

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

Навчально-науковий інститут державного управління  
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

студента Крижова Андрія Володимировича

академічної групи 281м-21з-3 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Багрім О.А.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи магістра на тему «Удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період».

57 с., 2 рис., 2 табл., 46 використаних джерел, 2 додатки.

ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, МЕДИЧНА РЕФОРМА, КАДРОВА ПОЛІТИКА ДЕРЖАВИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, НАВЧАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЛІКАРІ-ХІРУРГІ, ВОЄННО-ПОЛЬОВА ХІРУРГІЯ, ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ВІЙНИ.

Об'єктом дослідження є розвиток вторинної ланки медичної допомоги в Україні та світі.

Предметом дослідження є процеси удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період.

Мета дослідження: на підставі визначення особливостей воєнно-польової хірургії в Україні та світі підготувати пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період.

У першому розділі роботи досліджується сучасний стан та перспективи реформування системи вторинної медичної допомоги в Україні; характеризується кадрова політика держави щодо охорони здоров'я. У другому розділі аналізується зарубіжний досвід забезпечення якості послуг вторинної медичної допомоги; визначаються особливості воєнно-польової хірургії. У третьому розділі обґрунтовується важливість навчання та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів за управлінськими та медичними освітніми програмами; розробляються пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період.

Сфера практичного застосування результатів роботи: підготовка лікарів-хірургів у воєнний період з метою отримання ними ґрунтовних знань і навичок у сфері військової хірургії.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	
РОЗВИТОК ВТОРИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	7
1.1. Вторинна ланка медичної допомоги: сучасний стан та пріоритети реформування .....	7
1.2. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я .....	23
РОЗДІЛ 2	
ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ .....	29
2.1. Зарубіжний досвід забезпечення якості послуг вторинної медичної допомоги .....	23
2.2. Особливості воєнно-польової хірургії в Україні .....	36
РОЗДІЛ 3	
УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ У ВОЄННИЙ ПЕРІОД .....	43
3.1. Підготовка та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів за медичними та управлінськими спеціальностями .....	43
3.2. Пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період .....	48
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	58

## ВСТУП

Система хірургічної допомоги в Україні складалась десятиріччями і враховує демографічні, географічні, екологічні особливості та інфраструктуру господарчого комплексу держави в умовах мирного часу. Разом з тим, після початку війни виникли системні проблеми в наданні медичної допомоги одночасно великій кількості поранених та постраждалих. Зазначене обумовлено недостатньою кількістю медичних працівників, підготовлених для надання екстреної та хірургічної допомоги; медикаментів, медичного і санітарно-господарського обладнання; спеціальних транспортних засобів, придатних для медичної евакуації; медичних закладів, готових прийняти поранених і постраждалих та надати їм необхідну допомогу. Виникає потреба у залученні значних додаткових медичних сил і засобів із районів, розташованих поза зоною активних бойових дій. Ускладнює ситуацію і те, що частина лікарів змушена надавати допомогу під постійними обстрілами, а медичні заклади в більш мирних регіонах приймають поранених військових та біженців.

Саме тому, удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів, які надають хірургічну допомогу у воєнний період не тільки військовим та цивільним, пораненим під час боїв та обстрілів, а й мирним мешканцям, є надзвичайно важливим питанням.

У довоєнний період також існували різноманітні проблеми у сфері охорони здоров'я як на національному, так і на місцевому рівні, які Україна намагалася вирішити. Суттєво вплинули на соціально-економічний розвиток країни політичні події останніх 8 років (розпочата в 2014 р. війна на Донбасі, невдоволення населення політикою Уряду тощо), демографічні зміни, які позначилися на структурі захворювань і структурі населення, що обумовлено збільшенням кількості осіб похилого віку (60-70 років), поширення інфекційних та неінфекційних захворювань, алкогольної та наркотичної

залежності, що спричинило зниження показника середньої тривалості життя в Україні до надзвичайно низького рівня, інші негативні фактори.

Слід ураховувати також те, що в останні 3 роки, ще до початку війни в Україні, ситуація загострилася завдяки Covid 2019. Вже тоді Уряд визнав національну систему охорони здоров'я недостатньо ефективною, проте розпочата реформа поки ще не дала свої результати у повному обсязі. І досі не вдалося побудувати ефективну модель системи охорони здоров'я, зокрема не є досконалою система вторинної медичної допомоги.

Отже, проблемою магістерського дослідження є потреба як у керівниках медичних закладів, які здатні ефективно працювати не тільки у мирний час, а й в умовах війни, так і у лікарів-хірургів, які несуть на себе святий воєнний обов'язок – допомога пораненим під час бойових дій, а також травмованим цивільним, які постраждали від вибухів та руйнувань.

Зазначеним категоріям медичного персоналу потрібні ґрунтовні знання та навички, зокрема, керівникам медичних закладів та спеціалізованих медичних підрозділів вторинної ланки, у тому числі хірургічним – у сфері технологій менеджменту людських, матеріальних, технічних та фінансових ресурсів; новітнього інструментарію стратегічного, програмного та проєктного управління; управління якістю, ризиками, часом, комунікаціями; володіння методами моніторингу, діагностики та оцінювання якості надання медичних послуг; прийняття збалансованих управлінських рішень, а також - щодо організації та змісту хірургічної допомоги під час війни та при надзвичайних ситуаціях.

У свою чергу, для надання якісної хірургічної допомоги тим, хто її потребує під час війни, лікарям-хірургам потрібно мати ґрунтовні знання у сфері військової хірургії, зокрема, щодо сучасних вогнепальних ран і ранових хвороб, травматичного шоку, кровотеч й крововтрат, комбінованих травм, термічних травм, інфекційних ускладнень поранень, травм черепа, хребта, головного та спинного мозку, грудної клітки, живота, таза і тазових органів, кінцівок, синдрому тривалого розчалування тощо.

Визначимо об'єкт, предмет, головну мету та завдання даної магістерської роботи.

Об'єктом дослідження є розвиток вторинної ланки медичної допомоги в Україні та світі.

Предметом дослідження є процеси удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період.

Мета дослідження: на підставі визначення особливостей воєнно-польової хірургії в Україні та світі підготувати пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період.

Для досягнення мети у роботі визначено наступні завдання дослідження:

- дослідити сучасний стан та перспективи реформування системи вторинної медичної допомоги в Україні;

- охарактеризувати кадрову політику держави у контексті реформи системи охорони здоров'я України;

- проаналізувати зарубіжний досвід забезпечення якості послуг вторинної медичної допомоги;

- визначити особливості воєнно-польової хірургії та дослідити процеси організації хірургічної допомоги під час війни;

- обґрунтувати важливість навчання та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів за управлінськими та медичними освітніми програмами;

- надати пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період

- запропонувати шляхи вдосконалення системи підготовки та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів у воєнний період та підготувати відповідні пропозиції.

Сфера практичного застосування результатів роботи: підготовка лікарів-хірургів у воєнний період з метою отримання ними ґрунтовних знань і навичок у сфері військової хірургії.

## РОЗДІЛ 1

### РОЗВИТОК ВТОРИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

#### **1.1. Вторинна ланка медичної допомоги: сучасний стан та пріоритети реформування**

Одним із вихідних положень реформування медичної галузі є реалізація положення Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) «Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я». Воно означає, що всі особи та громади отримують необхідні медичні послуги, не зазнаючи фінансових труднощів, і включає повний спектр основних, якісних медичних послуг – від зміцнення здоров'я до профілактики, реабілітації та паліативної допомоги [6].

Дане поняття включає, зокрема, конкретні медичні послуги, які є пріоритетними та безоплатність яких держава насправді гарантує пацієнту. Визначення «універсального охоплення медичними послугами» втілює три пов'язані з цим завдання:

1. Справедливість у доступі до медичних послуг.
2. Якість медичних послуг повинна бути достатньою для покращання здоров'я тих, хто отримує такі послуги.
3. Гарантованість того, що витрати людей на користування медичними послугами не призведуть до виникнення фінансових труднощів для них [39].

Універсальне охоплення послугами здоров'я дає можливість кожному отримати доступ до послуг, що стосуються найбільш значущих причин захворювань та смертності та забезпечує якість цих послуг задля покращення здоров'я людей, які її отримують. Захист людей від фінансового тягаря за оплату медичних послуг з власної кишені зменшує ризик того, що люди стануть бідними та витратять всі свої заощадження.

Досягнення універсального охоплення послугами є однією з цілей, яку країни світу поставили під час прийняття Цілей сталого розвитку у 2015 році і підсилили це прагнення із прийняттям Цілей сталого розвитку 2030 [20; 42]. Досягнувши універсального охоплення, можна досягнути прогресу і в інших цілях, пов'язаних зі здоров'ям. Гарне здоров'я дозволяє дітям вчитися, а дорослим заробляти на життя та забезпечує основу для загального економічного розвитку

У 2015 р., за інформацією ВООЗ, 2,2 млн українських сімей (14,5 % сімей України) зазнали значних витрат на охорону здоров'я, що є найвищим показником в Європейському регіоні. Згідно з даними ВООЗ на охорону здоров'я в Україні витрачається близько 7 % ВВП, в той час як за даними Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ), видатки на охорону здоров'я становлять лише 3,2 % ВВП [6]. Задля зміни такої ситуації розпочалася трансформація в системі охорони здоров'я України. Метою її є досягнення універсального охоплення якісними медичними послугами всього населення України в умовах обмежених ресурсів держави.

На сучасному етапі розвитку в Україні відбувається трансформація системи охорони здоров'я. Реформа почалася на рівні первинної ланки медичної допомоги і має перейти до допомоги спеціалізованої: від амбулаторії й поліклініки до лікарень різного профілю, рівня оснащення й готовності боротися зі складними захворюваннями. Трансформація, опорою якої є зміна системи фінансування медицини, має на меті більш ефективно використовувати бюджет, роблячи сферу охорони здоров'я прозорішою [14].

Мета реформи – створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає [22]:

1. Чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги.



2. Покращений фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів.

3. Створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Принципи нової моделі фінансування, що викладені у Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України 2016 року [30]:

1. Фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

2. Універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;

3. Прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів;

4. Ефективність – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість і доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів;

5. Вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

6. Конкуренція постачальників – залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані й економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів і професійних стандартів;

7. Передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї;

8. Субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість і найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси [30].

Тарифи для оплати медичних послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги будуть уніфікованими і єдиними для всієї території України. Вони встановлюватимуться центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, і оплачуватимуться постачальникам єдиним національним замовником медичних послуг [21].

Розв'язання проблем у сфері охорони здоров'я та забезпечення всім громадянам доступу до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування передбачається здійснити шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті [16].

За інформацією Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ), у 2018-2020 мали бути реалізовані п'ять кроків реформи [21] (рис. 1.1):



Рис. 1.1. Інфографіка «Таймлайн реформи системи фінансування охорони здоров'я» [14]

1. Реформа «первинки» – декларація про вибір лікаря в ЕСОЗ (сімейні лікарі, педіатри, терапевти) з 01.04.2018.
2. Початок збільшення фінансування від НСЗУ з 01.07.2018.
3. Реімбурсація лікарських засобів від НСЗУ (урядова програма «Доступні ліки» з 01.04.2019.
4. Пілотування спеціалізованої медичної допомоги в лікарнях Полтавської області з 01.04.2019.
5. Програма медичних гарантій у повному обсязі для усіх рівнів медичної допомоги з 01.01.2020.

