyushchiy-manevr-kremlya-turchinov-545840.html>, “Росія веде гібридну війну – Парубій”.*
19. *Режим доступу : <http://www.newsmarket.com.ua/2012/01/irak-100000-vbitih-tsilivnih-osib/>, “Ірак: 100000 вбитих цивільних осіб”.*
20. *Режим доступу : <http://www.newsmarket.com.ua/2012/01/irak-100000-vbitih-tsilivnih-osib/>, “Последствия гражданской войны в Ливии”.*
21. *Режим доступу : <http://www.unian.ua/war/1099553-za-chas-provedennya-ato-zaginulo-1930-viyskovih-zsu-departament-sotspolitiki-minoboroni.html>, “За час проведення АТО загинуло 1930 військових ЗСУ – департамент соціалістики Міноборони”.*
22. *Режим доступу : <http://www.unn.com.ua/uk/news/1486593-v-oon-vzhe-narakhuvai-mayzhe-7-tis-zhertv-viyskovogo-konfliktu-v-ukrayini>, “В ООН вже нарахували майже 7 тис. жертв військового конфлікту в Україні”.*
23. *Режим доступу : [http://zik.ua/ua/news/2014/10/30/kabanenko\\_dlya\\_peremogy\\_v\\_gibrydny\\_viyeni\\_z\\_rf\\_ukraina\\_povinna\\_pereyti\\_do\\_strategii\\_viperedzhennya](http://zik.ua/ua/news/2014/10/30/kabanenko_dlya_peremogy_v_gibrydny_viyeni_z_rf_ukraina_povinna_pereyti_do_strategii_viperedzhennya) “Кабаненко: Для перемоги в гібридній війні з РФ Україна повинна перейти до стратегії випередження”.*
24. *Режим доступу : [https://uk.wikipedia.org/wiki/Жертви\\_російського\\_вторгнення\\_в\\_Україну\\_2014](https://uk.wikipedia.org/wiki/Жертви_російського_вторгнення_в_Україну_2014), “Зведені втрати загиблими станом на 15 квітня 2015 року”.*
25. *Сердюк А. М. Військово-медична доктрина: виважена відповідь на виклики часу / А. М. Сердюк, В. І. Цимбалюк // Український медичний часопис. – 2014. – № 5. – С. 42–44.*
26. *Удосконалення надання медичної допомоги в бойових умовах: дистанційний моніторинг боездатності сучасного бійця / А. В. Верба [та ін.] // Військова медицина України. – 2014. – № 2–3. – С. 5–12.*

Дата надходження рукопису до редакції: 03.08.2015 р.

**Антитеррористическая операция в Украине:  
уроки медицинского обеспечения**

*В.А. Жаховский<sup>1</sup>, В.Г. Ливинский<sup>1</sup>,  
Н.В. Кудренко<sup>2</sup>, Г.А. Слабкий<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Украинская военно-медицинская академия,  
г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

<sup>3</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

Цель – изучить и проанализировать состояние медицинского обеспечения военнослужащих и гражданского населения Украины во время антитеррористической операции; предложить системные подходы к формированию действенной системы здравоохранения на особый период.

Объект исследования – система охраны здоровья военнослужащих и гражданского населения Украины в мирное и военное время. Предмет – состояние медицинского обеспечения военнослужащих и гражданского населения Украины во время антитеррористической операции. Методы исследования – аналитический, библиосемантический, системного подхода.

Мероприятия, которые принимаются руководством государства, центральными и местными органами исполнительной власти для улучшения медицинского обеспечения войск (сил), невзирая на недостаточность системных решений и программных документов, приносит определенные положительные результаты.

Для формирования действенной системы медицинского обеспечения войск и гражданского населения на военное время и на случаи чрезвычайных ситуаций необходима соответствующая нормативно-правовая база, общегосударственная программа построения системы военного здравоохранения, соответствующее ее финансовое и материальное обеспечение и контроль выполнения запланированных мероприятий на государственном уровне.

**Ключевые слова:** система здравоохранения, система медицинского обеспечения, медицинская служба.

**Anti-terror operation in Ukraine:  
lessons of the medical providing**

*V.O. Zhakhovsky<sup>1</sup>, V.G. Livinsky<sup>1</sup>,  
M.V. Kudrenko<sup>2</sup>, G.O. Slabky<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

Purpose – study and analysis of the medical providing of servicemen and citizenry of Ukraine during an anti-terror operation, search of approaches of the systems to forming of the effective system of health protection on the special period.

The object of learn – a system of health protection and citizenry of Ukraine servicemen in peaceful and military time. Subject is the state of the medical providing of servicemen and citizenry of Ukraine during an anti-terror operation. Methods – analytical, bibliosemantychnyy, systematic approach.

Measures that is used by guidance of the state, by central and local executive bodies in relation to the improvement of the state of the medical providing of troops (forces) and citizenry, without regard to insufficiency of system decisions and position papers, bring positive results are certain.

For forming of the effective system of the medical providing of troops and citizenry on a war-time and on the cases of emergencies a corresponding normatively-legal base is needed, national program of construction of the system of military guard health corresponding her financial and material providing and control of implementation of the pre-arranged measures at state level.

**Key words:** system of health protection, system of the medical providing, medical service.

УДК 614.2.001.73:353.1:316.4

В.М. Лехан<sup>1</sup>, Г.О. Слабкий<sup>2</sup>, М.В. Шевченко<sup>3</sup>

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ: ПОЗИТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ, ПРОБЛЕМИ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

<sup>1</sup>Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ, Україна<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна<sup>3</sup>Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, м. Київ, Україна

*Метою роботи було оцінити результативність реформи системи охорони здоров'я у пілотних регіонах, виявити позитивні та негативні її наслідки та з'ясувати причини останніх. У дослідженні використано аналітичний, порівняльний, статистичний методи.*

*Аналіз результатів реформування системи медичного обслуговування у пілотних регіонах підтвердив обґрунтованість та виваженість запропонованих стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я. У процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність: 1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги з розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини; 2) пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні; 3) розвитку лікарень інтенсивного лікування та запровадження системи маршрутизації пацієнтів; 4) впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи; 5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби з використанням порівняльних (референтних) цін і реїмбурсації (на прикладі артеріальної гіпертензії).*

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, реформування, пілотні регіони, результативність, нові механізми.

### Вступ

Останнім часом різко активізувалися дискусії щодо напрямків та механізмів реформування системи охорони здоров'я України. Необхідність реформи не викликає жодних сумнівів, оскільки за роки незалежності країні не вдалося істотно просунути в напрямку вирішення всіх провідних для систем охорони здоров'я цілей [5]: поліпшення рівня здоров'я населення та скорочення нерівності його показників між різними соціально-економічними групами; справедливість розподілу фінансових внесків, призначених для медичного обслуговування; підвищення чутливості системи до задоволення потреб, безпосередньо не пов'язаних із здоров'ям (повага до людини, її гідності тощо) [7,29].

Чинна модель системи охорони здоров'я Семашка, яка збереглася з радянських часів, не відповідає сучасним реаліям, оскільки вона була створена в умовах планової економіки і не придатна для функціонування в ринкових умовах. Навіть в умовах планової економіки її максимальна успішність була зафіксована при епідемічному типі патології і суттєво зменшилася при переході до неепідемічного типу патології, їй властива орієнтованість на екстенсивний розвиток [11]. Крім того, основна перевага класичної системи Семашка – загальна доступність медичної допомоги – за роки незалежності зазнала істотної корозії через значне скорочення фінансування охорони здоров'я з відповідним зростанням

формальних і неформальних платежів населення при отриманні медичних послуг.

Водночас у політичних та експертних колах мусується теза про те, що за весь період незалежності в сфері охорони здоров'я в Україні реформи не проводилися взагалі або проводилися неефективно [14]. Проте в рамках Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [21] були розпочаті масштабні перетворення в українській здоров'яохороні. Змістовне наповнення реформ ґрунтувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених з урахуванням національної специфіки вітчизняними та зарубіжними експертами даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалів проектів ЄС та Єврокомісії у сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 років [12,15].

За визначенням видатних європейських експертів у сфері охорони здоров'я Р.Б. Салтмана та Дж. Фигейраса [23], «реформа – це процес, який включає послідовні і глибокі інституційні та структурні зміни, що проводяться урядом і мають на меті досягнення низки чітко визначених політичних цілей». Виходячи з того, що в Україні відсутній досвід проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень у секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових, згідно з прийнятим

законом [20], здійснювалася на експериментальних майданчиках – у пілотних областях.

**Мета роботи** – оцінка результативності реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах, виявлення позитивних та негативних їх результатів та з'ясування причини останніх.

### Матеріали та методи

Перед повномасштабним впровадженням суттєвих нововведень у певній сфері зазвичай виконується пілотний проект, як поєднання методів організаційного проектування та організаційного експерименту, метою якого є експериментальна перевірка правильності рішень, прийнятих на попередніх етапах, вивчення позитивних і негативних їх сторін з метою подальшого вирішення питання щодо доцільності широкого впровадження, підготовка до впровадження.

До цілей, що переслідує пілотний проект, належать:

- підтвердження достовірності вибору напрямку перетворень;
- визначення, чи дійсно нововведення придатне для використання у конкретній сфері;
- отримання інформації, необхідної для розробки плану практичного впровадження;
- набуття досвіду використання нововведень.

Важливою функцією пілотного проекту є прийняття рішення щодо застосування або відмови від використання відповідних змін. Успіх пілотного проекту дозволяє обґрунтовано рекомендувати зміни, у тому числі з їх необхідною корекцією, провал – уникнути більш значних і дорогих невдач в майбутньому.

На думку Ю.А. Семенова [24], пілотний проект повинен відповідати наступним характеристикам.

**Галузь застосування.** Щоб полегшити остаточне визначення сфери застосування, предметна область пілотного проекту повинна бути типовою. Пілотний проект повинен допомогти визначити будь-яку додаткову технологію, навчання або підтримку, які необхідні для переходу до широкомасштабного використання в певній сфері.

**Масштабованість.** Результати, отримані в пілотному проекті, повинні показати масштабованість запропонованого проекту.

**Репрезентативність.** Пілотний проект повинен використовуватися для вирішення завдань, що відносяться до предметної області, яку добре розуміють у системі.

**Критичність.** Необхідно усвідомлювати, що початкове впровадження нових підходів супроводжується певними ризиками. Пілотний проект повинен мати істотну значущість, щоб опинитися в центрі уваги, але не повинен бути критичним для успішної діяльності системи в цілому.

**Авторитетність.** Група фахівців, що беруть участь у проекті, повинна мати високий авторитет, при цьому результати проекту будуть серйозно сприйняті іншими співробітниками галузі.

**Характеристики проектної групи.** Проектна група повинна бути готовою до нововведень, технічно зрілою і мати прийнятний рівень досвіду і знань у даній сфері та предметній області.

Крім того, повинна враховуватися тривалість пілотного проекту (і загалом процесу впровадження). Занадто тривалий проект пов'язаний з ризиком втрати інтересу до нього з боку керівництва.

Надзвичайно важливим є планування пілотного проекту, яке повинно включати наступні компоненти: 1) цілі, завдання та критерії оцінки; 2) персонал; 3) процедури та угоди; 4) навчання; 5) графік і ресурси.

**Цілі, завдання та критерії оцінки.** Очікувані результати пілотного проекту (загальні цілі; конкретні завдання, що реалізують поставлені цілі; критерії оцінки результатів) повинні бути чітко визначеними. Ступінь відповідності цим результатам являє собою основу для подальшої оцінки проекту.

**Персонал.** Фахівці (менеджери й інший персонал), обрані для участі у пілотному проекті, повинні мати відповідний авторитет і вплив і бути прихильниками реформ. Група повинна володіти високими здібностями до комунікації, знанням особливостей організаційних процесів і процедур, а також предметної області. Після завершення пілотного проекту група повинна бути відкрита для обміну інформацією щодо можливостей нових механізмів і досвіду, отриманого при реалізації проекту.

**Навчання.** Повинні бути визначені види й обсяг навчання, необхідного для виконання пілотного проекту. При плануванні навчання потрібно мати на увазі три види потреб: технічні, управлінські та мотиваційні. Графік навчання повинен визначати як фахівців, що підлягають навчанню, так і види навчання, яке вони повинні пройти.

**Процедури та угоди.** Необхідно чітко, у тому числі нормативно, визначити методи і механізми проведення реформ.

**Графік і ресурси.** Має бути розроблений графік, що включає ресурси і терміни (етапи) проведення робіт. Ресурси включають персонал, технічні засоби та фінансування.

Для проведення пілотних проектів було обрано чотири регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальні (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів, становила 26,7% населення України. Масштаби області, як пілотної адміністративно-територіальної одиниці, було обрано, оскільки область є практично самодостатньою одиницею з точки зору медичного обслуговування населення і забезпечує надання всіх рівнів медичної допомоги – первинного, вторинного та третинного. Все це дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів.

При реалізації пілотних проектів усі елементи та етапи були дотримані, хоча і не завжди в повному обсязі (зокрема навчання персоналу, виділення необхідних ресурсів тощо).

Результати виконання пілотних проектів оцінювалися за даними моніторингу, запровадженого Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ),

Держкомстату та Центру медичної статистики МОЗ України.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку нульових років 21 сторіччя в Україні сформувалися основні підходи до реформи системи охорони здоров'я в країні, сутність яких полягала:

- у сфері надання медичних послуг:
  - забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їх соціально-економічного стану та місця проживання;
  - пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини;
  - формування єдиного медичного простору під управлінням МОЗ;
- у сфері фінансування:
  - запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги (МД), орієнтованої на реальні потреби пацієнтів;
  - підвищення рівня та забезпечення сталості фінансування галузі;
  - запровадження контрактних відносин;
  - перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не за принципом утримання медичних закладів;
  - запровадження дієвих механізмів мотивації медичних працівників до якісного та ефективного надання медичних послуг;
  - запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Для реалізації зазначених підходів на базі даних якісних міжнародних та вітчизняних матеріалів була запропонована для України модель медичного обслуговування, яка включала дві головні компоненти: фінансово-економічну та структурно-функціональну.