Виходячи з загального календарного графіку медичної реформи в Україні, у 2020 році на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [27]. Програма медичних гарантій має запрацювати в повному обсязі. Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) буде закуповувати медичні послуги у закладах охорони здоров'я усіх рівнів надання медичної допомоги, організаційно-правової форми (крім бюджетної установи) та форми власності і оплачувати їх за договором. Процедура закупівель медичних послуг передбачатиме дотримання надавачами умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги/групи послуг.

Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення і є уповноваженою структурою, відповідальною за ефективне витрачання бюджетних коштів при наданні медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. Це передбачено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [27] та Положенням про НСЗУ. Завдання НСЗУ – здійснити закупівлю якісних та безпечних медичних послуг, необхідних пацієнту, в межах наявного бюджету Програми. Тому НСЗУ має переконатися, що такий надавач забезпечить надання якісних та безпечних медичних послуг і ефективне використання бюджетних коштів [21].

Національна служба здоров'я України розробляє і розміщує на офіційній веб-сторінці вимоги до надання послуг згруповані в пакети медичних послуг [3; 4]. Пакет медичних послуг складається, з медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис щодо специфікації послуг і до надання яких встановлюються єдині умови надання таких послуг. Також, всі послуги, що включені до пакету, будуть оплачені з використанням єдиного типу тарифу. Тариф може відрізнятися для різних послуг в пакеті, але підхід до оплати (наприклад, за глобальним бюджетом), не буде відрізнятися.

Вимоги до медичних послуг, які будуть надаватися за Програмою медичних гарантій, розроблені для закладів (надавачів медичних послуг), які бажають укласти договір з НСЗУ. Формувалися вимоги на основі галузевих стандартів, уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, інших чинних нормативно-правових актів та міжнародних рекомендацій, які регулюють сферу надання медичних послуг. Необхідне обладнання для надання медичних послуг може бути у власності закладу або інша юридична особа може надавати необхідне обладнання на умовах договору.

Медичні працівники, які надаватимуть медичну допомогу за Програмою медичних гарантій, повинні відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, встановленим чинними нормативно-правовими актами України. Вимоги є мінімальними і лише специфікують окремі важливі для Програми медичних гарантій умови роботи надавачів за договором з НСЗУ і не є галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я. Діяльність закладів охорони здоров'я і надалі регламентуватиметься чинним законодавством.

Вимоги до медичних послуг сформовані таким чином, що будь-який заклад, незалежно від його назви, рівня надання медичної допомоги та спеціалізації, який відповідає вимогам до надання послуг в межах Програми

медичних гарантій, може укласти договір з НСЗУ на надання відповідної послуги/групи послуг.

Визначення «високоспеціалізована медична допомога» (третинна), «вторинна медична допомога», «первинна медична допомога» – загально прийнятий спосіб розрізняти рівні медичної допомоги в Європі, часто комбінуючи їх з системою направлень від менш спеціалізованого рівня послуг до більш спеціалізованого. Встановлює ці визначення «Словник Європейської обсерваторії» [34].

Вторинний рівень медичної допомоги – спеціалізовані амбулаторні медичні послуги (які зазвичай не надаються в умовах первинної медичної допомоги) та звичайна лікарняна допомога (амбулаторні та стаціонарні послуги). Доступ часто надається за направленням від первинної ланки, а в деяких країнах ЄС – лише через «шлюзову» систему лікарів загальної практики. Лікарні загального профілю, які надають повний спектр ВМД послуг, зазвичай обслуговують населення в щонайменше 100,000 осіб [25; 34].

Вторинна (спеціалізована) медична допомога передбачає спеціалізовані медичні послуги, що у плановому порядку та у невідкладних (екстрених) випадках надаються в амбулаторних умовах та в лікарнях. Лікарні, які надають вторинну медичну допомогу, поділяють на п'ять типів:

– лікарня інтенсивної допомоги – надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики.

– лікарня планового лікування хронічних хворих – проведення повторних курсів терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування.

– лікарня відновного лікування – відновлення функцій після захворювань чи травм, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів, які потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури тощо).

– хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, наявність спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського, персоналу та широке залучення волонтерів.

– лікарня медико-соціальної допомоги – догляд та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, мінімальне забезпечення діагностичним та лікувальним обладнання, спеціально підготовлений середній медичний персонал та соціальні працівники [35].

Високо спеціалізована медична допомога – стосується медичних, хірургічних та супутніх послуг високої складності та зазвичай високої вартості. Високоспеціалізовані медичні послуги надаються пацієнтам направленим з ВМД ланки для проведення певної спеціалізованої діагностики та лікування, які не надаються (і не повинні надаватись) первинним та вторинним сектором. Як правило, високоспеціалізована медична допомога надається лише через національні чи міжнародні центри направлення, які зазвичай обслуговують населення в кількості щонайменше 1 мільйона осіб та не обмежуються територіальними кордонами. Екстрена (швидка) медична допомога Даний термін охоплює негайне медичне чи хірургічне втручання необхідне задля уникнення смерті чи подальшого погіршення стану здоров'я пацієнта, наприклад, перша медична допомога після аварії чи виклик швидкої допомоги [34].

Третинна (високотехнологічна) медична допомога передбачає діагностичні та лікувальні медичні послуги, які недоступні на рівні первинної та вторинної (спеціалізованої) допомоги, і надається з використанням високотехнологічного обладнання за направленням служб вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Клінічна база закладу

третинної медичної допомоги передбачає її використання для проведення пріоритетних наукових досліджень та до- і післядипломної підготовки медичних працівників [35].

Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування (далі – БЛЛЛ) першого та другого рівня визначено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2018 р. № 1881 [28].

БЛЛЛ першого рівня забезпечує надання медичної допомоги у стаціонарних умовах за такими лікарськими спеціальностями: акушерство і гінекологія; анестезіологія; медицина невідкладних станів; неврологія; ортопедія і травматологія; патологічна анатомія; педіатрія; терапія; трансфузіологія; хірургія. БЛЛЛ першого рівня забезпечує діагностику стану пацієнта за такими лікарськими спеціальностями: ендоскопія; клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія; рентгенологія; ультразвукова діагностика [28].

З урахуванням медичних потреб населення зони обслуговування на базі БЛЛЛ першого рівня може бути організовано надання пацієнтам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги також за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару (у тому числі в умовах денного стаціонару). Рішення про можливість організації надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями на базі БЛЛЛ першого рівня приймає орган управління закладу охорони здоров'я з урахуванням пропозицій та рекомендацій госпітальної ради. Надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями можливе за наявності відповідних функціональних потужностей.

Під час надання стаціонарної медичної допомоги у БЛЛЛ першого рівня має бути забезпечено дотримання принципів інфекційного контролю та можливість тимчасової ізоляції пацієнтів з інфекційною патологією, а також можливість тимчасової ізоляції та надання базової медичної допомоги пацієнтам з гострими психічними розладами.

У разі відсутності на території обслуговування БЛЛЛ першого рівня закладів охорони здоров'я для надання паліативної та реабілітаційної допомоги або якщо ці лікарні не у змозі повністю забезпечити потреби населення зони обслуговування у такій допомозі, у БЛЛЛ першого рівня можуть створюватися відповідні структурні підрозділи, призначені для забезпечення надання паліативної та реабілітаційної допомоги.

БЛЛЛ другого рівня забезпечує надання медичної допомоги у стаціонарних умовах за такими лікарськими спеціальностями: акушерство і гінекологія; анестезіологія; гастроентерологія; гематологія; дитяча хірургія; ендокринологія; інфекційні хвороби; кардіологія; комбустіологія; медицина невідкладних станів; неврологія; нейрохірургія; неонатологія; нефрологія; ортопедія і травматологія; отоларингологія; офтальмологія; патологічна анатомія; педіатрія; проктологія; психіатрія; пульмонологія; ревматологія; судинна хірургія; терапія; трансфузіологія; урологія; хірургічна стоматологія; хірургія. БЛЛЛ другого рівня забезпечує діагностику стану пацієнта за такими лікарськими спеціальностями: ендоскопія; клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія; рентгенологія; ультразвукова діагностика; функціональна діагностика [28].

З урахуванням медичних потреб населення зони обслуговування на базі БЛЛЛ другого рівня може бути організовано надання пацієнтам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги також за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару (у тому числі в умовах денного стаціонару). Рішення про можливість організації надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями на базі БЛЛЛ другого рівня приймають органи управління закладами охорони здоров'я з урахуванням пропозицій та рекомендацій госпітальної ради. Надання стаціонарної медичної допомоги за іншими лікарськими спеціальностями можливе за наявності відповідних функціональних потужностей.

БЛЛЛ першого та другого рівнів надають вторинну медичну допомогу з урахуванням вимог до надання екстреної медичної допомоги у БЛЛЛ першого



та другого рівнів, медичної допомоги під час пологів, лікування патології вагітності та невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги у БЛЛ першого та другого рівнів, визначених у додатках до цього «Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися БЛЛ першого та другого рівня» [28].

Охарактеризуємо вимоги до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги за настановами НСЗУ [16].

Медичні послуги, які надаються в амбулаторних умовах. Амбулаторні медичні послуги включають лабораторні, функціональні та інструментальні обстеження, малі хірургічні втручання, планову стоматологічну допомогу дітям до 16 років, ургентну стоматологічну допомогу дорослим та дітям, медичну реабілітацію (крім тієї, що визначена іншими окремими пакетами послуг).

Окремо, в межах Програми медичних гарантій, виділено пакети пріоритетних медичних послуг інструментальних досліджень для ранньої діагностики новоутворень: гістероскопія, езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія та мамографія. Цей напрям визначено пріоритетним у сфері охорони здоров'я у 2020-2022 роках.

Пріоритетні послуги – це переважно дороговартісні обстеження, які відповідають міжнародним рекомендаціям до їх проведення. Підвищений тариф на оплату цих послуг сприятиме модернізації матеріально-технічного оснащення закладів і підвищенню якості надання медичної допомоги.

Окремим пакетом медичних послуг визначено лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах.

Медичні послуги, які надаються в стаціонарних умовах. Кожен заклад, який відповідає вимогам, може укласти договір з НСЗУ на надання:

– хірургічної допомоги, що передбачає проведення хірургічних операцій дорослим та дітям на стаціонарному етапі за лікарськими спеціальностями: гінекологія, дитяча гінекологія, комбустіологія, нейрохірургія, дитяча нейрохірургія, онкогінекологія, онкологія, дитяча

онкологія, онкоотоларингологія, онкохірургія, ортопедія і травматологія, дитяча ортопедія і травматологія, отоларингологія, дитяча отоларингологія, офтальмологія, дитяча офтальмологія, проктологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, дитяча урологія, хірургія, дитяча хірургія, хірургія серця та магістральних судин, щелепно-лицьова хірургія;

– медичної допомоги, що передбачає надання допомоги дорослим та дітям із не хірургічними (соматичними) захворюваннями в стаціонарних умовах за напрямками: акушерство і гінекологія, алергологія, дитяча алергологія, гастроентерологія, дитяча гастроентерологія, гематологія, дитяча гематологія, гінекологія, дитяча дерматовенерологія, ендокринологія, дитяча ендокринологія, імунологія, дитяча імунологія, інфекційні хвороби, дитячі інфекційні хвороби, кардіологія, дитяча кардіоревматологія, наркологія, неврологія, дитяча неврологія, нефрологія, дитяча нефрологія, педіатрія, пульмонологія, дитяча пульмонологія, ревматологія, терапія, токсикологія;

– спеціалізованої медичної допомоги жінкам при пологах і новонародженим, а також передчасно народженим та/або хворим новонародженим у неонатальному періоді;

– спеціалізованої медичної допомоги при гострому мозковому інсульті та гострому інфаркті міокарда.

Лікування гострого інфаркту міокарда, гострого мозкового інсульту, а також медична допомога жінкам при пологах, а також передчасно народженим та/або хворим новонародженим у неонатальному періоді, визначено пріоритетними у сфері охорони здоров'я у 2020-2022 роках. Саме тому до цих медичних послуг було розроблено окремі вимоги до їх надання. Кожен пролікований у стаціонарних умовах випадок відповідно до основного діагнозу пацієнта та проведеного втручання буде віднесено до окремої діагностично-спорідненої групи.

У 2021 році окремими пакетами медичної допомоги передбачено:

- діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;
- діагностика та радіологічне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;
- психіатрична допомога дорослим та дітям;
- діагностика та лікування дорослих та дітей із туберкульозом;
- діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини;
- лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії [3].

Проекти пакетів медичних послуг за Програмою медичних гарантій на 2021 рік для закладів вторинної медичної допомоги передбачають укладення договорів за наступними напрямками (витяг з [4]):

- надання амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, фінансування якої передбачається за кількома пакетами медичних послуг:
  - профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах, оплата якої передбачається за глобальною ставкою із врахуванням кількості наданих послуг, зокрема інструментальних досліджень, хірургічних втручань, проведених амбулаторно, тощо;
  - стоматологічна медична допомога, оплата якої здійснюватиметься за глобальною ставкою;
  - пріоритетні дослідження для раннього виявлення новоутворень, зокрема мамографія, гістероскопія, езофагодуоденоскопія, колоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія, оплата яких пропонується за кожну надану послугу;
  - ведення вагітності на амбулаторному рівні із застосуванням капітаційної ставки - новий пакет медичних послуг;

– допомога пацієнтам із хронічною хворобою нирок із 4 та 5 стадією, зокрема проведення екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах та новий пакет медичних послуг із проведення інтракорпорального перитонеального діалізу, оплата яких пропонується відповідно до фактичної кількості наданих послуг;

– медична допомога, яка надається мобільними медичними бригадами, що утворені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, яка оплачуватиметься за глобальною ставкою залежно від рівня завантаженості мобільних бригад.

– надання стаціонарної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, оплата якої передбачається у комбінації тарифів глобальна ставка та ставка на пролікований випадок відповідно до кількості пролікованих випадків та їх складності за кількома пакетами медичних послуг:

– хірургічна допомога, що передбачає проведення хірургічних операцій дорослим та дітям на стаціонарному етапі за лікарськими спеціальностями: акушерство і гінекологія, дитяча гінекологія, комбустіологія, нейрохірургія, онкогінекологія, онкологія, дитяча онкологія, онкоотоларингологія, онкохірургія, ортопедія і травматологія, дитяча ортопедія і травматологія, отоларингологія, дитяча отоларингологія, офтальмологія, дитяча офтальмологія, проктологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, дитяча урологія, хірургія, дитяча хірургія, хірургія серця та магістральних судин, щелепно-лицьова хірургія;

– медична допомога дорослим та дітям із не хірургічними (соматичними) захворюваннями в стаціонарних умовах за напрямками: алергологія, дитяча алергологія, гастроентерологія, дитяча гастроентерологія, гематологія, дитяча гематологія, гінекологія, дерматовенерологія, дитяча дерматовенерологія, ендокринологія, дитяча ендокринологія, імунологія, дитяча імунологія, інфекційні хвороби, дитячі інфекційні хвороби,

кардіологія, дитяча кардіоревматологія, неврологія, дитяча неврологія, нефрологія, дитяча нефрологія, педіатрія, підліткова терапія, пульмонологія, дитяча пульмонологія, ревматологія, терапія, токсикологія, фтизіатрія, дитяча фтизіатрія;

– готовність до надання медичної допомоги при інфекційних захворюваннях, зокрема COVID-19, що оплачуватиметься за глобальною ставкою.

Характеристику пріоритетних через вплив на смертність та інвалідність видів надання медичної допомоги вторинного рівня, оплата яких здійснюватиметься відповідно до кількості фактично наданих послуг за ПМГ 2021 наведено у документі.

У «Перехідній книзі МОЗ України» [19] акцентувалося на порівняно високій кількості ліжко-місць, 75 % з яких мають низький потенціал до надання послуг (отже, мають бути оптимізованими). До другого етапу реформи заклади вторинної та третинної ланок зможуть долучатися, автономізуючись і відповідаючи мінімальним вимогам надання медичних послуг, які розробила НСЗУ.

Експерти визначають, що динаміка скорочення штатів в сфері охорони здоров'я – кількість звільнених працівників – є однією з найвищих серед усіх сфер економічної діяльності [14]. Співвідношення між кількістю звільнених через скорочення штату та прийнятих працівників сфери охорони здоров'я дорівнювало в першому кварталі 2019 року – 20,7 % (найбільше з усіх видів діяльності), другому – 10,3 %, третьому – 7,5 % (за три квартали 2019 року було скорочено 11 тис. осіб). Більшим у другому кварталі було співвідношення лише в сферах освіти, державного управління та оборони й мистецтва. Відсоток скорочення штатних посад в інших сферах є на порядок нижчим.

Другий етап реформи розпочався в квітні 2020 року. Належна реалізація цього етапу залежить від підготовки НСЗУ та МОЗ, водночас вартість послуг, яку готова виплачувати держава, може бути недостатньою

для покриття всіх витрат. Потреба в ефективному фінансуванні сфери охорони здоров'я очевидна: новий механізм стимулює конкуренцію медичних закладів і спеціалістів, а також передбачає переважне фінансування лікарень великого об'єму. Здорова та виправдана система оплати медичних послуг лише опосередковано вплине на рівень професіоналізму та бажання лікаря допомагати [14].

Економічна конкуренція передбачає те, що пацієнти обиратимуть ті заклади охорони здоров'я (або лікарів), які надають найбільш якісні медичні послуги. Отже, саме ці заклади отримуватимуть більше державних коштів. У даному контексті пріоритетним завданням є використання належних систем оцінювання якості надання медичної допомоги, оскільки пацієнти подекуди готові звертатися до лікарень із кращим сервісом, ремонтом, а не до тих, де лікують за новими клінічними протоколами та рекомендують ліки з доказовою ефективністю, адже можливість пацієнта самостійно оцінити медичні переваги того чи іншого методу лікування є нижчою, ніж здатність визначити заклад із кращим сервісом.

Процеси оптимізації лікарень, очікуване скорочення штатів, які передбачає реформа системи фінансування охорони здоров'я, формують і потребу забезпечення того, що після оптимізації в професії спеціалісти з вищим рівнем медичних знань та навичок, ті, які лікують ефективно й доказово, не будуть звільнені після скорочень, за які відповідатиме головний лікар і місцева влада.

В умовах автономії закладу охорони здоров'я виклики медичної реформи в Україні, в першу чергу, управлінськими – як ефективно розпоряджатись майном для надання якісних послуг і як працювати з колективом. Усе це вимагає нових принципів в управлінні закладами, які можуть бути впроваджені через нове законодавство та нову корпоративну культуру лікарень. Для забезпечення ефекту в довгостроковій перспективі ці нові принципи мають опанувати і заклади освіти, які готують медичних працівників і менеджерів у сфері охорони здоров'я.

## 2.2. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я

У сучасних українських реаліях основою формування успішного суспільства як ключового напрямку суспільно-економічного розвитку є кадровий потенціал. Головна роль при цьому відводиться державному регулятору, що спроможний підвищити конкурентоспроможність фахівця будь-якої галузі на ринку праці.

Не є виключенням й система охорони здоров'я. У таких умовах перед системою охорони здоров'я постає достатньо серйозне питання забезпечення країни достойними фахівцями, що можуть стати каталізаторами та регуляторами успішних трансформацій у медичній галузі, на що має бути зорієнтована відповідна державна кадрова політика [15].

Становлення України як держави з соціально орієнтованою економікою, її євроінтеграційні орієнтації передбачають формування та розвиток висококваліфікованих фахівців сфери охорони здоров'я, причому як у самих медичних закладах, так і в органах державної влади – державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування, ефективних практиків та перспективних науковців.

Наразі потреба у таких висококваліфікованих фахівцях загострилася у зв'язку із війною. Україні потрібні кваліфіковані, високопрофесійні лікарі-хірурги, травматологи, ортопеди тощо, які знають, що робити з жахливими наслідками війни – травмами, пораненнями, їх ускладненнями та інфікуванням як у військових, так і у цивільних людей.

Слід зазначити, що в системі Міністерства охорони здоров'я України на початок 2019 року зареєстровано 191905 штатних лікарських посад (рис. 2.1). Показник укомплектованості штатних лікарських посад лікарями (фізичними особами) в цілому становить 81,7 %, як і в попередньому році. Показник укомплектованості штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувально-профілактичних закладах становить 78,0 %, у 2017 році – 78,2 %. В окремих типах закладів укомплектованість фізичними особами становить:

в обласних лікарнях – 85,7 %, міських лікарнях – 78,9 %, ЦРЛ – 75,7 %, дільничних лікарнях – 72,9 %; в сільських лікарських амбулаторіях – 67,6 %. Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами становить 35042, кількість посад зайнятих по сумісництву – 11398, коефіцієнт сумісництва – 1,1 [15].



Рис. 2.1. Медичні кадри відповідно до підвідомчості [15]

У закладах системи МОЗ на лікарських посадах працюють 3,0 тис. осіб з вищою немедичною освітою, переважно в лікувально-профілактичних закладах (на посадах лікарів-лаборантів – 2262, лікарів-статистиків – 189, лікарів лікувальної фізкультури – 41) [6].

Численні фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу, що в подальшому може негативно сказатися на розвитку галузі через відтік висококваліфікованих медичних кадрів за кордон, який значно збільшився від початку війни в Україні.

Слід зазначити, що не тільки наша держава відчуває нестачу кадрів. Польська медична галузь вже сьогодні відчуває нестачу у кваліфікованих медичних кадрах різних рангів від лікарів до середнього та молодшого медичного персоналу. Особливо це стало відчутно у процесі боротьби з COVID-19, тому Польща активно почала запрошувати українські медичні кадри з метою подальшого працевлаштування, гарантуючи при цьому



істотно вищий рівень оплати праці, гідні соціальні стандарти, місце проживання та можливість подальшого влаштування всіх членів сім'ї [15].