Провідними елементами *фінансово-економічної компоненти* були визначені:

- багатоканальність фінансування (бюджети різних рівнів, кошти соціального та добровільного медичного страхування тощо);
  - встановлення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги;
  - об'єднання коштів громад на охорону здоров'я у фінансові пули на регіональному рівні (система єдиного замовника первинної, вторинної та екстреної допомоги);
  - застосування нових фінансових механізмів оплати медичних послуг;
  - запровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг;
  - оплата праці медичного персоналу з урахуванням обсягів та якості роботи;
- структурно-функціональної:*
- розбудова системи первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ);
  - оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні;

– інтеграція діяльності ЗОЗ, що надають різні види медичної допомоги, при провідній координуючій ролі ПМСД;

- усунення дискримінації між державними та недержавними ЗОЗ;
- формування сучасної системи охорони громадського здоров'я;
- система безперервного поліпшення якості медичної допомоги;
- застосування сучасних механізмів забезпечення доступності та якості лікарських засобів.

У рамках пілотного проекту передбачалося відпрацювання та апробація частини нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, передбачених у моделі і спрямованих на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення, зокрема:

- створення на базі існуючої мережі ЗОЗ структурованої за видами медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної та екстреної) системи медичного обслуговування;
- організація та забезпечення функціонування центрів первинної медичної/медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) як структур для забезпечення надання населенню первинної допомоги;
- репрофілювання ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання;
- організація діяльності госпітальних округів для надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- створення регіональних центрів екстреної медичної допомоги;
- вільний вибір пацієнтом лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗПСЛ);
- запровадження системи направлень (принцип “воротаря”);
- концентрація бюджетних коштів для надання ПМСД на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного значення, коштів на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги – на рівні обласних бюджетів;
- розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами МД;
- застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги;
- здійснення фінансового забезпечення ЗОЗ за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення із застосуванням сучасних методів оплати медичних послуг;
- формування штатних розписів ЗОЗ залежно від обсягу МД, що ними надається;
- оплата праці медичних працівників ЗОЗ, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

### **ОБ'ЄДНАННЯ КОШТІВ – ЯК ПРОВІДНА ПЕРЕДУМОВА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

У доповіді ВООЗ за 2010 р. «Фінансування систем охорони здоров'я – шлях до універсального покриття витрат на медичну допомогу» заявлено, що «... консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного і збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можна було б вирівнювати ризику» [26].

Бюджетним кодексом України визначено жорстке розмежування видатків на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів, що призводить до дезінтеграції територіальних систем медичного обслуговування, зберігає умови для існування на одній території паралельних медичних структур і створює перешкоди для оптимізації мережі медичних установ. Такий підхід також перетворює на декларовану формальність норму, зафіксовану в Основах законодавства України про охорону здоров'я, про право вибору пацієнтом лікаря та медичної установи. Крім того, пули на різних рівнях, які використовуються для утримання мережі медичних закладів, віднесених до їх відання, частково перекривають і заміщують один одного. Фрагментовані механізми об'єднання коштів стають головним джерелом неефективного функціонування системи охорони здоров'я [27].

Розпорошеність фінансових коштів, поки Україна дотримувалася принципу утримання медичних закладів, не створювала істотних ризиків фінансової стабільності системи. Однак при переході до контрактних відносин між постачальниками послуг і їх покупцями, коли бюджетний розподіл поступиться місцем моделі активної закупівлі медичних послуг (бюджети на ризиковій основі), дуже важливим стане прийняття рішення про те, який найнижчий рівень об'єднання коштів буде доцільним (район/місто або регіон), і який механізм перерозподілу ризиків буде задіяний.

У пілотних регіонах з 2012 р. на законодавчій основі реалізується механізм об'єднання фінансових потоків для надання первинної допомоги на міському/районному рівнях, для вторинної, третинної та екстреної допомоги – на обласному рівні [20]. Із 2013 р., після прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [17], фінансування служби екстреної допомоги здійснюється з регіональних бюджетів на території усієї країни. Формування потужних фінансових пулів створило передумови для ліквідації фінансових бар'єрів при наданні медичної допомоги (безперешкодний доступ до МД – екстериторіальність), усунення дублювання фінансових потоків (ефективність використання фінансів), збільшення стійкості системи охорони здоров'я та створення умов для формування мережі ЗОЗ, адекватної потребам населення. Однак забезпеченню реальної екстериторіальності заважає норма українського законодавства щодо можливості

бюджетного фінансування державних і комунальних закладів у повному обсязі, включаючи їх поточні і капітальні витрати, з бюджету того рівня, у чий власності знаходяться ці установи. Тому окрім об'єднання коштів для безперешкодного фінансування закладів вторинної та екстреної допомоги була здійснена передача майнових комплексів установ, що надають екстрену і вторинну (для пілотних регіонів) допомогу, у власність обласної територіальної громади.

#### **Проблеми**

Рішення щодо пулінгу коштів для надання вторинної та екстреної допомоги з передачею відповідних майнових комплексів на обласний рівень викликало шквал невдоволення органів місцевої (міського та районного рівнів) влади внаслідок втрати контролю над відповідними фінансовими потоками. У результаті передача зазначених ЗОЗ на обласний рівень у повному обсязі відбулася лише в Дніпропетровській області, а в інших пілотних регіонах – частково. Для того, щоб органи місцевого самоврядування не були відсторонені від процесів реформування вторинної медичної допомоги, в Дніпропетровському регіоні при кожному закладі було створено наглядові ради, до складу яких увійшли представники місцевого самоврядування та громадськості відповідних територіальних громад. Однак це проблему радикально не вирішило, і місцеві органи влади практично самоусунулися від підтримки розвитку ЗОЗ, що надають вторинну та екстрену допомогу.

#### **Шляхи вирішення**

Для отримання довгострокового позитивного ефекту від об'єднання коштів на регіональному рівні необхідно на законодавчому рівні зняти перепони щодо можливості фінансування ЗОЗ із бюджетів різних рівнів, що усуває необхідність передачі майнових комплексів ЗОЗ на обласний рівень і сприятиме збереженню інтересу органів місцевої влади до лікувально-профілактичних закладів, розташованих на підвідомчих їм територіях.

### **РЕОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ У ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ**

Проведення суттєвих перетворень у такій складній системі, як охорона здоров'я, потребує обов'язкового визначення пріоритетів, тобто виділення тих завдань, вирішення яких є першочерговим. Пріоритетами на 2012–2013 рр. були обрані реформи базових видів МД (первинної та екстреної), які повинні були стати локомотивом для змін у секторах вторинної та третинної МД.

#### **Реформування первинної медичної допомоги**

У процесі реформи системи охорони здоров'я відбувається повномасштабний перехід до моделі первинної допомоги, що ґрунтується на засадах ЗПСМ. До основних компонентів нової моделі належать: розмежування первинної та вторинної МД; формування розгалуженої і відповідно оснащеної інфраструктури первинної допомоги; впровадження системи надання первинної допомоги за сімейним принципом; застосування контрольно-пропускної системи (принцип «воротаря») для формування оптимального маршруту пацієнта; введення вільного вибору пацієнтом лікаря

первинної ланки; фінансування закладів первинної допомоги з міських та районних бюджетів за подушним принципом; договірні відносини між головними розпорядниками коштів та провайдерами первинної допомоги; оплата праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи [10,13].

*1. Розмежування первинної та вторинної медичної допомоги. Структурна оптимізація первинної медичної допомоги*

У 2012–2013 рр. у пілотних регіонах відбулося юридичне, структурне і фінансове розмежування первинної та вторинної МД зі створенням нового типу закладів для надання первинної допомоги – ЦПМСД, фінансування яких, відповідно до закону про пілоти [20], здійснювалося з районних та міських бюджетів.

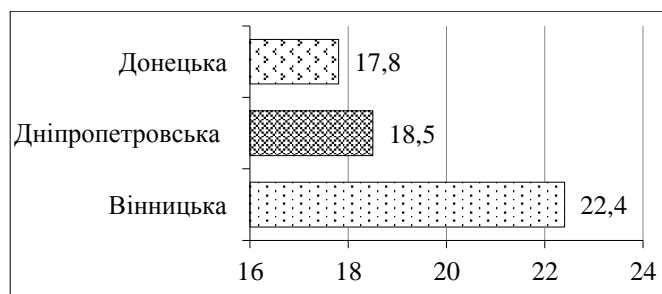
*Позитивні результати*

1. Запроваджене вперше в історії української і навіть радянської охорони здоров'я цільове фінансування первинної ланки дозволило змінити структуру витрат на користь ПМСД – з 4–6% зведеного бюджету на початку реформи до 17,8–22,4% у різних пілотних регіонах у 2013 р. (рис. 1).

2. Фінансування органами місцевого самоврядування лише первинної медичної допомоги, оскільки відповідальність за фінансування інших видів допомоги відійшла до органів регіональної влади, сприяла зосередженню їх уваги та відповідної матеріальної підтримки розвитку первинної ланки.

Кумулятивний ефект від поєднання обох заходів за підтримки державної субвенції у сумі 327 млн грн (40,9 млн доларів), наданої у 2012 р. для придбання автотранспорту, техніки, інвентарю та медичного обладнання для ЦПМСД, отримав своє вираження в реалізації комплексу заходів, який охоплював: а) підвищення рівня гарантій щодо ПМСД для населення; б) розвиток мережі амбулаторій; в) проведення капітальних ремонтів існуючих закладів/підрозділів ПМСД; г) устаткування амбулаторій медичним

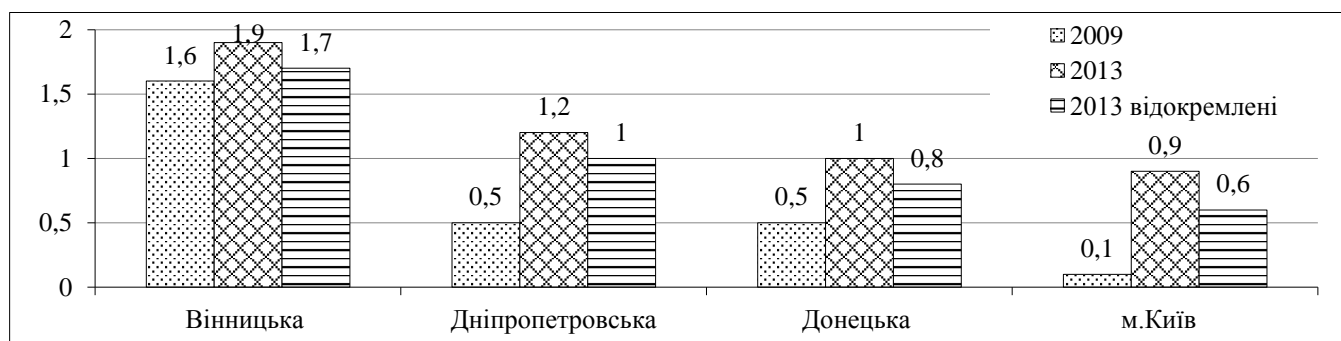
обладнанням, автоматизованими робочими місцями, автомобілями, що стало передумовою для підвищення доступності, якості створення комфортних умов для надання первинної допомоги; г) підвищення рівня забезпеченості медичним персоналом для надання ПМСД.



**Рис. 1.** Питома вага витрат на ПМСД від загального фонду зведеного бюджету в пілотних регіонах, %

У результаті проведених заходів, наприклад, у Дніпропетровській області відбулося збільшення витрат на одне відвідування (зокрема по м. Кривий Ріг у 30 разів), забезпечено повне покриття витрат на надання невідкладної допомоги, збільшено на 46,3% видатки на забезпечення пільгових груп населення безоплатними лікарськими засобами за рецептами лікарів (2011 р. – 19,2 млн грн; 2012 р. – 23,2 млн грн; 2013 р. – 28,1 млн грн). При цьому слід зазначити, що зростання рівня гарантій значною мірою залежить від залучення і зацікавлення органів місцевого самоврядування у реформі первинної допомоги.

Загальна забезпеченість населення закладами первинної допомоги в усіх пілотних регіонах істотно підвищилася: найменше (на 24%) у Вінницькій області – регіоні з більш високою вихідною забезпеченістю, найбільше – у м. Києві (у 9 разів), де вихідний рівень був найнижчим; у Дніпропетровській та Донецькій областях зафіксовано підвищення у 2,4–2,2 разу (рис. 2).



Джерела: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік [25];

Матеріали моніторингу відповідно до наказу МОЗ України від 02.11.2012 № 866 "Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги" (робочі матеріали)

**Рис. 2.** Динаміка забезпеченості амбулаторіями (загальна та відокремленими закладами) у пілотних регіонах за 2009–2013 рр.



Реальна доступність первинної допомоги залежить не від збільшення формальної чисельності закладів, а від розвитку розгалуженої мережі закладів, наближених до місця проживання населення. Така проблема є актуальною для всіх адміністративних територій, але особливо в містах, де в процесі реформування на базі колишніх поліклінік спочатку були «відкриті», тобто отримали вивіски, декілька амбулаторій, із значною загальною чисельністю прикріпленого населення, що створює епідеміологічні ризики, передусім при обслуговуванні дитячого населення, та утруднює процеси

управління потоками пацієнтів. Тому особливого значення набуває зростання чисельності відокремлених амбулаторій – закладів, на базі яких не розташовані інші підрозділи ПМСД. У пілотних регіонах чітко виражена позитивна динаміка забезпеченості відокремленими амбулаторіями (рис. 2). Більш стрімко цей процес відбувається у містах (рис. 3), у тому числі за рахунок відкриття нових амбулаторій, і прямо залежить від активності місцевої влади. Так, за 2012–2013 рр. у містах Дніпропетровської області було відкрито 25, у м. Києві – близько 90 нових амбулаторій.