Війна в Україні додала надзвичайної важливості усім процесам, пов'язаним із безпекою та охороною здоров'я населення країни. Руйнування лікарень, знищення аптечних закладів, нестача медикаментів, недостатня кількість або взагалі відсутність кваліфікованого медичного персоналу тощо – все це негативно вплинуло на систему охорони здоров'я не тільки в окремих регіонах, а й в країні в цілому.

Одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я була й залишається ефективна кадрова політика. Вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, зокрема, у повоєнний період, є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ з державного управління у цій сфері. Якість і доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня.

До суттєвих недоліків кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я можна віднести таке [44]:

- недостатнє забезпечення медичними кадрами та низька ефективність використання наявного потенціалу;
- негативний кадровий баланс: старіння працівників;
- низька якість підготовки медичних кадрів;
- недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих фахівців;
- регіональна та галузева диспропорція кадрового забезпечення;
- зниження рівня кваліфікації медичних кадрів;
- слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики у сфері охорони здоров'я: відсутність державної концепції кадрової політики в галузі;

- недосконалі програми контролю за працевлаштуванням молодих спеціалістів;
- формальна система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я;
- низька мотивація та зацікавленість у покращенні результатів діяльності медичних працівників;
- невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери;
- формальні механізми ліцензування медичної практики, її непрозорість, зокрема, під час акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу в поєднанні з повільним, а іноді – відсутнім впровадженням процесу стандартизації медичної практики призводить до поглиблення проблеми надання якісних медичних послуг.

Разом із тим, сьогодні в Україні медичними закладами управляють здебільшого досвідчені лікарі високої кваліфікації з медичної спеціалізації. Проте, не всі з них мають спеціальну підготовку з питань управління та економіки охорони здоров'я. Сьогодні наявність спеціальної освіти не є пріоритетною ознакою для призначення на посаду керівника медичного закладу. Проте міжнародний досвід країн із розвиненою системою охорони здоров'я свідчить про доцільність призначення на керівні посади багатопрофільних медичних установ спеціалістів за фахом Health Service Management або Health Care Management [1].

Також, підвищення ефективності кадрової політики у галузі охорони здоров'я набуває все більшої актуальності у зв'язку із запровадженням страхової медицини і появою значної кількості приватних медичних закладів, що провокує виникнення конкуренції на ринку медичних послуг та зростання уваги до якості надання ними медичних послуг.

Як зазначалося вище, війна загострила потребу у висококваліфікованих медичних кадрах, зокрема, хірургічного спрямування, які у своїй професійній діяльності будуть керуватися принципами служіння народу та патріотизму та будуть еталоном моралі, честі та професіоналізму.

Окреслимо напрями, за якими може формуватися державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в подальшій перспективі [15]:

- формування концепції кадрової політики в сфері охорони здоров'я як в умовах війни, так і в поствоєнний період;
- удосконалення відповідної нормативно-правової бази забезпечення кадрової політики;
- створення спеціальних органів боротьби і контролю у цій сфері;
- оперативне розслідування та постійний моніторинг можливих корупційних проявів у сфері кадрової політики охорони здоров'я України;
- активне міжнародне співробітництво у напрямі забезпечення кадрової політики;
- належне фінансування державного апарату кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- розроблення відповідних професійних стандартів, Національної рамки кваліфікації;
- підтримка державного фінансування цільових наукових досліджень у сфері розвитку людського потенціалу держави;
- розроблення дієвих механізмів прогнозування, планування, постійного моніторингу кадрових потреб у медичних кадрах в Україні;
- розроблення ефективного механізму залучення висококваліфікованих фахівців до формування та реалізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- державне регулювання програм перепідготовки та навчання медичних кадрів протягом життя;

- формування кадрів нової генерації з урахуванням науково-технічного та соціального прогресу;
- розроблення механізму підтвердження кваліфікацій медичних кадрів та дипломів вітчизняних медичних закладів освіти на міжнародному рівні;
- розроблення програм стимулювання роботодавців до прийому на перше робоче місце молодих фахівців сфери охорони здоров'я;
- удосконалення системи контролю за працевлаштуванням випускників медичних навчальних закладів усіх рівнів, які навчалися за державним замовленням;
- розробка та реалізація державних програм щодо забезпечення необхідних умов для створення освітньо-трудового потенціалу України з метою надання доступу обдарованої молоді до нових знань незалежно від їх матеріальних можливостей та місця проживання [15].

З огляду на перспективність досліджень аналогічної тематики та важливість кардинальних змін, які будуть обумовлені необхідністю стрімкого розвитку України в поствоєнний період, вважаємо за доцільне удосконалювати та оновлювати державну кадрову політику в системі охорони здоров'я відповідно до новітніх вимог та викликів сучасного світу, адже головними завданнями розвиненої держави є побудова дієвої моделі системи охорони здоров'я, покращення рівня здоров'я населення та забезпечення розвитку здорової української нації в найближчій перспективі.

Ефективність управління в медичній галузі зумовлюється, насамперед, результатами здійснення відповідними державними органами ряду дій організаційного, правового, фінансово-економічного та інших заходів [15]. Одну з основних ролей при цьому відіграє компетентність та професіоналізм кадрів сфери вищої медичної школи, а стратегічні зміни в механізмі державного управління системи охорони здоров'я є необхідною передумовою побудови країни кардинально нової генерації зі здоровим населенням.

## РОЗДІЛ 2

### ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

#### **2.1. Зарубіжний досвід забезпечення якості послуг вторинної медичної допомоги**

З метою дослідження шляхів удосконалення діяльності лікарів-хірургів, зокрема, в умовах війни, охарактеризуємо зарубіжний досвід забезпечення якості послуг вторинної медичної допомоги.

В інформаційній довідці «Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу)» [17], яку підготовлено Європейським інформаційно-дослідницьким центром, висвітлено основні підходи щодо забезпечення якості послуг медичної допомоги, зокрема значено, що можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі:

- державна система (Великобританія);
- страхова система (представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деяких країнах Латинської Америки, Японії);
- приватна система (Сполучені Штати Америки).

Зазначені системи не представлені в чистому вигляді. Навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування.

Державна система охорони здоров'я розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у Великобританії основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування. Проте існують недоліки

державної системи охорони здоров'я, наприклад, схильність до монополізму, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу [17].

Страхова система заснована на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувально-профілактичний заклад. Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування із доходів); страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати); кошти з державного бюджету. Наприклад, у Німеччині діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90 % населення. Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації – лікарняні каси [17].

Приватна система медичного страхування найбільш широко представлена у США. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80 % населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній [17].

У публікації О. Дорошенко і М. Шевченко [10] здійснено аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги і запропоновано наступні висновки:

– системний аналіз міжнародних наукових публікацій свідчить про використання різноманітних концептуальних і методологічних підходів до управління, фінансування, планування та організації надання вторинної медичної допомоги.

– вивчення тенденцій змін у лікарняному секторі показало, що за останнє десятиліття в Європі роль лікарень змінюється і постійно розвивається. Відбуваються зміни стосовно скорочення перебування пацієнта в стаціонарі і зміна підходів до розподілу ресурсів; помітна тенденція до

використання більш високоефективних технологій у лікарнях і аутсорсинг менш високотехнологічної медичної допомоги нижчим рівням її надання; підвищення ролі і відповідальності в забезпеченні надання якісної медичної допомоги; використання в клінічній практиці технологій і втручань, заснованих на доказах; децентралізація і гнучкість відносно зайнятості медичного персоналу; взаємозамінність спеціалізацій;

– нові тенденції у плануванні виробничих можливостей лікарень зміщуються від планування на основі показників потужності в бік розвитку спроможності управління процесами. Наприклад, використовуються підходи, засновані на теорії промислового виробництва («раціональне мислення», що фокусується на вартості, що додається різними процесами пацієнту); погляд на лікарню не з точки зору ліжок або спеціалізації, а в аспекті того шляху, який здійснюють пацієнти, що в них лікуються, з точки зору відповідних процесів, що здійснюються медичними фахівцями, і виробничих потужностей, необхідних для реалізації цих процесів;

– реформування системи охорони здоров'я є досить складним процесом, оскільки лікарні залишаються досить консервативним її елементом, попри нові виклики і зміни в самих системах. Реформа лікарень передбачає використання нових моделей управління, нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою. Одним із шляхів досягнення цих цілей є систематизовані шляхи (маршрути) медичної допомоги. Однак їх розробка повинна спиратися на більш глибоке розуміння потоків пацієнтів, робіт і матеріальних благ усередині лікарні, визначення вузьких місць і на перетворення цього розуміння в нові інструменти планування виробничих потужностей.

Особливості фінансування медичних закладів інтенсивного лікування також висвітлено у роботі [10]. У Бельгії, Японії і Кореї для оплати лікарняних послуг лікарень інтенсивного лікування застосовують комбінації методів оплати: оплату за послугу / процедуру / ліжко-день. В Австрії та Греції оплата на основі діагностично-споріднених груп поєднується з

ретроспективною оплатою для покриття усіх витрат лікарень. У Швейцарії кантони вирішують, який метод оплати лікарень застосовувати – 2/3 кантонів використовують оплату за пролікований випадок, інші – глобальний бюджет. Стосовно регулювання таких методів оплати, як оплата за послугу чи процедуру в якості основного методу оплати лікарень інтенсивного лікування, то для приватних лікарень усі питання узгоджуються виключно на центральному рівні з урядом Португалії; інший алгоритм дій – погодження на центральному рівні (Корея, Словаччина незалежно від форми власності). В Ізраїлі, Австрії, Греції, Великій Британії процеси погодження відбуваються на рівні лікарень.

Т. Ямченко у дослідженні «Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід» визначає, що важливим елементом у впровадженні медичної реформи є дієва система контролю якості при наданні медичних послуг [45]. Ліцензування – процес, яким уряд надає дозвіл на здійснення професійної діяльності практикуючому лікарю або медичній організації (зазвичай після перевірки дотримання мінімальних обов'язкових стандартів). В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, то акредитація медичних закладів покликана забезпечити безперервне підвищення якості й націлена на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом.

У Великій Британії таку діяльність здійснює United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) – волонтерська мережа організацій NHS, підзвітна уряду; у Франції – HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США — Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO; національна



некомерційна організація). Оскільки, в Україні акредитація здійснюється незалежною структурою, як це відбувається в більшості країн ЄС, а Міністерство охорони здоров'я України, котре перевіряє підпорядковані йому ж заклади, це створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я [45].

У зведеному звіті Проекту «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009) «Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення» [34] окремий підрозділ присвячено висвітленню підходів до забезпечення якості вторинної медичної допомоги в Європі.

Автори дослідження зазначають, що основною метою більшості реформ за останні десять років було не лише підвищення ефективності і продуктивності, а й покращення якості допомоги – тобто, її дієвості, гуманності та справедливості.

Загальної єдиної системи в Європі не існує, а рівні контролю та моніторингу якості різняться, особливо якщо задіяні питання згоди та етики. Якість медичних послуг в європейських країнах гарантується багатьма шляхами. Професійні стандарти (обов'язки щодо обережності, професійної поведінки та відношення, етичних принципів, тощо) регулюються не законодавчо, а незалежними медичними радами, професійними асоціаціями, ліцензувальними медичними органами з повноваженнями на відкликання ліцензії практикуючого лікаря чи накладання інших дисциплінарних стягнень на тих професіоналів, які користуються власним службовим положенням чи припускаються значної професійної недбалості.

Реалізація та моніторинг застосування стандартів якості. У контексті стандартів з охорони здоров'я медичні стандарти використовуються для вимірювання та вдосконалення ефективності роботи певної сфери захворювань чи послуг. Прикладами можуть слугувати національні структури послуг Великобританії та клінічні стандарти Шотландії. Для таких

стандартів процесом оцінки виступає «організаційний аудит», і всі системи управління якістю будуть містити такі розширені стандартні положення [34].

Стандарти якості можуть встановлюватись в різних формах та на різних рівнях. Окремі сектори послуг можуть встановлювати стандарти якості щодо ефективності роботи чи результатів (наприклад, кардіоторакальна хірургія) або ж для послуг можуть встановлюватись національні стандарти якості (наприклад, якість, результативність та клінічна ефективність роботи прямо пов'язані з системою виплат (QOF) для загальної практики Національної служби охорони здоров'я в Великобританії). Управління та організація загальної практики може вимірюватись за допомогою таких ретельно затверджених документів як Оцінка європейської практики (EPA). Для лікарень різні країни використовують дещо інші інструменти (наприклад, британський інструментарій Національної служби охорони здоров'я AEDET підтримує конструкцію та модернізацію лікарняних будівель, а також охоплює всі аспекти функціональності, впливу на навколишнє середовище, будівництва та інженерно-проектних робіт) [34].

Закони на національному рівні можуть регулювати якість за допомогою різноманітних нормативних актів, наприклад, стосовно безпеки продукту, професійної кваліфікації чи прав пацієнта. Неюридичні, а саме професійні положення видані професійними органами можуть регулювати медичні стандарти та професійну поведінку. На рівні установи клінічний та управлінський процес можуть контролювати системи внутрішнього та зовнішнього аудиту [34].

Також зазначено важливість міжнародної стандартизації, зокрема:

– Європейський комітет із стандартизації (CEN) може встановлювати міжнародні стандарти для різних сфер, які стосуються охорони здоров'я. Національні члени CEN є національними органами із стандартизації країн ЄС та ЄАВТ. Національні члени CEN подають Європейські стандарти в якості національних та розробляють проекти стандартів;

– Міжнародна організація із стандартизації (ISO) вказує орієнтири для міжнародних стандартів в широкому діапазоні сфер діяльності, які впливають на «замовників» (в сфері охорони здоров'я = пацієнт) в широкому розумінні, зокрема актуалізується потреба упровадження систем управління якістю відповідно до ISO серії 9000 [34].

До окремих стратегій забезпечення якості у звіті [34] віднесено:

– аудит і інспекції з боку держави. Наприклад, у Великобританії створено єдиний інтегрований регулятор для системи охорони здоров'я та соціальної сфери – Комісію з якості медичної допомоги, яке забезпечує безпеку, якість, оцінку ефективності роботи комісіонерів («замовників») та постачальників, контролює виконання Акту про психічне здоров'я 1983 року та сприяє тому, щоб регулятивна та інспекторська діяльність в сфері охорони здоров'я та соціальних послуг проводилась координовано та контрольовано;

– медичні стандарти та рекомендації. Клінічну рекомендацію визначають, як систематично розроблене положення для надання допомоги в прийнятті рішень практикуючими лікарями та пацієнтами щодо надання відповідної медичної допомоги в певних клінічних обставинах. Доказові рекомендації широко використовуються в Європі, так як показує вказане вище визначення, вони спрямовують лікарів до застосування передової практики в лікуванні пацієнтів. Рекомендації також можуть використовуватись для управління певними умовами та обставинами на певних клінічних шляхах вторинної медичної допомоги;

– системи управління якістю. Рекомендації Міжнародної організації із стандартизації (ISO) використовуються європейськими лікарнями для розробки систем управління якістю, хоча вони і не вважаються обов'язковими до виконання;

– моделі організаційної досконалості, зокрема модель Європейського фонду управління якістю (EFQM).

Також у звіті зазначено, що важливим елементом управління є планування витрат на надання стаціонарної медичної допомоги. Експерти

Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» відзначали, що системи централізованого планування в ЄС реформуються, і загальна тенденція схильна до децентралізації лікарняних послуг та їх адміністрування, а також управління на регіональному рівні, в той час як існує нагальна потреба в переміщенні допомоги при певних типах хвороб з невеликих лікарень у більші установи [34].

Отже, реформування системи охорони здоров'я України є складовою і прямим продовженням загальних реформ в економіці країн світу. Не існує варіантів окремої модернізації галузі поза контекстом змін на макроекономічному рівні [12].

В Україні децентралізація економіки і охорони здоров'я, економія витрат відповідно до податкових надходжень, ефективність розподілу і використання фінансових потоків об'єднує макро-, мезо- і мікро-перетворення. Досвід Великої Британії вказує на важливість ефективного перерозподілу суспільних видатків упродовж певного часу на користь охорони здоров'я. Досвід країн з приватно страховою медициною вказує на резерви збільшення економічної ефективності охорони здоров'я. Продовження процесів реформування системи охорони здоров'я в Україні у повоєнний період, зокрема, в умовах прагнення України якомога швидше отримати статус країни – повноправного члена Європейського Союзу, матиме позитивний результат, якщо національні переваги і традиції поповняться ефективним впровадженням європейських принципів, цінностей, досвіду та кращих практик.

## **2.2. Особливості воєнно-польової хірургії в Україні**

На превеликий жаль, ми вже переконалися, що під час війни система охорони здоров'я працює в надзвичайних умовах. Характер надзвичайних умов, їх особливості й заходи, які проводяться для організації надання адекватної медичної допомоги, залежать від обставин, що склались в країні,

яка знаходиться у стані війни, зокрема у районах бойових дій. Порушення нормальних умов життя і діяльності людей на певній території призводить до неможливості проживання населення у своїх домівках, ведення там господарської діяльності, загибелі людей та/або значних матеріальних втрат, що само по собі вже апріорі відноситься до надзвичайних ситуацій.

Різні держави мають власну, тільки для них характерну сукупність географічних, демографічних, економічних умов існування, історичний досвід, що зумовлює для кожної держави найбільш можливі та найбільш небезпечні надзвичайні ситуації. З метою уніфікації заходів щодо ліквідації наслідків конкретних надзвичайних ситуацій, Постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1998 р. № 1099 «Про порядок класифікації надзвичайних ситуацій» прийнята власна система класифікації НС [5].

Надзвичайні ситуації в нашій державі класифікують залежно від причин походження подій, відповідно до територіального поширення та розмірів заподіяних (очікуваних) економічних збитків та людських втрат.

Відповідно до причин, які призводять до виникнення надзвичайних ситуацій, на території України розрізняють ситуації техногенного, природного, соціально-політичного та воєнного характеру [5].

Надзвичайні ситуації техногенного характеру – це транспортні аварії, пожежі, неспровоковані вибухи чи їх загроза, аварії з викидом небезпечних хімічних, радіоактивних, біологічних речовин, раптове руйнування споруд та будівель, аварії на інженерних мережах і спорудах життєзабезпечення, гідродинамічні аварії на греблях, дамбах тощо.

Надзвичайні ситуації природного характеру – це небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні морські та прісноводні явища, природні пожежі, зміна стану повітряного басейну, інфекційна захворюваність людей, сільськогосподарських тварин, зміна стану водних ресурсів, біосфери тощо.

Надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру – це ситуації, пов'язані з протиправними діями терористичного і антиконституційного спрямування, наприклад здійснення терористичних актів (збройний напад,

захоплення й утримання важливих об'єктів, ядерних установок і матеріалів, викрадення чи знищення суден, захоплення заручників тощо).

Що стосується надзвичайних ситуацій воєнного характеру, слід зазначити, що до них віднесено ситуації, пов'язані з наслідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають вторинні фактори ураження населення в результаті зруйнування атомних і гідроелектричних станцій, складів і сховищ радіоактивних і токсичних речовин, відходів, нафтопродуктів, вибухівки, транспортних та інженерних комунікацій тощо [5].

Відповідно до територіального поширення, обсягів заподіяних або очікуваних економічних збитків, кількості людей, які постраждали, загинули, або умови проживання яких на тривалий час істотно погіршилися, визначають чотири рівні надзвичайних ситуацій [5]:

- загальнодержавний;
- регіональний;
- місцевий;
- об'єктовий.

Розглянемо визначення рівнів надзвичайних ситуацій за ознаками територіального поширення, санітарних втрат та істотного погіршення умов проживання.

Надзвичайні ситуації загальнодержавного рівня – це ситуації, які розвиваються на території двох або більше областей або загрожують транскордонним перенесенням, а також, якщо для їх ліквідації необхідні ресурси, що перевищують власні можливості області; внаслідок яких постраждало понад 300 чоловік (тимчасово або постійно непрацездатні), загинуло понад 5 осіб, сталось істотне погіршення умов проживання на тривалий час понад 3000 чоловік.

Надзвичайні ситуації регіонального рівня – це ситуації, які розвиваються на території двох або більше адміністративних районів (міст обласного значення), а також, якщо для їх ліквідації необхідні ресурси, що

перевищують власні можливості окремого району; внаслідок яких постраждало (тимчасово або постійно непрацездатні) від 50 до 300 чоловік, загинуло від 3 до 5 осіб, сталось істотне погіршення умов проживання на тривалий час від 300 до 3000 чоловік [5].

Надзвичайні ситуації місцевого рівня – це ситуації, які виходять за межі потенційно-небезпечного об'єкта або загрожують поширенням самої ситуації або її вторинних наслідків на довкілля, сусідні населені пункти, а також, якщо для їх ліквідації необхідні ресурси, що перевищують власні можливості потенційно-небезпечного об'єкта; внаслідок яких постраждало (тимчасово або постійно непрацездатні) від 20 до 50 чоловік, загинула 1-2 особи, сталось істотне погіршення умов проживання на тривалий час від 100 до 300 чоловік.

Надзвичайні ситуації об'єктового рівня – це ситуації, які не підпадають під визначення для надзвичайних ситуацій вищого рівня, внаслідок яких постраждало (тимчасово або постійно непрацездатні) до 20 чоловік, загинула понад 1 особа, сталось істотне погіршення умов проживання на тривалий час до 100 чоловік [5].

Слід зазначити, що навіть загальнодержавний рівень не відповідає тій ситуації, що склалася в Україні після 24 лютого 2022 року. Війна змінила все. Саме тому надзвичайні ситуації воєнного характеру виділено в окремий вид.