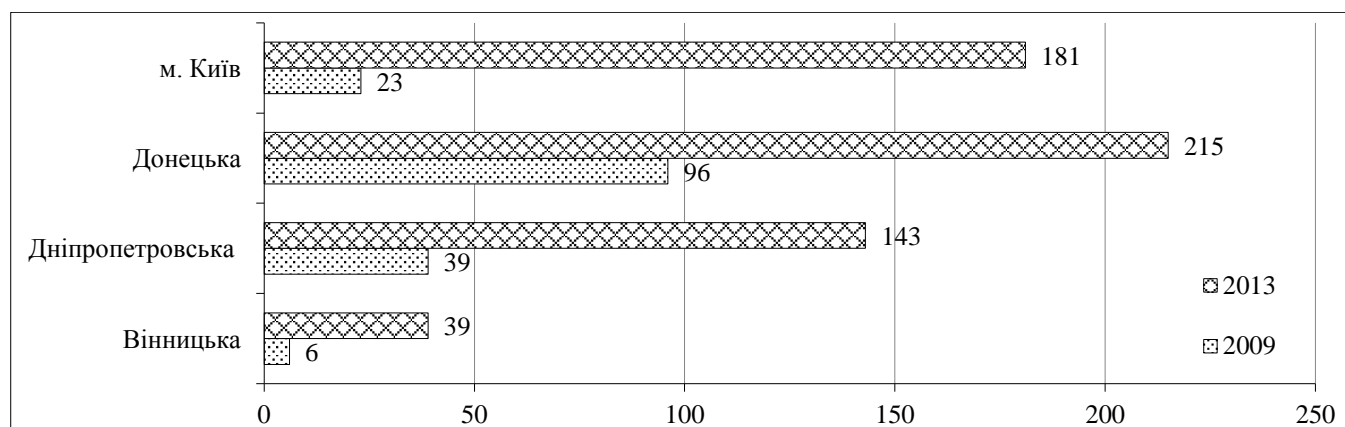


Рис. 3. Динаміка кількості відокремлених амбулаторій у містах, 2009–2013 рр.

У сільській місцевості зростання числа амбулаторій здійснювалося переважно за рахунок реструктуризації потужних фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів). На кінець 2013 р. усі 215 СДЛ, які функціонували в 2009 р. на пілотних територіях, були перетворені в амбулаторії. Реорганізація СДЛ у лікарські амбулаторії належить до високоефективних заходів. За розрахунками департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, витрати на перебування одного хворого в СДЛ (де пацієнта практично не лікують, а лише здійснюють за ним нагляд) порівнянні з витратами на лікування пацієнта у високотехнологічному закладі третинного рівня (2048 і 2494 грн відповідно у 2010 р.), оскільки в СДЛ практично всі кошти (93,9%) витрачаються на утримання закладу, а в обласній дитячій лікарні (закладі, взятому для порівняння) – лише 63,1% (Матеріали підсумкової колегії департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації за 2010 рік. Робочі матеріали). Щорічний обсяг зекономлених коштів за рахунок реалізації цього заходу лише у Дніпропетровській області становить 26,3 млн грн у цінах 2013 року. При цьому прийняття виважених управлінських рішень дозволяє не втратити доступності медико-соціальних послуг. В одних регіонах (Дніпропетровська область) частина потужностей СДЛ була передана органам соціального захисту для організації територіальних центрів, призначених для соціального супроводу та догляду в цілодобовому режимі, в інших (Донецька область) – увійшли як структурні підрозділи до складу центральних районних лікарень (ЦРЛ).

До початку реформ більшість закладів, що надавали первинну допомогу, знаходилися в занедбаному стані. На кінець 2013 р. більшість функціонуючих амбулаторій були капітально відремонтовані. Так, у сільській місцевості на кінець 2013 р. потребували капітального ремонту лише 22,3% амбулаторій (у Вінницькій – 17,1%, у Дніпропетровській – 24,6%, у Донецькій – 29,1%); у містах питома вага амбулаторій, що потребували капітального ремонту або реконструкції/перепланування приміщень, становила близько третини – 31,7% (у Вінницькій – 32,4%, у Дніпропетровській – 31,6%, у Донецькій – 31,6%).

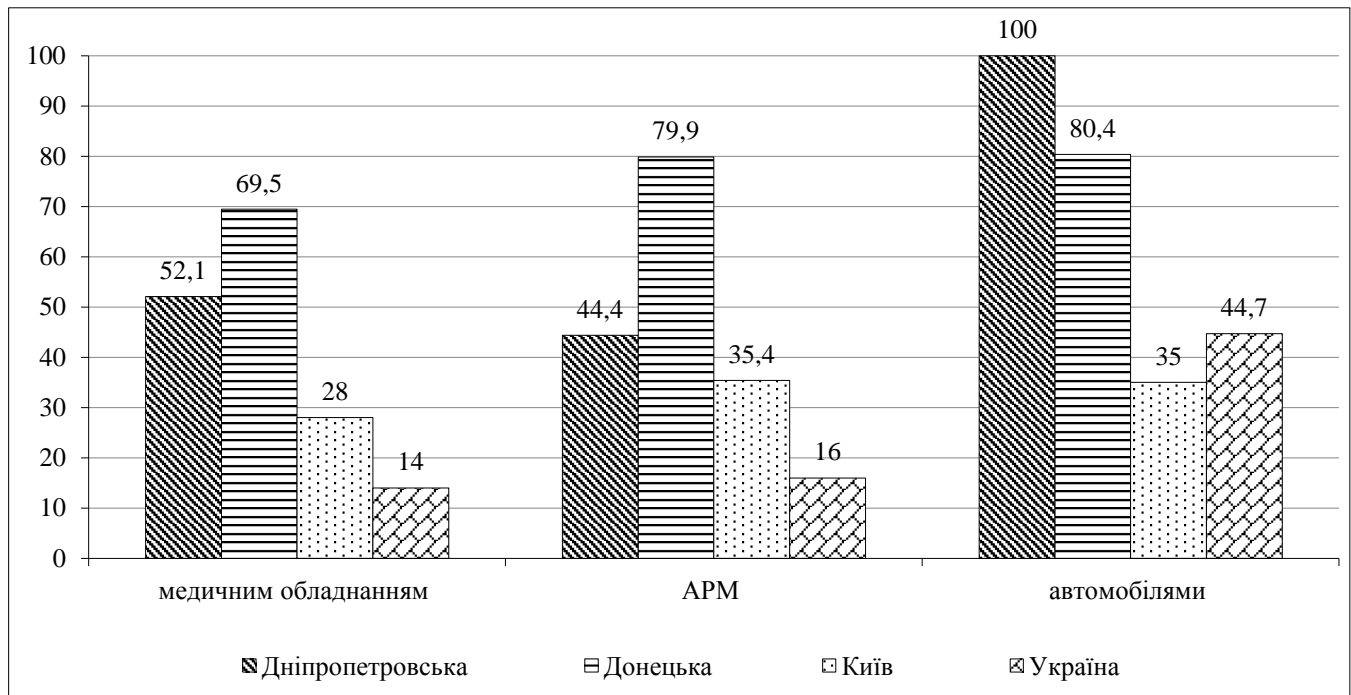
Структурні перетворення в первинній ланці не обмежувалися розвитком мережі. Значна кількість амбулаторій у пілотних регіонах була повністю укомплектована обладнанням відповідно до таблиці оснащення. У цілому рівень матеріально-технічного забезпечення амбулаторій на пілотних майданчиках істотно перевищує такий у країні, що є свідченням пріоритетності розвитку первинної допомоги в цих регіонах.

Привертає увагу, що органами місцевого самоврядування Дніпропетровської області на придбання обладнання та проведення ремонтів у 2012–2013 рр. було виділено 116,5 млн грн (78,9 млн грн та 37,6 млн грн відповідно), що більше за обсяги субвенції з державного бюджету (82 млн грн) і ще раз підкреслює необхідність об'єднання зусиль органів влади усіх рівнів для успішного проведення реформи.

Рівень забезпеченості амбулаторій медичним обладнанням, комп'ютерною технікою та автотранспортом наведено на рис. 4. Наявність санітарного транспорту в

кожній амбулаторії не лише поліпшує якість використання робочого часу медичним персоналом при домашньому обслуговуванні, але й дозволяє повноцінно виконувати

функції невідкладної допомоги, які входять до сфери компетенцій первинної допомоги.



**Рис. 4.** Порівняльна характеристика матеріально-технічного забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини в пілотних областях та країні в цілому

Головним ресурсом у будь-якій системі, тим більше в охороні здоров'я, є професійно підготовлений персонал. Зміцнення первинної ланки потребувало створення критичної маси фахівців у сфері первинної допомоги для переведення цього виду допомоги на засади ЗПСМ. Необхідність виконання цього завдання активізувала підготовку випереджаючими темпами в інтернатурі та перепідготовку на курсах спеціалізації за кошти місцевих бюджетів лікарів ЗПСМ та медичних сестер. За три роки (2011–2013 рр.) забезпеченість лікарями зросла в регіонах з

нечисленною вихідною кількістю цих фахівців (Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ) у 2,6–2 рази, що істотно перевищувало динамку росту по Україні в цілому (1,2 разу). Темпи зростання у Вінницькій області були нижчими, оскільки на початок експерименту регіон мав досить високий рівень забезпеченості (табл. 1). На кінець 2013 р. ЛЗПСЛ обслуговували близько половини населення Дніпропетровської та Донецької областей, близько 90% – Вінницької області та понад третину мешканців столичного регіону.

**Таблиця 1**  
Динаміка забезпеченості лікарями загальної практики/сімейними лікарями в пілотних регіонах, 2011–2013 рр.

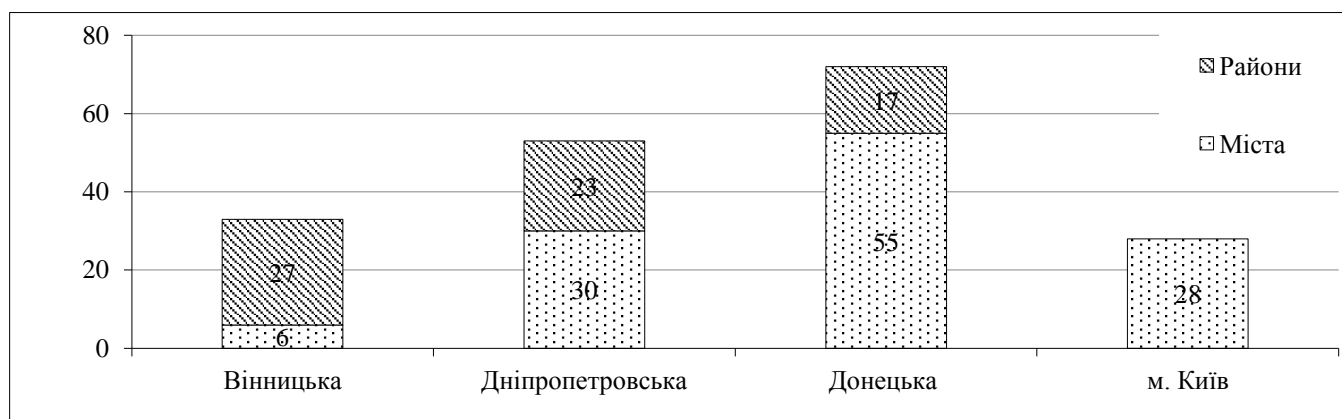
Регіон	2011 р.	2013 р.	Зміни у 2013/2011, %	Частка населення, що обслуговувалося ЛЗПСЛ у 2013 р., %
	забезпеченість ЛЗПСЛ на 10 тис. нас. (абс. число)			
Вінницька обл.	3,73 (607)	4,63 (750)	1,2	86,8
Дніпропетровська обл.	1,22 (404)	3,2 (1068)	2,6	59,4
Донецька обл.	1,03 (452)	2,03 (864)	2	43,2
м. Київ	0,97 (241)	1,8 (503)	1,9	38,6
Україна	1,92 (8794)	2,29 (11349)	1,2	

Джерело: Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я») / укл. М. В. Шевченко. – Київ, 2014. – 51 с. (робочі матеріали)

Підготовка фахівців для потреб ПМСД у пілотних регіонах розглядалася як безперервний процес, завданнями якого була підтримка та розширення їх компетенцій. Для цього були створені регіональні та територіальні тренінгові центри, де відпрацьовувалися необхідні навички. Зокрема в Дніпропетровській області було створено 34 навчально-тренінгові центри, де пройшли підготовку з різних питань 3288 медичних працівників, у т.ч. 1124 (74,2%) лікарів та 2164 (79,7%) медичні сестри ПМСД. При визначенні тематики тренінгів приділялася увага відпрацюванню навичок ведення фізіологічної вагітності, планування сім'ї, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції і туберкульозу, роботи з новим обладнанням, яким комплектувалися амбулаторії, формування здорового способу життя.