Дуже важливим є те, що до освітніх програм, за якими навчаються майбутні лікарі-хірурги, включено обов'язкову дисципліну «Підготовка офіцерів запасу». Це – клінічна дисципліна, яка вивчає питання військової хірургії, сучасну бойову хірургічну травму, особливості організації та лікування поранених і хворих у різноманітних оперативно-тактичних (медичних) умовах воєнного і мирного часу.

Варто зазначити, що сучасне медичне забезпечення постраждалих у надзвичайних умовах мирного періоду і поранених під час бойових дій ґрунтується на основі системи етапного лікування з евакуацією за призначенням.

Меди́чна евакуа́ція являє собою сукупність заходів з виносу (вивозу) постраждалих, поранених і хворих із зони надзвичайної ситуації, району бойових дій, до етапу медичної евакуації для своєчасного й повного надання їм медичної допомоги. Забезпечення медичної евакуації поранених і хворих включає широкий комплекс організаційних, медичних, технічних заходів.

У свою чергу, етап медичної евакуації – це сили та засоби медичної служби (медичні пункти та польові лікувальні установи), що розгорнуті на шляхах евакуації постраждалих, поранених і хворих для надання їм медичної допомоги [5].

Своєчасне та якісне надання хірургічної медичної допомоги на етапах медичної евакуації є однією з головних умов збереження життя та профілактики тяжких ускладнень у поранених та постраждалих у мирний час, при ліквідації наслідків катастроф, виконанні миротворчих операцій, а також на війні.

В умовах масового надходження поранених до певного етапу медичної евакуації, особливо важливо вибрати саме той варіант організації хірургічної допомоги, який є оптимальним у даній конкретній обстановці.

На всіх етапах медичної евакуації обов'язковим елементом лікувально-евакуаційних заходів є медичне сортування, яке являє собою розподіл постраждалих, поранених і хворих на групи відповідно до потреб у виконанні однорідних профілактичних і лікувально-евакуаційних заходів, що проводиться, виходячи з медичних показань, реального обсягу медичної допомоги на даному етапі і прийнятого порядку медичної евакуації (у наступному розділі ці питання будуть розкриті більш детально).

Охарактеризуємо принципи надання хірургічної допомоги в надзвичайних умовах мирного та воєнного часу, які являють собою так звану воєнно-хірургічну доктрину [5]:

1. Організація надання хірургічної допомоги у надзвичайних умовах мирного та воєнного часу, обсяг хірургічної допомоги, вибір методів



лікування визначаються розмірами та структурою санітарних втрат, бойовою та оперативно-тактичною обстановкою, кількістю формувань і бригад хірургічного профілю, рівнем медичного забезпечення та лікувально-діагностичною тактикою на етапах медичної евакуації.

2. Покращання якості надання хірургічної допомоги і, відповідно, результатів лікування здійснюється за рахунок максимального наближення хірургічної допомоги до осередків масових втрат, маневреності сил і засобів медичної служби, об'єктивізації й прогнозування тяжкості травм, впровадження сучасних досягнень медичної науки та максимального використання сучасних засобів евакуації.

3. Перша лікарська допомога може виконуватись як у повному, так і в скороченому обсязі.

Повний обсяг складається з невідкладних хірургічних заходів першої лікарської допомоги та заходів, які можуть бути відстрочені.

Слід зазначити, що для надання пораненим кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги в умовах воєнного часу повинні проводитися заходи щодо підготовки лікувальних закладів до масового прийому постраждалих і створення пересувних формувань для здійснення маневру своїми силами й засобами з метою оперативного і якісного надання медичної допомоги постраждалим на другому етапі медичної евакуації.

Військова медична наука постійно узагальнює і систематизує досвід сучасних війн, збройних конфліктів, терористичних актів на території України та інших держав. У результаті вивчення структури санітарних втрат, умов надання хірургічної допомоги пораненим у воєнний час і особливий період, постраждалим від надзвичайних ситуацій у мирний час, діючих систем організації медичної допомоги, виявлено спільність багатьох проблем однаково актуальних для хірургії воєнного та мирного часу.

По-перше, це стосується характеру ураження і патогенезу перебігу ранової і травматичної хвороби, як у поранених на театрі бойових дій, так і у постраждалих під час надзвичайних ситуацій природного та техногенного

характеру. При цьому найбільш складною проблемою є політравма, структура якої включає тяжку множинну, поєднану та комбіновану травми.

По-друге, умови на територіях бойових дій, кількість поранених і постраждалих не дозволяють надавати адекватну хірургічну допомогу в місці отримання травми, тому потребують медичного сортування і евакуації, про яку ми писали вище. Для надання хірургічної допомоги створюють мобільні пересувні формування, підрозділи, заклади. Для остаточного лікування і реабілітації використовують потенціал ліжкового фонду стаціонарних закладів системи охорони здоров'я України.

Отже, все вищезазначене потребує впровадження єдиних науково обґрунтованих принципів та методологічних підходів до організації і надання хірургічної допомоги пораненим та постраждалим, діагностики і лікування сучасної бойової хірургічної травми в умовах бойових дій.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ У ВОЄННИЙ ПЕРІОД

#### **3.1. Підготовка та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів за медичними та управлінськими спеціальностями**

Як зазначалося нами вище, умови воєнного та мирного часу дуже різняться між собою. Тому те, що стосується традиційної підготовки лікарів у закладах вищої освіти за медичними спеціальностями, а також їх підготовки за управлінськими спеціальностями – є більш характерним для умов мирного часу.

Разом з тим, під час навчання у медичних закладах до освітніх програм, за якими навчаються майбутні лікарі-хірурги, додано дисципліни за проблематикою військової хірургії, які, як зазначалося вище, дозволяють поглиблено вивчити, зокрема, наступні питання:

- організація і зміст хірургічної допомоги при надзвичайних ситуаціях;
- сучасна вогнепальна рана і ранова хвороба;
- травматичний шок;
- кровотеча і крововтрата;
- комбінована травма;
- термічна травма;
- інфекційні ускладнення поранень і травм;
- травма черепа, хребта, головного та спинного мозку;
- травма грудної клітки;
- травма живота;
- травма таза і тазових органів;
- травма кінцівок, синдром тривалого розчалування.

До таких дисциплін, як зазначалося у попередньому розділі, віднесено дисципліну «Підготовка офіцерів запасу», основною метою якої є надання комплексної системи знань та практичних навичок щодо спеціалізованої хірургічної допомоги, яка стосується саме визначених вище питань.

Так, наприклад, під час розкриття першої теми даної дисципліни щодо змісту та обсягу хірургічної допомоги пораненим на війні, детально вивчаються такі питання [23]:

- організація надання хірургічної допомоги на етапах медичної евакуації;
- загальні принципи лікування та профілактики ускладнень поранень (травм), а також вимоги і стандарти щодо якості надання медичної допомоги військовослужбовцям єдині для мирного і воєнного часу;
- характеристика санітарних втрат;
- особливості воєнно-польової хірургії в Україні;
- медичне сортування на етапах медичної евакуації;
- медичне сортування в зоні бойових дій;
- медичне сортування на госпітальному етапі;
- тактична евакуація;
- медична евакуація;
- аеромедична евакуація;
- принципи надання хірургічної допомоги на війні;
- організаційно-штатна структура медичної роти механізованої бригади.

Слід зазначити, що питанням військово-польової хірургії значну увагу приділяє Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. У додатку А наведений каталог курсів, за якими підвищують кваліфікацію лікарі, серед яких є курс «Військова хірургія». У додатку Б наведено приклади методичних розробок, що видано кафедрою загальної хірургії

університету. Таких розробок близько 10, вони надають уявлення про різні аспекти військової хірургії, і застосовуються у рамках навчальної дисципліни «Підготовка офіцерів запасу» на 4 курсі навчання [23; 37].

Нижче наведено приклад формування системи базових знань, вмінь та навичок, необхідних для вивчення першої теми щодо організації та змісту хірургічної допомоги при надзвичайних ситуаціях з дисципліни «Підготовка офіцерів запасу» (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Базові знання, вміння та навички, необхідні для підготовки офіцерів запасу [23]**

Попередні дисципліни	Отримані навички
Нормальна анатомія людини	Описувати анатомічну будову органів і систем людини, опорно-рухового апарату. Схематично зобразити анатомію шкіри, сполучної тканини, нервової і судинної систем, скелетних м'язів і кісток, їх топографічне розташування
Гістологія	Володіти знаннями гістологічної будови клітин різних органів і систем організму
Нормальна фізіологія	Знати фізіологію і функції клітин, фізіологію обміну речовин, фізіологію системи крові, нервової, м'язової та ендокринної систем
Патологічна фізіологія і анатомія	Визначати реакцію організму на пошкодження клітин, механізми реактивності
Загальна хірургія	Демонструвати уміння щодо організації надання першої медичної, долікарської, першої лікарської допомоги пораненим
Військово-медична підготовка	Зобразити схематично організаційну структуру медичної служби Збройних сил України. Класифікувати види медичної допомоги і визначати її об'єм відповідно до етапу медичної евакуації. Малювати схему розгортання медичної роти – механізованої бригади

У табл. 3.1 вказано попередні дисципліни, які мають стати основою до вивчення майбутніми лікарями-хірургами дисципліни «Підготовка офіцерів запасу» за відповідною структурно-логічною схемою.

Отже, підготовка офіцерів запасу має базуватися на системі принципів, що стосуються саме здійснення професійної діяльності як в умовах війни, так і мирного часу. У попередньому підрозділі (п. 2.2) було наведено принципи надання хірургічної допомоги в надзвичайних умовах мирного та воєнного часу, які являють собою так звану воєнно-хірургічну доктрину. Якщо розглядати умови воєнного стану, то таких принципів буде значно більше, а саме [23]:

1. Організація надання хірургічної допомоги в умовах бойових дій, обсяг хірургічної допомоги, вибір методів лікування визначаються розмірами та структурою санітарних втрат, бойовими та оперативнотактичними обставинами, кількістю формувань і бригад хірургічного профілю, рівнем медичного забезпечення та лікувально-діагностичною тактикою на етапі медичної евакуації.

2. Хірургічна служба повинна бути мобільною й маневреною, готовою надати медичну допомогу в будь-яких умовах. Для цього необхідно постійне підвищення знань з воєнно-польової хірургії, удосконалення військово-медичної підготовки, матеріальної бази медичних формувань, підвищення мобільності та стандартизація надання хірургічної допомоги.

3. Принципи надання хірургічної допомоги повинні бути єдиними для воєнно-польової хірургії та хірургії пошкоджень мирного часу.

4. Покращення якості надання хірургічної допомоги і, відповідно, результатів лікування здійснюється за рахунок максимального наближення хірургічної допомоги до поля бою, осередків масових втрат, маневреності сил і засобів медичної служби, об'єктивізації й прогнозування тяжкості травм, впровадження сучасних досягнень медичної науки та максимального використання сучасних засобів евакуації.

5. Профілактика травматичного і опікового шоку у поранених і травмованих починається з базового рівня медичної допомоги (долікарської допомоги). У подальшому, на етапах медичної евакуації пріоритетним вважається профілактика й лікування травматичного шоку.