Виходячи з аналізу міжнародного досвіду організації ПМСД, насамперед Великої Британії [28], та з урахуванням українського контексту, основним типом закладу для надання ПМСД як юридичної особи було

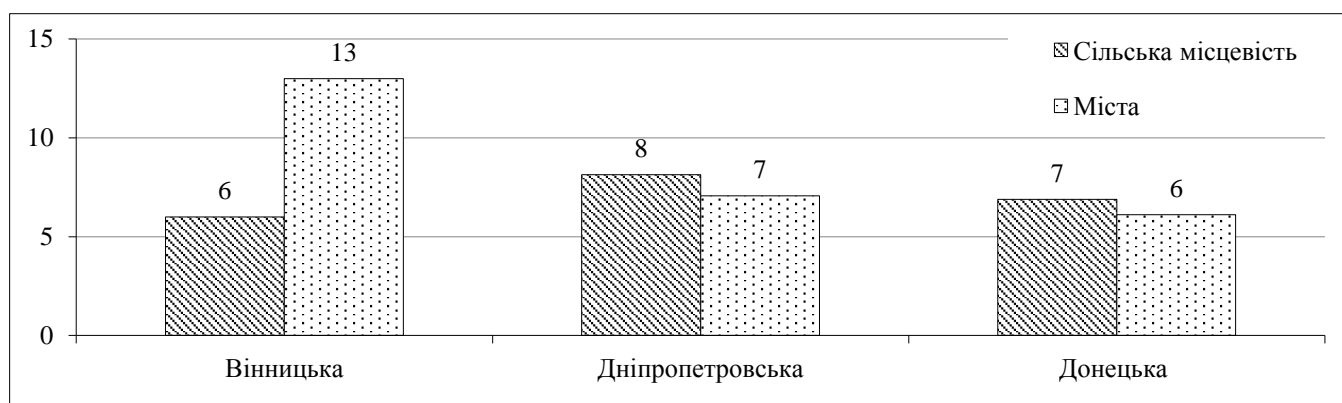
визначено ЦПМСД – заклад, до складу якого входять амбулаторії, ФАПи та медичні пункти. Згідно з обґрунтованими Міністерством охорони здоров'я критеріями оптимізації мережі ЗОЗ, ЦПМСД створюються в сільській місцевості у кожному районному центрі, у містах – один на кожне місто з населенням до 100 тис. жителів, у великих містах та мегаполісах – на кожні 100–150 тис. населення [19]. Управлінські підрозділи ЦПМСД зосереджені на функціях менеджменту, планування, оплати послуг, контролю, постачання, роботи з кадрами, звітності тощо; лікувально-профілактичні підрозділи (амбулаторії, ФАПи) сфокусовані на безпосередній роботі з пацієнтами. Концентрація управлінських функцій у ЦПМСД дозволяє істотно поліпшити якість управління, підвищити справедливість розподілу фінансових витрат між підрозділами (амбулаторіями). За 2012–2013 рр. у пілотних регіонах створено 186 ЦПМСД (рис. 5).



**Рис. 5.** Центри первинної медико-санітарної допомоги у пілотних регіонах

Як видно з рис. 6, до складу одного ЦПМСД у середньому входить 6–8 амбулаторій. Таким чином, централізація управлінських функцій у ЦПМСД дозволяє

зеконотити бюджетні кошти за рахунок скорочення управлінського апарату в кожній амбулаторії.



Джерело: Розрахунки за матеріалами аналітичної довідки про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я») / укл. М. В. Шевченко. – Київ, 2014. – 51 с. (робочі матеріали)

**Рис. 6.** Середня кількість амбулаторій на один ЦПМСД в пілотних регіонах

За підсумками першого (2012 р.) року реалізації пілотних проектів результати структурної реорганізації первинної допомоги, зокрема щодо створення ЦПМСД, були оцінені позитивно, про що свідчить масове відкриття в усіх регіонах таких установ. Так, на кінець 2013 р. було створено 662 ЦПМСД, діяльність яких охоплювала 85% населення України. Впродовж року видатки на фінансування первинної допомоги в середньому по Україні зросли практично вдвічі – з 4,33% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів у 2012 р. до 8,09% у 2013 році.

Дослідження структурної ефективності систем

охорони здоров'я, виконане Л.В. Крячковою [8] за спеціально розробленою валідною методикою [9], показало, що в пілотних регіонах розмежування первинної і вторинної медичної допомоги та розвиток інституту ЗПСМ забезпечили стрімке зростання структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я в цілому: у Вінницькій області у 2012 р. відбулося збільшення на 61,07% порівняно з 2009 р., у Дніпропетровській області – збільшення у 2,3 рази; у Донецькій області – збільшення на 72,33% (рис. 7), що дозволило цим регіонам зайняти перші місця в рейтингу областей за даним показником (табл. 2).

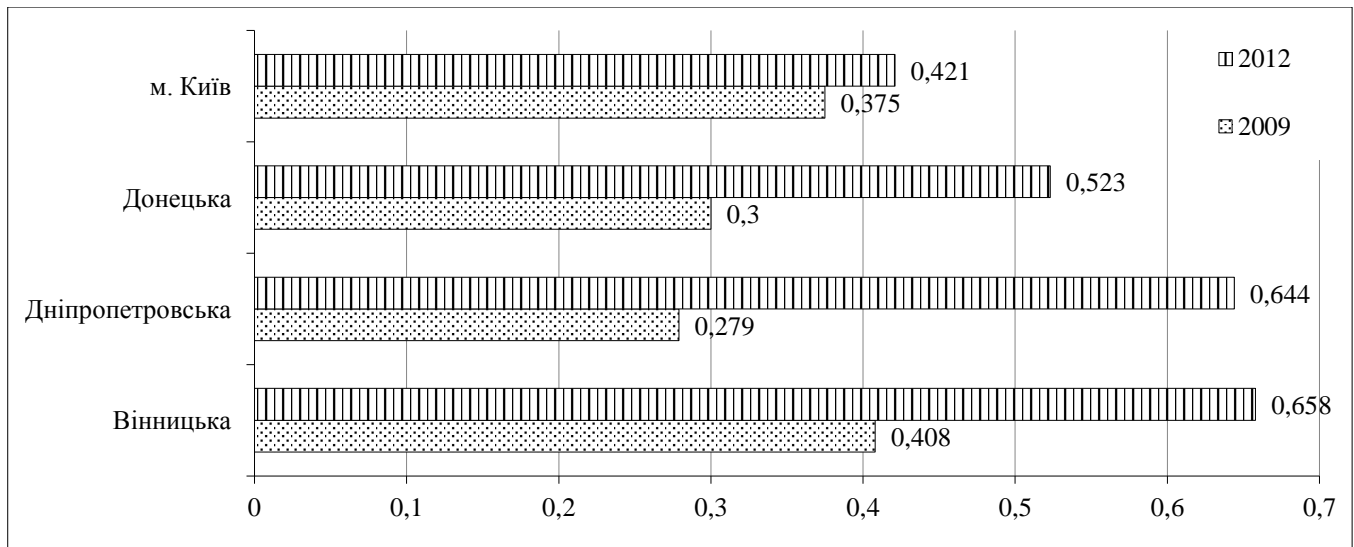


Рис. 7. Динаміка інтегрального показника структурної ефективності систем охорони здоров'я пілотних регіонів

Таблиця 2

Інтегральний показник структурної ефективності систем ОЗ

Адміністративна територія/область	2009 р.	зміни, %	2012 р.	ранг
Вінницька	0,408	61,07	0,658	1
Дніпропетровська	0,279	130,7	0,644	2
Донецька	0,3	72,33	0,523	3
Житомирська	0,429	16,52	0,5	4
Закарпатська	0,539	-8,42	0,494	5
Тернопільська	0,456	6,74	0,487	6
Волинська	0,34	20,5	0,482	7
Автономна Республіка Крим	0,292	64,08	0,478	8
Полтавська	0,421	10,29	0,464	9
Миколаївська	0,4	14,81	0,459	10
Харківська	0,402	10,84	0,446	11
м. Севастополь	0,36	22,72	0,442	12
Львівська	0,34	27,19	0,432	13
Одеська	0,28	52,36	0,427	14
м. Київ	0,375	12,21	0,421	15
Сумська	0,349	18,86	0,415	16
Україна	0,357	15,48	0,412	

Водночас аналіз проведення та результатів структурних перетворень у первинній ланці виявив низку проблемних зон. Проблеми структурної реорганізації первинної допомоги та можливі шляхи їх вирішення показано у табл. 3.

## II. Вільний вибір пацієнтами лікаря ПМСД та принцип «воротаря»

Можливість вибору і зміни лікаря ЗПСМ розглядається в світовій практиці як невід'ємне право пацієнта і є обов'язковою передумовою для переорієнтації системи охорони здоров'я з потреб медичних організацій на потреби населення. Водночас саме ЛЗПСЛ здатний визначити найбільш раціональний варіант лікування та оптимальний маршрут просування пацієнта в системі медичного обслуговування. Тому поєднання вільного вибору пацієнтом ЛЗПСЛ з виконанням останнім контрольно-пропускної функції («воротаря») вважається однією з найважливіших умов керованості медичної допомоги, яка виражається в наданні допомоги на тому рівні і тим фахівцем, який найкращим чином відповідає захворюванню і стану пацієнта.

У 2011 р. в Україні в рамках реформи охорони здоров'я законодавчо регламентовані вільний вибір пацієнтами лікаря первинної ланки і система їх направлень для отримання вторинної медичної допомоги. Законом також визначено випадки, коли пацієнт може отримувати медичну допомогу без направлення. До них

належать: екстрені випадки, звернення до лікарів окремих спеціальностей – акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра; звернення хронічних хворих до лікарів-фахівців, у яких вони перебувають на диспансерному обліку. Ліберальність такого походу з безліччю вилучень була обумовлена бажанням пом'якшити опір пацієнтів у перехідний період.

У пілотних регіонах реалізація права на вільний вибір лікаря первинної ланки почалася з 2013 року. Кампанія з вибору лікаря не була активною. Так, змінили лікаря первинної ланки в Донецькій області 1,7%, у Дніпропетровській області – 0,5% населення.

До останнього часу доступ до вторинної медичної допомоги не регулювався, оскільки не було чіткого розмежування між первинною і вторинною допомогою. У рамках реформи системи медичного обслуговування в пілотних регіонах впроваджується, хоча повільними темпами і у дуже ліберальному режимі (з великими обмеженнями – див. вище), контрольно-пропускна система, що передбачає доступ до вторинної допомоги за направленням лікарів первинної (принцип «воротаря»). Слід зазначити, що в рамках реформи в пілотних регіонах жорстка територіальна прив'язка пацієнтів до певних установ вторинної допомоги була формально скасована, чому сприяло об'єднання коштів для вторинної допомоги на регіональному рівні, і почала відпрацьовуватися схема, коли лікар первинної ланки може скерувати пацієнта до будь-якого лікаря або закладу вторинної допомоги регіону.

Таблиця 3

### Проблеми у структурній реорганізації первинної медичної допомоги та шляхи їх вирішення

Проблема	Шляхи вирішення
На початковому етапі реформи системи первинної допомоги можливе негативне ставлення населення, насамперед міських поселень, до обслуговування дітей сімейними лікарями, що обумовлено низкою причин, серед яких стереотипи поведінки, спротив спеціалістів-педіатрів, недостатній професійний рівень сімейних лікарів	Зняття негативної реакції населення потребує: а) проведення інтенсивної роз'яснювальної роботи серед населення; б) прийняття на рівні менеджменту кожного ЦПМСД виважених рішень щодо поступового, з урахуванням професійних можливостей, переходу до медичного обслуговування сімейними лікарями дітей різних вікових категорій; в) чіткого дотримання чинного законодавства, яке дозволяє безперешкодне пряме звернення до педіатрів за наявності у дітей проблем зі здоров'ям. <i>Примітка:</i> у пілотних регіонах у 2012 р. була розгорнута кампанія протесту проти обслуговування дітей сімейними лікарями на різних інформаційних майданчиках, у т.ч. у ЗМІ. Проте після проведення комплексу заходів вже до середини 2013 р. ситуація стабілізувалася і навіть спостерігаються певні ознаки її поліпшення. За даними соціологічного дослідження, проведеного в пілотних регіонах, серед опитаних, діти яких були прикріплені до сімейного лікаря, задоволених діяльністю лікаря було удвічі більше, ніж не задоволених (60% проти 34%), при цьому частка сімейних лікарів, що надають первинну допомогу пацієнтам від народження і протягом усього життя, досягла 62% (Дані соціологічного опитування, проведеного ЦСД «Софія» 13–29 липня 2013 р. (робочі матеріали))
Негативне ставлення населення до структурного розмежування закладів первинного і вторинного рівнів внаслідок ускладнення проведення лабораторних досліджень, отримання консультацій спеціалістів	Зняття проблеми, як свідчить досвід окремих пілотних регіонів, вирішується через: а) запровадження ефективної логістики доставки біоматеріалів у лабораторії закладів вторинного рівня; б) організацію за графіком на базі амбулаторій виїзних консультацій фахівців; в) чітке дотримання чинного законодавства щодо прямого доступу населення до лікарів-акушерів-гінекологів, диспансерних хворих – до відповідних спеціалістів; г) розвиток мережі амбулаторій, наближених до місця проживання

Структурне розмежування первинної та вторинної допомоги може призвести, за недостатньої координації з боку органів управління, до погіршення взаємодії закладів різних рівнів та невдоволення населення

Значна кількість вузьких спеціалістів у штатних розписах ЦПМСД, що спотворює ідеологію первинної медичної допомоги на засадах ЗПСМ. Причина такого явища полягала в порядку розподілу бюджетних ресурсів між закладами первинної та вторинної допомоги, визначеному Міністерством фінансів [18]. Стрімке підвищення частки витрат на первинну допомогу у 2012 р. до 35%, скоректоване у 2013 р. до 28%, з відповідним зменшенням частки витрат на вторинну допомогу без урахування регіональних відмінностей розвитку первинної допомоги, однаково для міських та сільських поселень, спровокувало виникнення ризику незабезпеченості витрат на заробітну плату працівників закладів вторинної та екстреної допомоги, передусім у містах, що й призвело до введення вузьких фахівців у штати ЦПМСД

Недостатній рівень професійної підготовки фахівців, що надають первинну допомогу

Для оптимізації взаємодії закладів первинної та вторинної допомоги Міністерству охорони здоров'я спільно з регіональними органами управління охороною здоров'я необхідно більш чітко визначити функції кожного типу закладів, порядок погодження та відповідальності за порушення їх співпраці, у т.ч. й з окремими службами (діагностичними тощо)

Для приведення штатів ЦПМСД у відповідність до нормативів та виведення з їх складу вузьких спеціалістів можна розглядати два варіанти рішення:

- встановити диференційовані частки витратків на первинну і вторинну допомогу для міської та сільської місцевості;
- більш доцільне – передати функцію розподілу витратків між первинною та вторинною допомогою на регіональний рівень, що дозволить як диференціювати витратки на первинну допомогу між сільською та міською місцевостями, так і поступово, по мірі підвищення ролі ПМСД у медичному обслуговуванні населення, збільшувати частку витратків на її забезпечення

Для підвищення професійного рівня фахівців, що надають первинну допомогу, доцільно: а) оптимізувати програми підготовки та перепідготовки лікарів та середнього медичного персоналу; б) вважати пріоритетною формою підготовки сімейних лікарів через інтернатуру; в) проводити перепідготовку сімейних лікарів з числа терапевтів та педіатрів зі стажем роботи не більше 15 років; г) створювати регіональні та місцеві навчально-тренінгові центри для відпрацювання найбільш проблемних навичок та розширення професійних компетенцій лікарів

### Проблеми

Пасивність населення щодо вільного вибору ЛЗПСЛ, що пов'язано зі слабкою роз'яснювальною роботою серед населення і низькою зацікавленістю медичного персоналу. Повільно відбувається і впровадження контрольно-пропускної системи через: а) широкий спектр законодавчо визначених контингентів, що можуть вільно звертатися до спеціалістів; б) спротив певних груп населення та лікарів вузьких спеціальностей.

### Шляхи вирішення

Для активізації процесу вільного вибору сімейних лікарів пропонується проведення інтенсивної роз'яснювальної роботи серед населення, розробка та запровадження конкурентних переваг для лікарів, яких населення обирає активно.

Більш широкому застосуванню системи направлень може сприяти: формування довіри пацієнтів до лікарів ЗПСМ; реальне обмеження географічної прив'язки до закладів вторинної допомоги, куди лікар

ЗПСМ може скеровувати пацієнта; формування об'єктивних та доступних, як для лікарів, так і для пацієнтів, рейтингів лікарів різних спеціальностей; поступове запровадження матеріальної відповідальності пацієнтів за необгрунтоване самостійне звернення до спеціалістів у негострих станах.

### III. Запровадження договірних відносин

Перехід від кошторисного фінансування до договірних відносин – ще один знаковий елемент нової системи охорони здоров'я у цілому і первинної допомоги зокрема. Закупівля медичних послуг в існуючій системі фактично відсутня. Заклади охорони здоров'я утримуються за рахунок бюджетних коштів, і обсяг їх фінансування фактично визначається характеристиками потужності медичних закладів, що не створює стимулів до інтенсивної роботи. У новій моделі, вперше в історії охорони здоров'я України, закладені основи переходу до договірних відносин між головними розпорядниками

бюджетних коштів та провайдерами медичних послуг, що, за доказовими даними, належать до ключових стратегій підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів. Важлива особливість надання медичної допомоги на договірній основі полягає в більш орієнтованому на попит розподілі ресурсів, заснованому на розмежуванні функцій покупців і постачальників медичних послуг, визначенні чітких зобов'язань обох сторін та створенні економічних стимулів для виконання цих зобов'язань [23]. Запровадження контрактних відносин неможливе при кошторисному фінансуванні і потребує підвищення самостійності закладів охорони здоров'я для можливості підвищення гнучкості при використанні ресурсів.

У пілотних регіонах були створено передумови для переходу на договірні відносини між замовниками та надавачами первинної допомоги (ЦПМСД), зокрема розроблено та затверджено форми примірних договорів; розроблено та затверджено на базі програмно-цільового методу (ПЦМ) перелік типових бюджетних програм, у тому числі для надання ПМСД, укладено договори на надання ПМСД з головними розпорядниками коштів. Для забезпечення можливості більш самостійного розпорядження бюджетними коштами здійснено перехід на фінансування за спрощеною системою (2 коди – поточні та капітальні видатки) первинної (з 2012 р.) та вторинної (з 2013 р.) медичної допомоги.

Проте слід зазначити, що на цьому етапі контрактні відносини є поки що декларативними.

*Причини, які не дозволили запровадити договірні відносини*

Вжитих заходів було недостатньо для практичного застосування контрактних відносин, оскільки: а) не були підготовлені фінансово-економічні структури органів та закладів охорони здоров'я; б) контроль за їх запровадженням на всіх рівнях системи був практично відсутнім; в) не були відпрацьовані технології застосування сучасних методик фінансування (зокрема капітації – для ПМСД, глобального бюджету та DRG – для вторинної допомоги), що не дозволяло поширити досвід первинної ланки на інші види допомоги, тощо.

*Шляхи вирішення*

Для підвищення ефективності контрактних відносин необхідно: а) забезпечити адекватну підготовку керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи на договірних засадах; б) чітко визначити критерії відповідальності закладів за результати роботи; в) використовувати для планування видатків типовий перелік бюджетних програм, визначений з використанням програмно-цільового методу; г) поетапно підвищувати можливості прийняття закладами самостійних рішень щодо розподілу, насамперед фінансових, а також кадрових та інших ресурсів – на першому етапі шляхом фінансування за скороченою класифікацією, на другому – через автономізацію підготовлених до роботи в таких умовах закладів.

*IV. Запровадження оплати праці, що стимулює до інтенсивної та якісної роботи*

В Україні традиційно ще з радянських часів медичні працівники отримують заробітну плату за відпрацьований час, без урахування реальних результатів роботи, що не сприяє їх заінтересованості у поліпшенні показників здоров'я населення та раціональному використанні ресурсів.

У пілотних регіонах вперше в українській історії була запроваджена система оплати праці персоналу первинної ланки на основі визначеного урядом порядку встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи [3,4]. Незважаючи на певні недоліки, такий підхід забезпечив збільшення середнього розміру зарплати на 50–60% і сприяв певному підвищенню мотивації персоналу, зростанню його відповідальності за результати роботи.

У всіх пілотних регіонах було запроваджено програми «місцевих стимулів», які, залежно від конкретної ситуації на території, включали забезпечення медичних працівників житлом, мобільним зв'язком, виплату муніципальних надбавок.

*Проблеми*

Уже згадувалася певна недосконалість методики визначення надбавок, особливо за якість роботи, але провідною проблемою стало те, що виплати здійснювалися з коштів спеціальної державної субвенції. Відміна субвенції призвела до зупинки всього механізму, в результаті прийняті урядові документи були скасовані.

*Шляхи вирішення*

Для підвищення ефективності мотивації медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи рекомендується: а) доопрацювання методики встановлення надбавок; б) нормативне врегулювання виділення в кошторисах закладів фондів для виплати надбавок за якість та інтенсивність; в) обґрунтування та розробка методики колективної (на рівні амбулаторії) відповідальності за результати діяльності.

**Реформування системи екстреної медичної допомоги**

У рамках реформи системи медичного обслуговування розвиток екстреної (як і первинної), медичної допомоги було віднесено до пріоритетних напрямків. Перші результати розпочатої у пілотних регіонах у 2012 р. реформи екстреної медичної допомоги (ЕМД) показали її дієвість, що сприяло прийняттю Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [17] для поширення перетворень на всю країну. У результаті структура служби ЕМД зазнала кардинальних змін. Замість роздроблених по адміністративних територіях (містах і районах) з підпорядкуванням місцевим органам охорони здоров'я та фінансуванням відповідних структур із місцевих бюджетів були створені регіональні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЦЕМД та МК), на які покладено забезпечення організації та надання ЕМД на території відповідного регіону та які фінансуються з регіонального (обласного) бюджету. До складу центрів входять територіальні відділення ЕМД.

Для поліпшення доступності ЕМД передбачено формування також пунктів постійного і тимчасового базування, оптимізацію забезпеченості бригадами ЕМД. Крім того, реформа служби передбачає розмежування екстреної та так званої «невідкладної» (не екстреної) медичної допомоги. Визначено попередній перелік екстрених і неекстрених викликів. Функції надання допомоги при невідкладних (не екстрених) викликах покладаються переважно на службу первинної допомоги.

Після набуття чинності закону про ЕМД у 2013 р. у всіх регіонах були створені ЦЕМД та МК та забезпечено їх фінансування з регіональних бюджетів.

Були проведені безпрецедентні за всі роки незалежності України заходи з оновлення автопарку спеціалізованого санітарного транспорту для потреб системи ЕМД (закуплено 1400 автомобілів) та забезпечення бригад ЕМД медикаментами та виробами медичного призначення (за рахунок субвенцій з

державного бюджету було майже в п'ять разів збільшено медикаментозне наповнення кожного виклику ЕМД в усіх регіонах України).

У чотирьох пілотних регіонах на кінець 2013 р. створено 250 пунктів постійного/тимчасового базування бригад ЕМД (99 пунктів у Дніпропетровській області, 29 – у м. Києві). Автотранспорт ЕМД був обладнаний GPS-навігацією, усі бригади були забезпечені засобами радіо-та мобільного зв'язку [1].

Незважаючи на короткий термін від початку функціонування нової системи екстреної допомоги, число бригад ЕМД збільшилося до 3407, або 0,75 на 10 тис. населення. Зазнала змін і структура бригад: питома вага загальнолікарських бригад практично не змінилася (34%), водночас частка спеціалізованих бригад зменшилася до 6,4% і зросла частка фельдшерських бригад до 60%, що сприяло зменшенню непрофільності виїздів (табл. 4).

Таблиця 4

#### Характеристики екстреної медичної допомоги в пілотних регіонах та Україні в цілому, 2013 р.

Показник	Вінницька обл.	Дніпропетровська обл.	Донецька обл.	м. Київ	Україна
Забезпеченість бригадами ЕМД	0,74	0,85	0,8	0,4	0,75
Забезпеченість бригад ЕМД мобільним зв'язком, GPS-навігацією	частково	100%	частково	100%	
Чисельність пунктів постійного/тимчасового базування	50	99	72	29	н/д
Структура бригад ЕМД					
фельдшерських	59,2	64,2	46,3	10,5	59,6
лікарських (у т.ч. спеціалізованих)	40,8 (7,5)	35,8 (3,5)	53,7 (11,7)	89,5 (10,5)	40,4 (6,4)

Одним з найважливіших індикаторів якості функціонування екстреної допомоги є час доїзду бригади до місця виклику. На даний час в Україні діють диференційовані нормативи доїзду бригад ЕМД до місця виклику – 10 хвилин у міській і 20 хвилин у сільській місцевості. Як на пілотних територіях, так і в країні в цілому, у 2013 р. реєструвалися високі показники досягнення зазначених нормативів (рис. 8): у містах коливання становили 86,1–91,3%, у сільській місцевості – 83,6–90,2%, що експерти пов'язують з комплексом факторів: розмежуванням функцій невідкладної та екстреної допомоги та поліпшенням діяльності системи первинної медичної допомоги в сфері надання невідкладної допомоги (частота звернень за екстреною медичною допомогою у 2013 р. порівняно з 2007 р. скоротилася практично на 20%), створенням розгалуженої системи пунктів постійного та тимчасового базування (у Дніпропетровській області радіус доїзду становить у містах 10 км, у сільській місцевості – 20 км).

Водночас об'єктивність характеристик доїзду викликає сумніви. Реальні дані будуть отримані після введення в експлуатацію централізованих

диспетчерських служб, коли реєстрація часу доїзду буде здійснюватися без втручання людського фактора.

#### Проблеми

Ключова роль у функціонуванні нової системи ЕМД належить оперативно-диспетчерським службам – структурним підрозділам ЦЕМД та МК, які з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів повинні забезпечувати в цілодобовому режимі прийняття викликів ЕМД з усієї території області, їх обробку та оперативне реагування на них, зокрема передачу відділенням і відповідним бригадам ЕМД інформації про виклик, визначення ЗОЗ, куди бригада повинна здійснювати перевезення пацієнта, та інформування про це бригад екстреної допомоги та відповідних установ.

Проте плани реалізації національного проекту «Вчасна допомога», спрямованого на створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб були провалені [25]. В експлуатацію введена лише одна централізована диспетчерська в Дніпропетровській області у 2015 р., яка поступово виходить на заплановану потужність. Існують й інші істотні перешкоди для



функціонування централізованих диспетчерських – відсутні стандартизовані запитальники для диспетчерів, не опрацьовані сучасні технології скерування бригад ЕМД для обслуговування викликів.

Крім того, потребують удосконалення розмежування невідкладної та екстреної медичної

допомоги та взаємодія відповідних служб (первинної допомоги та ЕМД).

Ефективність служби ЕМД залежить також від позагалузевих чинників – стану доріг, освітлення вулиць, наявності нумерації будинків тощо.