6. Кожне поранення вважається первинно мікробнозабрудненим. Пріоритетним засобом профілактики і лікування інфекційних ускладнень поранень є ПХО рани з можливою повторною хірургічною обробкою й накладанням первинно відтермінованих швів.

7. Зміст, обсяг і кількість хірургічних обробок ран залежить від тяжкості, характеру й локалізації поранень, можливостей ЕМЕ та перебігу ранового процесу.

8. При наданні хірургічної допомоги пораненим у тяжкому і вкрай тяжкому стані (на II, III і IV рівнях) застосовують тактику контролю ушкоджень (damage control), яка дозволяє ефективно надати невідкладну хірургічну допомогу, зберегти час, сили і засоби медичної служби.

9. Рекомендації з воєнно-польової хірургії відображають загальні принципи лікування бойової хірургічної травми відповідно до системи організації медичного забезпечення військ на момент їх видання і можуть змінюватись з часом.

Слід зазначити, що повний обсяг заходів спеціалізованої хірургічної допомоги має надаватися військово-медичними закладами госпітальної ланки Збройних сил України, а також медичними закладами територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України з метою надання вичерпної хірургічної допомоги пораненим і травмованим.

Що стосується підготовки лікарів за управлінськими спеціальностями, то це, на наш погляд, більше стосується мирного часу, а також адміністративного персоналу медичних закладів.

Сьогодні реформування ступеневої медичної та фармацевтичної освіти передбачає підготовку фахівців за такими новими для них напрямками, як менеджер (управлінець) у галузі охорони здоров'я (спеціальності 073

«Менеджмент», 281 «Публічне управління та адміністрування»), економіст у галузі охорони здоров'я (спеціальність 051 «Економіка») тощо. Навчання на цих спеціальностях надає можливість керівникам медичних закладів опанувати управлінський інструментарій, щоб у подальшому його застосовувати у власній професійній діяльності з метою розвитку компетентностей, вмінь та навичок, зокрема, у сфері управління персоналом, стратегічного планування, управління проєктами, антикризового управління, фінансування охорони здоров'я, забезпечення якості медичних послуг тощо.

Разом із тим, сьогодні надзвичайної актуальності набуло не тільки забезпечення високоякісної підготовки медичних працівників та набуття ними практичного досвіду у певній сфері діяльності, що вимагає не тільки їх підготовки у спеціалізованих медичних закладах, а й постійне підвищення їх кваліфікації, створення відповідних умов навчання у профільних освітніх навчальних закладах медичного спрямування, які б відповідали європейському рівню якості освіти, зарубіжного стажування тощо.

Отже, як в умовах війни, так і після нашої перемоги, необхідно забезпечити систему безперервної підготовки управлінських кадрів охорони здоров'я, включаючи галузевих адміністраторів, менеджерів і економістів, здатних самонавчатися і адаптуватися до умов, в яких їм належить функціонувати. Зазначене обумовлене і тими трансформаційними змінами у медичній галузі, які відбувалися з початком реформування системи охорони здоров'я в Україні.

### **3.2. Пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період**

Від професіоналізму лікарів-хірургів залежить не тільки те, наскільки кваліфіковано буде надано першу допомогу пораненим та травмованим, а й як буде відбуватися медична евакуація, як буде



забезпечено подальше лікування та реабілітація, на що потрібно звертати особливу увагу під час огляду поранених та травмованих, а також як діяти в екстрених ситуаціях, коли час дуже обмежений. Від цього насамперед залежить – чи буде жити у подальшому боєць (або цивільний травмований), чи є допомога своєчасною та ефективною.

Слід зазначити, що до галузі «Охорона здоров'я» належать наступні спеціальності:

- стоматологія;
- медицина;
- медсестринство;
- технології медичної діагностики та лікування;
- медична психологія;
- фармація, промислова фармація;
- фізична терапія, ерготерапія;
- педіатрія;
- громадське здоров'я.

Ми пропонуємо у рамках окремих з цих спеціальностей, освітні програми яких містять дисципліну «Підготовка офіцерів запасу» (насамперед, «медицина», «технології медичної діагностики та лікування» тощо), додати якомога більше матеріалів щодо сучасних вогнепальних ран і ранових хвороб. Також найважливішими питаннями є виведення пораненого з травматичного шоку, зупинення кровотечі, крововтрати.

Проте, щоб розвинути у студента знання та навички лікування вогнепальних ран, потрібно додати ще і теми щодо загальної класифікації видів зброї, що використовується на сучасному етапі війни, це і сучасні кулі – стрілецька зброя, пневматична зброя, і інші боєприпаси, які викликають порохове ураження вогнепальних ран, подальше їх інфікування, та мають вражаючу дію. Справа в тому, що методи лікування можуть різнитися. І ефективність лікування може залежати від правильно визначеного боєприпасу, яким був уражений боєць.

Під час війни в Україні, вогнепальна зброя, яка застосовується росією, є дуже різною – є як застаріла техніка, так і найсучасніша або вдосконалена. Удосконалення ведеться в напрямку збільшення сили вибухових речовин, зниження калібру і маси снарядів, підвищення початкової швидкості їхнього польоту, поліпшення конструкції зброї. Усе це дозволяє збільшити потужність вогню, його щільність, забезпечує збереження вражаючої дії снарядів на значні відстані.

Саме тому військовим лікарям-хірургам потрібні знання і з основ техніки ведення боїв, зброя, що застосовується під час боїв та ракетних обстрілів, а також механізму формування мінно-вибухового поранення.

Слід зазначити, що вражаючі зброя використовувалися людьми з незапам'ятних часів, ще в епоху винайдення копій, пращ, луків та арбалетів. При цьому людина сама ставала жертвою своїх винаходів. Перші згадки про вогнепальну зброю відносяться до XIV століття – це були «вогняні труби», що служили для викидання металевих і кам'яних снарядів з допомогою запалювання пороху. Нарізні стволи з'явилися в XV столітті, але їх використання забороняли як «непристойне» і небезпечне удосконалення [37].

Відомо, що зброя з'явилася дуже давно – у 1840 р. Спочатку вона заряджалася з казенної частини, це гвинтівки Шасспо і Дреїзе. Вже через 10 років затвор, мідна гільза і бездимний порох дозволили, збільшивши потужність снаряда і його швидкість, зменшити вагу зброї. Нарізні стволи, забезпечуючи обертання кулі і стабілізацію її в польоті, зажадали покриття її твердою оболонкою. Перехід до багатозарядним зразкам (1861), створення більш ефективного піроксилінового пороху (1880), винахід кулемета «Максим» (1883), застосування кулі гостроверхої форми замість овальної (1900) – такі основні етапи еволюції стрілецької зброї попереднього століття.

Ще в XVIII столітті англійський хірург Гентер написав [37]: «Мистецтво вражати людину робить великі успіхи, більші ніж мистецтво його лікувати».

Проблема вогнепальної рани залишається однією з актуальніших у военній хірургії. Незважаючи на накопичений значний досвід великих і малих війн, початок бойових конфліктів завжди супроводжувався типовими помилками в наданні хірургічної допомоги, зокрема в техніці ПХО рани. Це пов'язано із недостатніми знаннями більшості хірургів, зокрема особливостей вогнепальних поранень, теорії ранової балістики, будови вогнепальних ран, а також індивідуального підходу до їх загального і місцевого лікування. Все це призводить до несприятливих результатів лікування постраждалих.

За останні десять років вже було накопичено значний досвід з лікування поранень сучасною вогнепальною зброєю. Отримано нові експериментальні дані з урахуванням її удосконалення, розкрито особливості анатомічних і морфологічних змін у вогнепальних ранах і тактику виконання хірургічної обробки. Це зіграло велику роль під час війни – у військовій хірургії вже застосовуються новітні методики та протоколи лікування.

Як зазначалося вище, військовим лікарям-хірургам потрібні знання і з основ класифікації видів зброї, що застосовується під час кульових та ракетних обстрілів та техніки ведення боїв, чітко визначати види поранень (дотичне; наскрізне; сліпе; рикошетне або інше), та вміти застосовувати це на практиці.

Взагалі, раною прийнято називати механічне пошкодження, що супроводжується порушенням цілості зовнішніх покривних тканин, в першу чергу шкіри. У загальному розумінні рана — це відкрита механічна травма.

У свою чергу, вогнепальна рана — це пошкодження тканин і органів з порушенням цілості їх покриву (шкіри, слизової або серозної оболонки),

що спричинене вогнепальною зброєю і характеризується зоною первинного некрозу і змінами, які зумовлюють утворення в навколишніх тканинах осередків вторинного некрозу, а також неминучим первинним мікробним забрудненням, що значно збільшує ризик розвитку ранової інфекції [37].

Залежно від заряду, що ранить, розрізняють кульові і осколкові вогнепальні рани. Уражаючі властивості цих зарядів визначаються особливостями вогнепальної зброї і боєприпасів.

Відповідно до норм Міжнародного гуманітарного права, якого дотримуються армії більшості цивілізованих країн, при поразці живої сили противника повинні використовуватися лише засоби, що виводять бійців зі строю, позбавляють їх боєздатності, але не завдають їм зайвих страждань і не мають за мету неодмінно позбавити їх життя. Доречно зауважити, що початок формуванню норм Міжнародного гуманітарного права поклала Санкт-Петербурзька декларація 1868 р., що є першою міжнародною угодою про незастосування проти людей розривних куль та інших знарядів, що завдають їм додаткових страждань, перевищують за своєю дією вирішення головного завдання воєнного протистояння і виводять з бойових лав максимальну кількість бійців противника [37].

Проте, незважаючи на всі прийняті міжнародні угоди, тяжкість бойових вогнепальних пошкоджень в російсько-українській війні зростає в рази. Росія не дотримується ніяких норм та правил, застосовує заперечену зброю (хімічну, фосфорну та іншу), веде себе як звіри. Крім того, зростання кінетичної енергії куль, компенсуючи зниження калібру автоматичної стрілецької зброї, призвело до зміни ранової балістики і також зростання тяжкості пошкоджень. Малокаліберна куля, попадаючи в тіло людини, швидко втрачає енергію, передає її навколишнім тканинам, повороти, створюючи відхилення (девіації) ранового каналу. При цьому збільшується величина первинного і вторинного некрозу тканин, ускладнюється проекція ранового каналу. Крім того, деякі кулі (наприклад,

куля М-855 калібру 5,56 мм до американської гвинтівки М-16А) при пострілах з відстані до 10 м нерідкофрагментуються, що створює додаткові передумови для збільшення тяжкості заподіяних пошкоджень, а прагнення зберегти уражаючу міцьвибухової зброї (насамперед, снарядів і мін) і збільшити радіус її дії, незважаючи на сучасні засоби бронезахисту, призвело до появи тяжких, сукупних і багатофакторних вибухових пошкоджень [37].

Особливо тяжкі форми уражень з'являються у ході локальних бойових дій, коли в зону бойових дій неминуче втягується мирне населення, позбавлене засобів бронезахисту. Тому, під час підготовки студентів-медиків також потрібно приділити особливу увагу вивченню питань мінно-вибухових поранень, що зумовило виділення вибухових пошкоджень у самостійну категорію сучасної бойової травми, більшість медичних аспектів якої повинні розглядатися під час підготовки та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів.