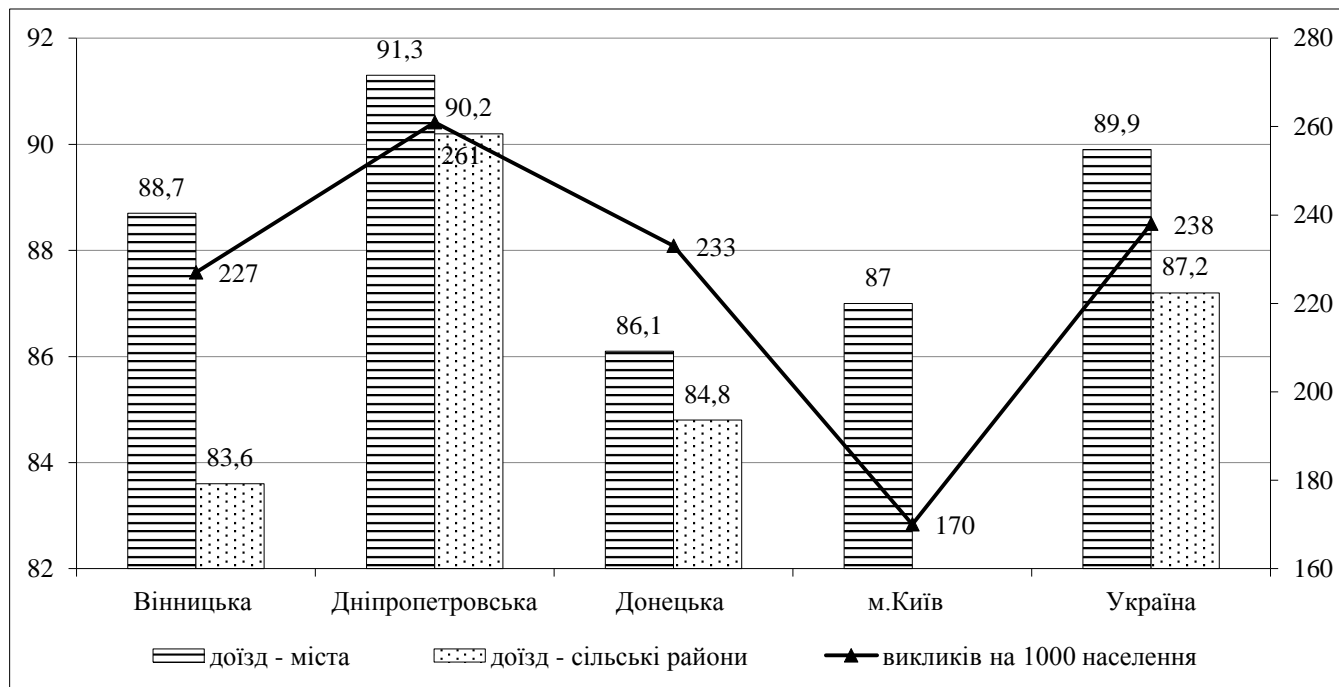


Рис. 8. Своєчасність доїзду бригад та частота викликів ЕМД

### Реформування вторинної медичної допомоги

Реформа вторинного рівня медичної допомоги в пілотних регіонах була віднесена до другого етапу перетворень (після визначення та апробації основних форм і механізмів організації первинної та екстреної медичної допомоги). У 2012–2013 рр. проводилася підготовча робота до структурної реорганізації вторинної допомоги: розроблені плани реорганізації існуючих лікарень залежно від інтенсивності наданої в них допомоги в лікарні інтенсивного, планового, відновного лікування, хоспіси або спеціалізовані центри зі схемами так званих госпітальних округів, плани перспективного розвитку кожного ЗОЗ, який надає вторинну допомогу; були реорганізовані у амбулаторії СДЛ (див. вище).

Проте формування потужних пулів для надання вторинної допомоги на регіональному рівні дозволило запуснути реальний процес перетворень цього виду медичної допомоги, результати якого можна простежити лише за даними одного регіону (Дніпропетровська область), де концентрація коштів для надання вторинної допомоги була дійсно реалізована.

Проміжні результати, отримані в Дніпропетровській області, свідчать, що об'єднання коштів для надання вторинної медичної допомоги на регіональному рівні дозволило підвищити доступність цього виду за рахунок її регіональної екстериторіальності та забезпечення можливості вибору для отримання

допомоги медичного закладу, адекватного стану пацієнта, привести видатки на медикаменти та харчування у закладах, що надають спеціалізовану медичну допомогу, до єдиних нормативів з їх збільшенням двічі [6]. Особлива увага приділялася формуванню раціональних маршрутів пацієнтів, насамперед тих, що потребують ургентної допомоги, для їх доставки службою екстреної допомоги в ЗОЗ вторинного рівня, у яких є можливості для надання якісної медичної допомоги, і таким чином реалізувати проголошений видатним американським економістом Майклом Портером принцип «Якість, а не дислокація» [16]. У першу чергу були розроблені маршрути для хірургічних хворих (з гострими хірургічними захворюваннями) та вагітних.

Лише за один рік (з 2012 р. до 2013 р.) застосування інструменту маршрутизації з формуванням маршрутів доставки хворих з гострими хірургічними захворюваннями в ЗОЗ області, які забезпечені кадровим та матеріально-технічним ресурсом для надання цілодобової інтенсивної допомоги, дозволило зменшити у 5,3 разу перетранспортування хворих, у 2,8 разу кількість виїздів санітарної авіації та в 4,3 разу число оперативних втручань, виконаних цією службою; зменшити післяопераційну летальність при гострому апендициті з 0,038 до 0, при гострій кишковій непрохідності – з 4,97 до 3,88, при гострому панкреатиті – з 0,5 до 0,45, при кровотечах – з 17,2 до 4,8 (табл. 5).

Таблиця 5

**Динаміка деяких показників медичної допомоги  
при невідкладних захворюваннях черевної порожнини,  
Дніпропетровська область, 2012–2013 рр.**

Показник	Рік	2012	2013
Кількість виїздів санавіації			зменшилася в 2,8 разу
Кількість операцій, виконаних санавіацією			зменшилася в 4,3 разу
Перетранспортування хворих в інші ЗОЗ			зменшилося в 5,3 разу
Летальність при:			
- проривній виразці		4,1%	3,4%
- кровотечах		17,02%	4,8%
- кишковій непрохідності		4,97%	3,88%

Примітка: Робочі матеріали департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

Іще вагоміші результати були отримані у системі перинатальної допомоги, оскільки процес її реорганізації розпочався задовго до запуску пілотного проекту (у 2001 р.), однак ґрунтувався на тих самих принципах, за якими здійснювалася реформа медичного обслуговування останнього періоду, та був поєднаний з реалізацією проекту «Нове життя», який передбачав створення перинатальних центрів. Комплекс проведених заходів дозволив [2] зменшити загальну кількість пологових стаціонарів у регіоні на 44%, а малопотужних – на 86%, радикально зменшити частку пологів, які приймаються у малопотужних стаціонарах, з 21,4% до 2,3%, концентрувати 98,8% пологів з високим та вкрай високим рівнем ризику в потужних стаціонарах, що призвело до зниження на 41% малюкової смертності (табл. 6).

Таблиця 6

**Динаміка показників перинатальної допомоги,  
Дніпропетровська область, 2001–2013 рр.**

Показник	Динаміка
загальне число пологових стаціонарів родопомічних закладів/підрозділів	- на 44% при збільшенні числа пологів практично на 40%
число малопотужних пологових стаціонарів (менше 400 пологів на рік)	- на 86%
частка пологів, які приймаються в потужних пологових стаціонарах	+ з 66,6% до 87,5%
частка пологів, які приймаються в пологових стаціонарах малої потужності	- з 21,4% до 2,3% відповідно
частка роділь з високим та вкрай високим рівнем ризику, що народжували в потужних стаціонарах	+ з 71,6% до 98,8%
малюкова смертність	зменшилася на 41% (з 12,9% до 7,6%)

Також було розпочато процес виваженої концентрації технічних та кадрових ресурсів у потужних лікарнях із запровадженням сучасних медичних технологій для задоволення об'єктивних потреб населення в якійсній та доступній спеціалізованій медичній допомозі. Так, у Павлоградській міській лікарні №4 – регіональному закладі, який після пулінгу коштів на регіональному рівні почав надавати багатопрофільну та інтенсивну допомоги мешканцям м. Павлограда та чотирьох прилеглих адміністративних територій, – було зосереджено сучасне обладнання (лапароскопи, апарати для доплерографії, комп'ютерний томограф тощо) та кадровий потенціал, необхідний для надання медичної допомоги в цілодобовому режимі. Це дозволило за два роки (2012–2013 рр.) впровадити новітні технології: тромболізіс при гострому інфаркті міокарда та інсульті, проведення ендоскопічного гемостазу, ендопротезування кульшового суглоба, лапароскопічні втручання на жовчному міхурі; збільшити удвічі кількість пролікованих з території обслуговування; збільшити утричі кількість малоінвазивних оперативних втручань та в результаті знизити удвічі летальність від гострого інфаркту міокарда, на 17% зменшити середню тривалість перебування хворого на ліжку.

Пулінг коштів при інтенсивному та професійному менеджменті з боку обласної влади (виконавчої, представницької, за участю органу управління охороною здоров'я) дозволив збільшити рівень гарантій та справедливості видатків при наданні спеціалізованої допомоги. Видатки на медикаменти та харчування були приведені до єдиних нормативів, збільшені у середньому у понад двічі та диференційовані за профілем ліжок: фінансування одного ліжка-дня було збільшено з 1,5 до 3 грн у ЗОЗ на різних територіях до 60 грн в реанімаційних, 25 грн у хірургічних, 18 грн у пологових, 5–7 грн у терапевтичних відділеннях, 50 грн у відділеннях патології новонароджених, незалежно від територіальної приналежності закладу; видатки на харчування були збільшені у всіх закладах від 1 грн до 7 гривень.

*Проблеми*

Навіть на початковому етапі реформи вторинної допомоги видно, що її здійснення – складна ресурсоемна

задача, вирішення якої потребує як значних інвестицій, так і розробки складних управлінських рішень, напрацювання великого обсягу нових методичних та нормативних документів, навчання та перенавчання персоналу, що без пріоритетизації такої діяльності може звести нанівець усю роботу, без отримання очікуваних результатів.

#### Шляхи вирішення

Відмовитися на сучасному етапі реформ від існуючого змістовного наповнення поняття госпітальний округ, яке передбачає реорганізацію всієї мережі закладів вторинної допомоги, і зосередитися насамперед на закладах, що надають інтенсивну допомогу, забезпечивши приведення у відповідність функціям їхні кадрові та матеріально-технічні ресурси. Створення реальних лікарень інтенсивного лікування призведе до зміни функцій, і реорганізація закладів інших типів буде відбуватися поступово, природним шляхом.

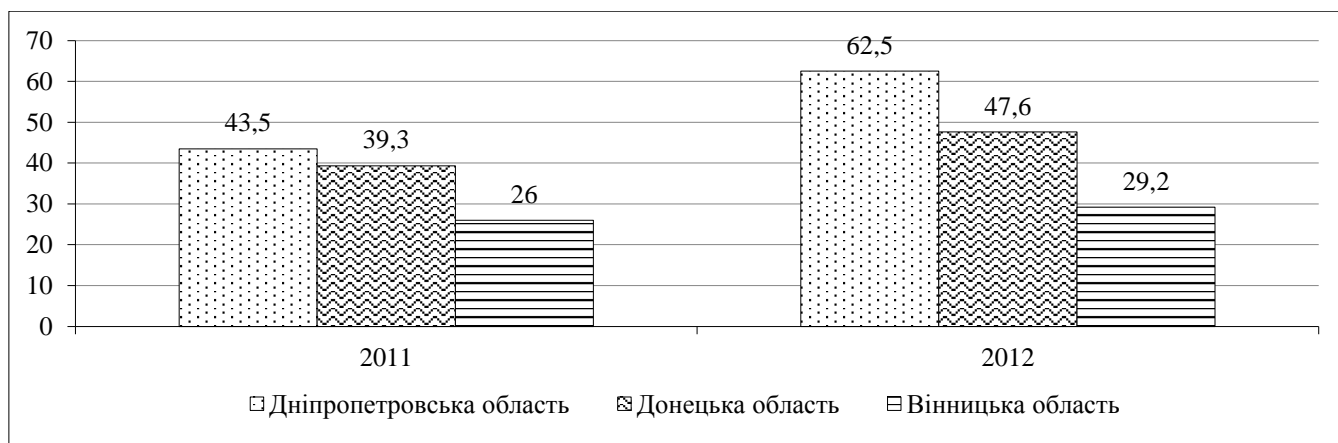
#### ЗАХОДИ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

У 2012–2013 рр. в Україні реалізовувався пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації. Суть проекту полягала в тому, що всі зареєстровані в Україні лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою розподілялися на три групи: 1) вартість яких підлягає відшкодуванню в розмірі 90%; 2) вартість яких підлягає відшкодуванню в розмірі менше 90%; 3) вартість яких не відшкодовується (рис. 9). Дія проекту поширювалася на генеричні препарати, які виробляються з дотриманням вимог належної виробничої практики, – з 323 затверджених позицій лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою відшкодуванню підлягали 164 найменування, що мали сертифікат підтвердження відповідності вимогам належної виробничої практики (Good Manufacturing Practice – GMP) та ціни на які задекларовані на рівні або нижче граничного рівня оптово-відпускних цін. Відпуск

антигіпертензивних лікарських засобів у рамках пілотного проекту здійснювався за рецептами, виписаними ЗОЗ, аптеками, перелік яких визначався регіональними органами охорони здоров'я. Останні здійснювали відпуск лікарських засобів з оплатою споживачем різниці між фактичною роздрібною ціною, встановленою на момент придбання лікарського засобу, та референтною ціною, затвердженою МОЗ України. Для часткового відшкодування громадянам вартості гіпотензивних ліків передбачалася субвенція з державного бюджету: у 2012 р. у розмірі 40 млн грн (~ 5 млн доларів), у 2013 р. – 191,6 млн грн (~ 24 млн доларів).

Перші результати впровадження державного регулювання цін на основі референтних цін та відшкодування вартості лікарських засобів виявилися досить успішними: ціни на антигіпертензивні препарати в цілому по ринку зменшилися на 9,3% (на тлі підвищення середньозважених ринкових цін на лікарські засоби в 2013 р. на 9,7%); зросло споживання препаратів на 24%, насамперед за рахунок більш дешевих вітчизняних препаратів, вартість яких відшкодовувалась (рис. 10). Усе це могло стати фундаментальною основою для запровадження контрольованого лікування артеріальної гіпертензії і таким чином радикального зменшення частоти інфарктів та інсультів – провідних причин смертності в Україні.

Для забезпечення фізичної доступності лікарських засобів у сільській місцевості стали масово відкриватися аптечні заклади (аптеки і аптечні пункти) (рис. 11). За період 2009–2013 рр. їх кількість збільшилася на 62,5%. Крім того, з метою поліпшення забезпечення сільського населення лікарськими засобами, введена нова норма: у разі відсутності аптеки або структурного підрозділу аптеки дозволено здійснення роздрібної торгівлі лікарськими засобами за переліком, встановленим наказом МОЗ України, в приміщеннях ФАПів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторій ЗПСМ працівниками цих установ, що мають медичну освіту.



Джерело: Система дослідження ринку «PharmXplorer»

Рис. 10. Динаміка продаж антигіпертензивних препаратів у 2012–2013 рр.

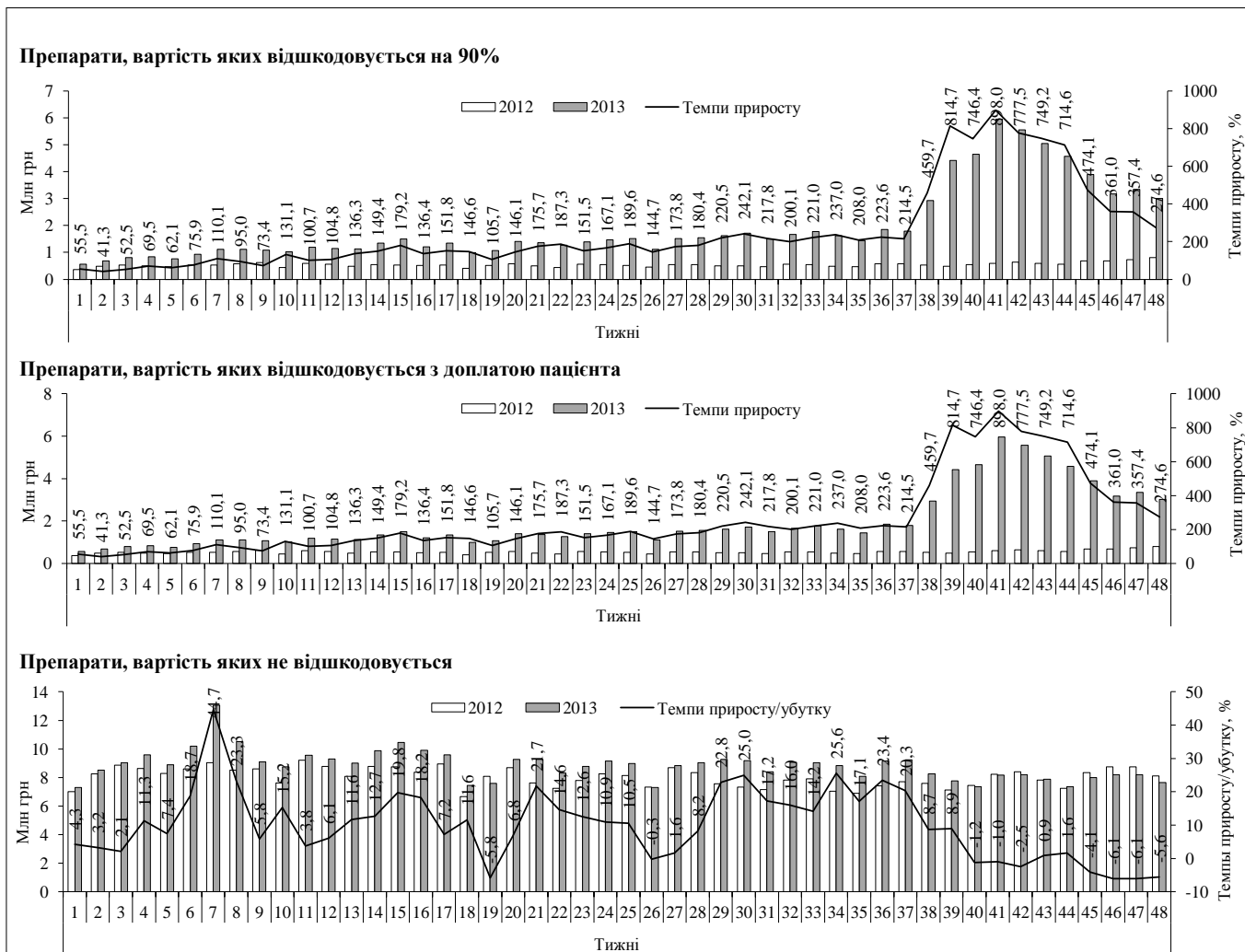


Рис. 9. Результати запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою

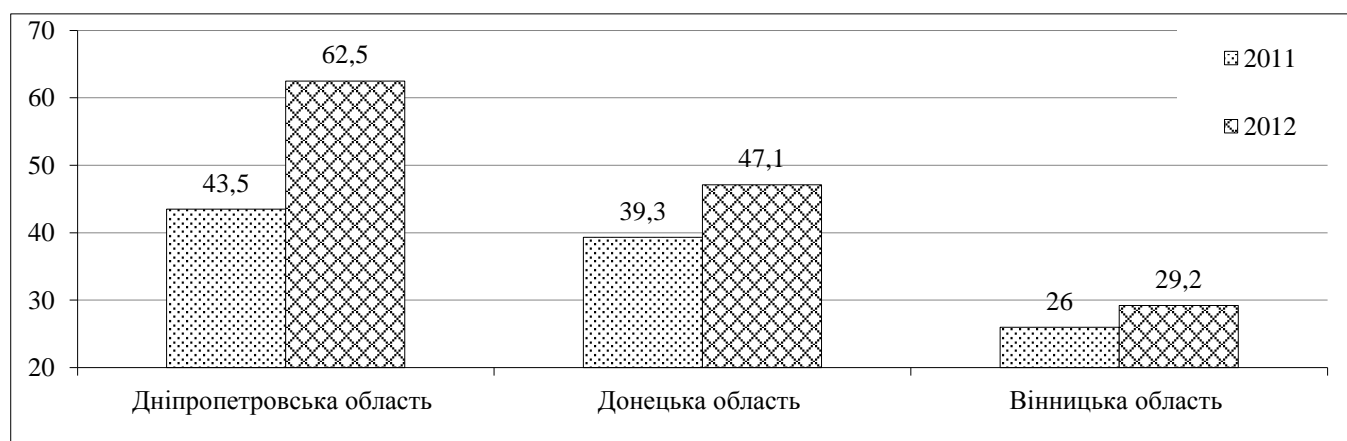


Рис. 11. Питома вага СА і ФАПів, які мають пункти реалізації лікарських засобів

### Висновки

Аналіз результатів реформування системи медичного обслуговування у пілотних регіонах підтвердив обґрунтованість та виваженість запропонованих стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я.

У процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність: 1) розмежування ПМСД та вторинної медичної допомоги з розвитком ПМСД на засадах ЗПСМ, створенням ЦПМСД з розвинутою мережею амбулаторій у містах і сільській місцевості; 2) пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної медичної допомоги на регіональному рівні; 3) розвиток лікарень інтенсивного лікування та запровадження системи маршрутизації пацієнтів до ЗОЗ, що відповідають важкості та складності захворювання; 4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.

За умови доопрацювання деяких проблемних питань, виявлених при їх застосуванні, ці механізми доцільно поширити на всі регіони країни. Обов'язковою умовою для переходу до широкомасштабного використання є навчання фахівців та підтримка органів влади усіх рівнів.

Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно-функціональних перетворень у сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізації закладів охорони здоров'я, контрактних відносин, методів оплати медичних послуг у закладах різних рівнів медичної допомоги, потребує попереднього ретельного їх відпрацювання у пілотному режимі.

### Література

2. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 "Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я" / укл. : М. В. Шевченко. – Київ, 2014. – 51 с.
3. Гінзбург В. Г. Результати регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В. Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 27–31.
4. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 (скасована) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.arteka.ua>. – Назва з екрану.
5. Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 р. № 395 (скасована) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.gp.gov.ua/ua/kmu.html?\\_m=fslib&\\_t=fsfile&\\_c...file](http://www.gp.gov.ua/ua/kmu.html?_m=fslib&_t=fsfile&_c...file). – Назва з екрану.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности / ВОЗ. – Женева : Изд-во ВОЗ, 2000. – 232 с.
7. Звіт про стан реалізації пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області : робочі матеріали Департаменту управління охороною здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, 2014 р. – 11 с.
8. Крячкова Л. В. Досвід оцінки чутливості регіональних систем охорони здоров'я на підставі опитування домогосподарств / Л. В. Крячкова // Сучасні медичні технології. – 2014. – № 3 (23). – С. 92–98.
9. Крячкова Л. В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / Л. В. Крячкова. – Харків, 2015. – 44 с.
10. Лехан В. М. Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я : методичні рекомендації 151.13/304.13 / уклад. : В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко ; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України». – Київ, 2013. – 36 с.
11. Лехан В. М. Новая модель надання первинної медико-санітарної допомоги - досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург [та ін.] // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – Tom LXVII, gr.2czesc. II. – P. 210–214.

12. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4. – С. 99–105.
13. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.
14. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2 (22). – С. 63–69.
15. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2015. – 41 с. – Режим доступу : <http://healthsag.org.ua/strategiya/> – Назва з екрану.
16. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
17. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / М. Портер, Т. Э. Ольмстед. – Киев : Из-во Алексея Капусты (подразделение Агенства «Стандарт»), 2007. – 620 с.
18. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07. 2012 р. № 5081-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
19. Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги : наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
20. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : наказ МОЗ України від 05.10.2011 №646 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
21. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
22. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс] / Комітет з економічних реформ при Президенті України. – 2010. – 87 с. : Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрану.
23. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України : 2013 р. : матеріали до підсумкової колегії Міністерства охорони здоров'я. – Київ, 2014. – 172 с.
24. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас : пер. с англ. – Москва : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
25. Семенов Ю. А. Telecommunication technologies – телекоммуникационные технологии (v2.1) (ГНЦ ИТЭФ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://booksmania.name/internet/textbook2442.html>: – Название с экрана.
26. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – Київ, 2013. – 415 с.
27. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization: The World Health Report, 2010. – 128 p.
28. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements / J. Kutzin // Health Policy. – 2001. – Vol. 56. – С. 171–204.
29. Roland M. Primary Medical Care in the United Kingdom / Martin Roland, Bruce Guthrie, David Colin Thomé // Journal of the American Board of Family Medicine (JABFM). – 2015. – Vol. 28 (4). – P. 6–11.
30. Ukraine: Health system review / Lekhan V. N., Rudiy V. M., Shevchenko M. V. [et al.] // Health Systems in Transition. – 2015. – Vol. 17 (2). – P. 1–153.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.07.2015 р.

**Анализ результатов реформирования  
системы здравоохранения в пилотных регионах:  
положительные результаты, проблемы  
и возможные пути их решения**

*В.М. Лехан<sup>1</sup>, Г.А. Слабкий<sup>2</sup>, М.В. Шевченко<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Днепропетровская медицинская академия,  
г. Днепропетровск, Украина

<sup>2</sup>Ужгородский национальный университет,  
г. Ужгород, Украина

<sup>3</sup>Государственное научное учреждение «Научно-  
практический центр профилактической и клинической  
медицины» Государственного управления делами,  
г. Киев, Украина

Целью работы было оценить результативность реформы системы здравоохранения в пилотных регионах, выявить положительные и отрицательные их последствия и выяснить причины последних. В исследовании использовались аналитический, сравнительный, статистический методы. Анализ результатов реформирования системы медицинского обслуживания в пилотных регионах подтвердил обоснованность и взвешенность предложенных стратегических подходов к реформированию системы здравоохранения. В процессе реализации пилотных проектов были доказаны целесообразность и эффективность: 1) разграничения первичной и вторичной медицинской помощи с развитием первичной помощи на принципах общей практики – семейной медицины; 2) пулинг финансовых ресурсов для предоставления вторичной и экстренной помощи на региональном уровне; 3) развития больниц интенсивного лечения и введения системы маршрутизации пациентов; 4) внедрения оплаты труда за объемы и качество работы; 5) введения государственного регулирования цен на лекарственные средства с использованием сравнительных (референтных) цен и реимбурсации (на примере артериальной гипертензии).

**Ключевые слова:** система здравоохранения, реформирование, пилотные регионы, результативность, новые механизмы.

**Analysis of the health system reform in the pilot regions:  
positive effects, problems and possible solutions**

*V.M. Lekhan<sup>1</sup>, G.A. Slabky<sup>2</sup>, M.V. Shevchenko<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Dnipropetrovsk State Medical Academy,  
Dnepropetrovsk, Ukraine

<sup>2</sup>SHEI "Uzhgorod National University", Uzhgorod, Ukraine

<sup>3</sup>State Institution of Science "Research and Practical Center  
of Preventive and Clinical Medicine" State  
Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Assess the impact of health care reform in the pilot regions, identify positive and negative impacts, also clarified their reasons. Methods: analytical, comparative, statistical.

Analysis of the reform of the health care system in the pilot regions, and confirmed the validity of the proposed balanced strategic approach to reforming the health care system. In the course of the pilot projects was proved the feasibility and effectiveness of: 1) the differentiation of primary and secondary care with the development of PHC which based the principles of general practice and family medicine; 2) the pooling of financial resources for the provision of secondary and emergency care at the regional level; 3) development of intensive care hospitals and the introduction of the routing of patients; 4) the introduction of wage which is based on the volume and quality of work; 5) the introduction of state regulation of prices for medicines which are based reference prices and reimbursement (for example, an arterial hypertension).

**Key words:** health system, reforms, pilot regions.

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ УКРАЇНИ

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

*Висвітлено методологічні підходи до формування єдиного медичного простору в Україні, як на звичайний час, так і в особливий період.*

**Ключові слова:** єдиний медичний простір, методологічні підходи.

### Вступ

У зв'язку з початком антитерористичної операції (АТО) на південному сході України, що має усі ознаки локальної війни, перед цивільною та військовою медициною постали масштабні проблеми з медичного забезпечення військовослужбовців і населення в умовах бойових дій, головними з яких є залучення до складу угруповання військ у складі АТО Збройних Сил (ЗС) України, військових формувань інших силових міністерств і відомств, медична служба яких не мала практичного досвіду надання медичної допомоги особовому складу під час бойових дій і, відповідно, не могла ефективно функціонувати, не маючи загальних правил дій та єдиного органу управління з координації їх взаємодії. Це підтверджують і члени тимчасової слідчої комісії Верховної Ради України, відмічаючи незадовільний рівень координації дій силових структур в умовах АТО.

Зрозуміло, що на галузевому рівні зазначену проблему вирішити неможливо. У розвинених країнах світу вона вирішується у рамках державної політики збереження і відновлення здоров'я максимальної кількості військовослужбовців, що будується на основі прийнятої у державі воєнної і воєнно-медичної доктрини, які передбачають обов'язкову інтеграцію державної охорони здоров'я з медичними службами Збройних сил та інших силових міністерств і відомств, що існують на медичному просторі цих держав.

**Мета роботи** – визначити концептуальні підходи до створення та розвитку єдиного медичного простору України.

### Матеріали та методи

У ході роботи використано методи структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз чинного законодавства України дозволяє зробити висновок, що система медичного забезпечення населення, як і система медичного забезпечення військ в особливий період, є складовою соціально-економічної системи країни. Відповідно до своїх функцій, вони призначені для надання усіх видів медичної допомоги, відновлення праце- і боєздатності, зменшення інвалідності і смертності постраждалих. Отже, у них є спільна мета – збереження трудових (людських) ресурсів, що є важливою складовою національної безпеки держави. Виходячи з цього, військову охорону здоров'я доцільно розглядати як складову загальнодержавної політики у галузі охорони здоров'я громадян України. Тому принципи та алгоритм роботи військових медичних установ і установ цивільної охорони здоров'я в особливий період, система надання медичної допомоги, рівні та етапи медичної евакуації, лікувально-діагностичні протоколи і стандарти повинні бути єдиними та розроблятися вітчизняними науковцями, акумулюючи найсучасніші світові досягнення і новітні технології у галузі організації та практики надання медичної допомоги громадянам у збройних конфліктах та одночасно відповідати міжнародним нормам і передбачати можливість проведення заходів медичного забезпечення військ (сил) і цивільного населення у взаємодії з медичним персоналом інших країн.

Усе вищезазначене, а також складні економічні та соціальні умови, у яких знаходиться Україна, вимагають прискорення інтеграційних процесів з метою створення Єдиного медичного простору (ЄМП) держави.

Шляхи вирішення вказаної проблеми були визначені постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. №819, відповідно до якої передбачалося опрацювання проекту Концепції та конкретного плану заходів щодо взаємодії медичних служб ЗС України та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я з метою опрацювання актів законодавства для створення єдиної загальнодержавної системи медичного забезпечення



цивільного населення і військовослужбовців на воєнний час та у надзвичайних ситуаціях.

Прошло понад 20 років після затвердження Постанови, більше року на теренах України ведуться бойові дії, гинуть військовослужбовці і цивільне населення, а органи влади не виконали жодної із перелічених у Постанові вимог щодо створення ЄМП України.

Проведені дослідження стосовно зазначеної проблеми дозволили виявити низку чинників, які сьогодні унеможливають інтеграцію загальнодержавної системи охорони здоров'я із системами медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань з метою створення ЄМП держави, а саме:

– відсутність з боку законодавчої та виконавчої гілок влади стратегічних підходів до побудови і системного програмного забезпечення державної політики охорони здоров'я громадян держави, як в мирний час, так і на особливий період;

– структурна неефективність охорони здоров'я України, наявність у галузі закладів відомчого підпорядкування – Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки, Держприкордонслужби, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної академії медичних наук України, Державного управління справами, Мінінфраструктури, Державної пенітенціарної служби, інших відомств;

– не передбачена можливість трансформації завдань, структури та організації органів управління системою медичного забезпечення держави загалом та окремо на особливий період;

– відсутність законодавчо визначених шляхів взаємодії між органами управління медичним забезпеченням Міністерства охорони здоров'я України, ЗС України, силових міністерств і відомств;

– відсутність нормативно-правового врегулювання функціонування перелічених структур на особливий період у ЄМП держави;

– у правовому полі не затверджена єдність медичної термінології, організаційних принципів, єдність етапів надання медичної допомоги, єдність стандартів і медичних протоколів надання медичної допомоги, єдність застосування сил і засобів медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення (у вигляді єдиної воєнно-медичної доктрини);

– відсутність уніфікованих стандартів з питань організаційної технології, медичної технології та ресурсного забезпечення надання медичної допомоги або послуг, що не дозволяє об'єктивно оцінити якість медичної допомоги та її економічну складову, а отже рухатися до впровадження страхової медицини на теренах України;

– відсутність теоретичного узагальнення результатів та наукового обґрунтування шляхів інтеграції державної охорони здоров'я України і медичних служб силових структур щодо створення ЄМП України.

Розроблені методичні підходи до визначення напрямків і механізмів формування ЄМП держави

шляхом інтеграції Міністерства охорони здоров'я України з медичними службами Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України, Держприкордонслужби, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної академії медичних наук України, Державного управління справами, Мінінфраструктури, Державної пенітенціарної служби, інших відомств, реалізація яких сприятиме збереженню максимальної кількості трудових (людських) ресурсів, що є важливим фактором національної безпеки держави, підвищенню якості та ефективності надання медичної допомоги, запровадженню ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, підвищенню соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Основою запропонованих підходів є правове вирішення проблеми. На сьогодні відносини, які належать до предмета правового врегулювання проекту, визначені нормами, що містяться у наступних законодавчих актах України: Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Господарський кодекс України, Бюджетний кодекс України, Закон України «Про державні санітарні стандарти та державні соціальні гарантії», постанова Кабінету Міністрів України «Про взаємодію медичних служб Збройних сил України та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини», які вимагають політичного рішення щодо їх реалізації.

Створення ЄМП потребує додаткових коштів для утримання координаційного органу управління інтеграції державної системи охорони здоров'я. Це кошти державного бюджету. Також можуть залучатися міжнародні джерела інформаційної, технічної та фінансової допомоги.

Методологічно вірним буде погодження законодавчих документів та заходів зі створення ЄМП з Мінекономрозвитку, Мінфіном, Мін'юстом та Міністерством оборони України, Міністерством внутрішніх справ, Службою безпеки України, Держприкордонслужбою, Державною службою України з надзвичайних ситуацій, Національною академією медичних наук України, органом Державного управління справами, Мінінфраструктури, Державної пенітенціарної служби, інших відомств.

Також методологічно вірним буде залучення громадськості до обговорення проекту.

Раціональне та ефективне поєднання всіх структур можливе за наявності спільного програмного документа, що містить правила, обов'язкові для всіх. Йдеться про принципи і шляхи, що дозволяють скоригувати відомчі дії для посилення загальних зусиль. Інтеграція передбачає не просте об'єднання ресурсів і можливостей, а процес взаємного призвичаювання і доповнення.

Слід зазначити, що впровадження в ЄМП стандартів щодо організаційних технологій, медичних технологій (процесів надання діагностично-лікувальної допомоги, її якості, технології надання медичних послуг)

та ресурсного забезпечення медичної допомоги (послуг) створює об'єктивні умови для оцінки якості медичної допомоги (послуг) і забезпечує підґрунтя для появи в державі страхової медицини.

Формування ЄМП важливо здійснювати саме сьогодні, коли в країні проводиться реформа системи охорони здоров'я. Зі створенням ЄМП реформа набуває комплексного і цілісного характеру.

Для формування ЄМП має бути розроблена та затверджена урядом країни відповідна Концепція, що включає конкретні плани заходів взаємодії державної системи охорони здоров'я із відомчою медициною, зокрема опрацювання актів законодавства для створення єдиної загальнодержавної системи медичного забезпечення населення, у тому числі військовослужбовців, під час бойових дій та надзвичайного стану.

Створення та розвиток ЄМП України сприятиме:

- створенню єдиного координаційного органу управління інтеграцією державної системи охорони здоров'я з відомчими медичними службами щодо їх функціонування в ЄМП України, першочерговим завданням якого повинно бути затвердження державної програми створення та розвитку ЄМП України;

- у подальшому на координаційний орган управління доцільно покласти організацію допомоги керівництву медичної служби ЗС України у вивченні медичних ресурсів державної системи охорони здоров'я з метою організації взаємодії системи медичного забезпечення ЗС України на державному і територіальному рівнях;

- вивченню основних напрямків реформування та удосконалення державної системи охорони здоров'я з метою своєчасної підготовки пропозицій керівництву медичної служби ЗС України щодо координації спільних зусиль з медичного забезпечення особового складу ЗС України;

- вивченню основних засад загальнодержавного обов'язкового медичного страхування з метою забезпечення входження системи медичного забезпечення ЗС України в загальну систему страхової медицини України;

- наданню методичної і практичної допомоги керівництву медичної служби ЗС України в обґрунтуванні сучасної системи ЛЕЗ військ (сил) із залученням ресурсів державної системи охорони здоров'я (ЛПЗ, медичні фахівці, санітарний транспорт, медичне майно тощо);

- обґрунтуванню потреби в медичних ресурсах для розгортання ТерГБ МОЗ України в сучасних умовах з урахуванням розмірів і структури прогнозованих СВ військ (сил) при їх застосуванні;

- обґрунтуванню напрямків реалізації єдиної політики у сфері охорони здоров'я військовослужбовців, пенсіонерів Міністерства оборони України та інших категорій з медичного забезпечення: допомога керівництву медичної служби ЗС України у визначенні гарантованого безоплатного рівня медичної допомоги військовослужбовцям, пенсіонерам Міністерства оборони

України та іншим категоріям; участь у розробленні та впровадженні в ЗС України військово-медичних стандартів; обґрунтування забезпечення однакових можливостей для усіх контингентів на отримання медичних послуг в рамках ТСМЗ і ЄМП; вивчення шляхів зниження ризиків для здоров'я, пов'язаних із забрудненням навколишнього середовища та шкідливим впливом факторів довкілля; дослідження у вирішенні проблем професійних захворювань військовослужбовців, працівників ЗС України; обґрунтування ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги (у військовій і госпітальній ланці медичної служби); обґрунтування пропозицій щодо створення системи забезпечення і контролю за якістю надання медичної допомоги на основі клінічних протоколів діагностики, лікування тощо;

- прискоренню нормативно-правового врегулювання інтеграційних процесів, використовуючи норму права як один із засобів державного управління. Враховуючи той факт, що військово-медична сфера ЗС України та відомчих структур виходить за їх межі під час інтеграції у ЄМП України, та виконуючи завдання медико-соціального захисту понад одного мільйона громадян країни, їх функціонування повинно забезпечуватися тільки відомчими ресурсами, тому запорукою медико-соціального захисту військових формувань повинна бути досконала нормативно-правова база. Зазначене вимагає прискорення створення і введення в дію наступних нормативно-правових документів: Воєнно-медичної доктрини, Концепції медичного забезпечення військових угруповань під час їх застосування, Державної програми створення ЄМП, Закону України про стандарти професійного здоров'я військовослужбовців та медичної допомоги у ЗС України та відомчих підрозділах, Закону України про страхову медицину у ЗС України та силових міністерствах і відомствах тощо.

## **Висновки**

Формування ЄМП забезпечить реалізацію вимог постанови Кабінету Міністрів України щодо Концепції створення та розвитку Єдиного медичного простору України, яка передбачає розробку Програми дій з побудови ЄМП України. У Програмі повинні бути визначені конкретні заходи, реалізація яких забезпечить:

- створення правових, економічних та організаційних умов державної політики щодо функціонування ЄМП України;

- наближення національного законодавства до європейських стандартів забезпечення високоякісної медичної допомоги і створення страхової медицини;

- розподіл відповідальності зацікавлених сторін (Міністерства охорони здоров'я України, медичних служб Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки, Держприкордонслужби, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної академії медичних наук України, Державного управління справами,

Мінінфраструктури, Державної пенітенціарної служби, інших відомств) за рахунок передачі їм повноважень з метою організації якісного медичного забезпечення угруповання військ під час збройного конфлікту та на особливий період;

– солідарну участь держави, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств і відомств, територіальних громад і волонтерського руху у фінансуванні послуг з охорони здоров'я;

– впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів державної системи охорони здоров'я та визначення якості медичної допомоги постраждалим, пораненим і хворим;

– організацію надання усіх видів медичної допомоги, відновлення праце- і боєздатності максимальної кількості поранених і хворих, зменшення інвалідності і смертності постраждалих з метою збереження трудових (людських) ресурсів;

– організацію наукового супроводу реалізації положень Програми, моніторинг та оцінку отриманих результатів і забезпечення їх коригування;

– покращення інформаційного забезпечення функціонування ЄМП шляхом удосконалення (стандартизації) облікової і звітної документації, створення електронної системи ЄМП, формування єдиного реєстру постраждалих і хворих, забезпечення інформатизації ЄМП та затвердження єдиної медичної термінології і поступового переходу на електронний документообіг.

При створенні ЄМП мають бути визначені передбачувані ризики та негативні явища і проведена робота з їх мінімізації.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням ставлення представників різних груп управлінців до створення в Україні єдиного медичного простору.

*Дата надходження рукопису до редакції: 22.07.2015 р.*

### Концептуальные подходы

к созданию единого медицинского пространства Украины

*Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, В.И. Стриженко<sup>2</sup>,  
О.Ю. Булах<sup>2</sup>, Н.В. Кудренко<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

<sup>2</sup>Украинская военно-медицинская академия,  
г. Киев, Украина

<sup>3</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

Представлены методологические подходы к формированию единого медицинского пространства в Украине, как в обычных условиях, так и на особый период.

**Ключевые слова:** единое медицинское пространство, методологические подходы.

### Conceptual approaches to creation of the single medical space in Ukraine

*G.O. Slabky<sup>1</sup>, V.I. Stryzhenko<sup>2</sup>,  
O.Yu. Bulakh<sup>2</sup>, M.V. Kudrenko<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>SHEI "Uzhgorod National University", Uzhgorod, Ukraine

<sup>2</sup>Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>SI «Ukrainian Institution of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Methodological approaches to formation of the single medical space in Ukraine for both peacetime and the special period are depicted in the article.

**Key words:** single medical space, methodological approaches.