Зазначене вимагає також оновлення змісту і форми підготовки здобувачів у сфері охорони здоров'я, дуалізації освіти в процесі підготовки фахівців, короткотривалих семінарів з підвищення кваліфікації з окремих напрямів організації хірургічної та медико-санітарної допомоги, проблем громадського здоров'я тощо.

Особливу увагу слід приділити упровадженню інноваційних підходів та технологій управління системою охорони здоров'я, адекватних процесам трансформаційних змін в медичній галузі. Зазначене має передбачати розробку та затвердження доктрини формування управлінського потенціалу галузі та системи єдиного стандарту підготовки управлінських кадрів для забезпечення модернізації сфери охорони здоров'я як складової стратегії національної безпеки.

## ВИСНОВКИ

У першому розділі роботи досліджується сучасний стан та перспективи реформування системи вторинної медичної допомоги в Україні; характеризується кадрова політика держави щодо охорони здоров'я.

Показано, що високо спеціалізована медична допомога стосується медичних, хірургічних та супутніх послуг високої складності та зазвичай високої вартості. Охарактеризовано вимоги до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги за настановами НСЗУ.

Доведено, що у сучасних українських реаліях основою формування успішного суспільства як ключового напрямку суспільно-економічного розвитку є кадровий потенціал. Головна роль при цьому відводиться державному регулятору, що спроможний підвищити конкурентоспроможність фахівця будь-якої галузі на ринку праці.

У другому розділі аналізується зарубіжний досвід забезпечення якості послуг вторинної медичної допомоги таких країн, як Великобританія; Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, Сполучені Штати Америки.

Визначено особливості медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, зокрема, під час війни. Показано, що характер надзвичайних умов, їх особливості й заходи, які проводяться для організації надання адекватної медичної допомоги, залежать від обставин, що склались в країні, яка знаходиться у стані війни, зокрема у районах бойових дій. Порушення нормальних умов життя і діяльності людей на певній території призводить до неможливості проживання населення у своїх домівках, ведення там господарської діяльності, загибелі людей та/або значних матеріальних втрат, що само по собі вже апріорі відноситься до надзвичайних ситуацій. Тому воєнно-польова хірургія грає визначальну роль у медичній допомозі пораненим та травмованим під час війни.

Охарактеризовано основні принципи надання хірургічної допомоги в надзвичайних умовах мирного та воєнного часу, які являють собою так звану воєнно-хірургічну доктрину.

У третьому розділі обґрунтовується важливість навчання та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів за управлінськими та медичними освітніми програмами; розробляються пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів-хірургів у воєнний період.

Так, показано, що найважливішими питаннями військової хірургії є отримання майбутніми лікарями-хірургами знань та навичок лікування за такими напрямками, як: організація і зміст хірургічної допомоги при надзвичайних ситуаціях; сучасна вогнепальна рана і ранова хвороба; травматичний шок; кровотеча і крововтрата; комбінована травма та інші.

Це стає можливим за умов вивчення дисципліни «Підготовка офіцерів запасу», основною метою якої є надання комплексної системи знань та практичних навичок щодо спеціалізованої хірургічної допомоги, яка стосується саме визначених вище питань.

Слід зазначити, що повний обсяг заходів спеціалізованої хірургічної допомоги має надаватися військово-медичними закладами госпітальної ланки Збройних сил України, а також медичними закладами територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України з метою надання вичерпної хірургічної допомоги пораненим і травмованим.

Показано, що сьогодні реформування ступеневої медичної та фармацевтичної освіти також передбачає підготовку фахівців за такими новими для них напрямками, як менеджер (управлінець) у галузі охорони здоров'я, економіст у галузі охорони здоров'я та інші. Навчання на цих спеціальностях надає можливість керівникам медичних закладів опанувати управлінський інструментарій, щоб у подальшому його застосовувати у власній професійній діяльності з метою розвитку компетентностей, вмінь та

навичок, зокрема, у сфері управління персоналом, стратегічного планування, управління проектами, антикризового управління, фінансування охорони здоров'я, забезпечення якості медичних послуг тощо.

Разом із тим, що стосується підготовки лікарів за управлінськими спеціальностями, то це, на наш погляд, більше стосується мирного часу, а також адміністративного персоналу медичних закладів.

Слід зазначити, що до галузі «Охорона здоров'я» належать такі спеціальності, як стоматологія; медицина; технології медичної діагностики та лікування; медична психологія та інші.

У роботі запропоновано у рамках окремих з цих спеціальностей, освітні програми яких містять дисципліну «Підготовка офіцерів запасу» (насамперед, «медицина», «технології медичної діагностики та лікування» тощо), додати якомога більше матеріалів щодо сучасних вогнепальних ран і ранових хвороб. Також найважливішими питаннями є виведення пораненого з травматичного шоку, зупинення кровотечі, крововтрати.

Щоб розвинути у студента знання та навички лікування вогнепальних ран, потрібно додати ще і теми щодо класифікації видів зброї, що використовується на сучасному етапі війни, це і сучасні кулі – стрілецька зброя, пневматична зброя, і інші боєприпаси, які викликають порохове ураження вогнепальних ран, подальше їх інфікування, та мають вражаючу дію. Справа в тому, що методи лікування можуть різнитися. І ефективність лікування може залежати від правильно визначеного боєприпасу, яким був уражений боєць.

Під час війни в Україні, вогнепальна зброя, яка застосовується росією, є дуже різною – є як застаріла техніка, так і найсучасніша або вдосконалена. Удосконалення ведеться в напрямку збільшення сили вибухових речовин, зниження калібру і маси снарядів, підвищення початкової швидкості їхнього польоту, поліпшення конструкції зброї. Усе це дозволяє збільшити



потужність вогню, його щільність, забезпечує збереження вражаючої дії снарядів на значні відстані.

Саме тому військовим лікарям-хірургам потрібні знання і з основ техніки ведення боїв, знаряддя, що застосовується під час боїв та ракетних обстрілів, а також механізму формування мінно-вибухового поранення.

Отже, сфера практичного застосування результатів роботи: підготовка офіцерів-запасу – лікарів-хірургів у воєнний період з метою отримання ними ґрунтовних знань і навичок у сфері військової хірургії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
2. Бойко В.В., Лісовий В.М., Макаров В.В. та ін. Обрані лекції з військово-польової хірургії. Харків, «НТМТ», 2018. 212 с.
3. Вимоги ПМГ 2020 / Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>.
4. Вимоги ПМГ 2021. Проекти специфікацій та умов закупівлі за програмою медичних гарантій на 2021 рік/Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>.
5. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / За ред. В.Я. Білого. Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. 324 с.
6. ВООЗ. Детермінанти здоров'я. URL: <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en>.
7. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who>.
8. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
9. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку // Державне управління: удосконалення та розвиток: електр. наук. фахове видання. 2015. № 2. URL: <http://www.du.pauka.com.ua/?op=1&z=658>
10. Дорошенко О. О. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко // Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 1 (5). С. 16 – 23.
11. Заруцький Я.Л., Запорожан В.М., Білий В.Я. Воєнно-польова хірургія. Одеса: ОНМедУ, 2016. 416 с.

12. Камінська В.М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні // Економічна теорія. 2015. № 1 (20). С. 38–48.
13. Лехан В. М. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 4 (52). – С. 5 – 10.
14. Лінчевський О. Голос лікарів. Як змінити лікарні / О. Лінчевський, М. Кривоконь / Український Тиждень. – 08 черв. 2020. – Режим доступу : <https://tyzhden.ua/Society/244857>.
15. Малігон Ю.Г. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції // Публічне управління та адміністрування. 2020. № 4(94). URL: <http://ema.ztu.edu.ua/article/view/225834>. Дата звернення: 27.11.2022.
16. Медична реформа. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.
17. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Дата звернення: 10.10.2022. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.
18. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>.
19. МОЗ України: Що було, є і буде / Міністерство охорони здоров'я України, 2019. 68 с. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf).
20. Національна доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна» / Міністерство економічного розвитку і торгівлі України. – 2017. – 174 с. URL: [http://un.org.ua/images/SDGs\\_NationalReportUA\\_Web\\_1.pdf](http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf).
21. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/>.
22. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.
23. Організація і зміст хірургічної допомоги при надзвичайних ситуаціях // Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів з

дисципліни «Підготовка офіцерів запасу». Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. 2020. 54 с.

24. Освітні програми / Кафедра державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління НТУ «Дніпровська політехніка». Дата звернення: 28.10.2022. URL: <https://palsg.nmu.org.ua/ua/>.

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

26. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : закон України № 2002-VIII від 06.04.2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>.

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

28. Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовт. 2018 р. № 1881. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18>.

29. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.01.2020 № 111-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-%D1%80>.

30. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 лист. 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

31. Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів : розпорядження Кабінету

Міністрів України від 23 серп. 2017 р. № 582-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80>.

32. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 лист. 2016 р. № 1002-р. URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.

33. Програма медичних гарантій: особливості реалізації з 01 липня 2022 року. Дата звернення: 07.10.2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/prohrama-medychnykh-harantii-osoblyvosti-realizatsii-z-1-lypnia-2022-roku>.

34. Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення : зведений звіт Проекту «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2007–2009. URL: [http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR\\_V04\\_ua.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR_V04_ua.pdf).

35. Рівні надання медичної допомоги. URL: <http://uoz.mkrada.gov.ua/index.php/statti-naselennyu/2234-rivni-nadannya-medichnoji-dopomogi>.

36. Скільки грошей потрібно на відбудову зруйнованих окупантами лікарень. Дата звернення: 07.10.2022. URL: <https://medicine.rayon.in.ua/news/515180-lyashko-povidomiv-skilki-groshey-potribno-na-vidbudovu-zruynovanikh-okupatami-likaren>.

37. Сучасна вогнепальна рана і ранова хвороба. Травматичний шок. Кровотеча, крововтрата // Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів з дисципліни «Підготовка офіцерів запасу». Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. 2020. 60 с.

38. Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період // Затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 02.03.2016 року № 90 / Київ. 2016. 60 с.

39. Універсальне охоплення медичними послугами: суть поняття та його завдання. URL: <https://www.apteka.ua/article/513175>.

40. Франція і Німеччина найбільше витрачають на охорону здоров'я серед країн ЄС // Європейська правда. Міжнародна безпека та євроінтеграція

України. 03.09.2020. URL: <https://www.eurointegration.com.ua/news/2020/09/3/7100371/>.

41. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління // Державне управління та місцеве самоврядування. 2017. № 1 (20). С. 133–145.

42. Цілі сталого розвитку 2016-2030 / United Nations Ukraine. URL: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>.

43. Чаплик В., Олійник П., Цегельський А. Невідкладна військова хірургія / пер. з англ. Київ: Наш Формат, 2015. 568 с.

44. Шкільняк М. М. Менеджмент системи охорони здоров'я : аналітична записка / Шкільняк М.М., Желюк Т.Л., Васіна А.Ю., Дудкіна О.П., Попович Т.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. // Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2020 р. // Вісн. Тернопільського нац. економічного ун-ту. 2020. № 4. С. 168–180.

45. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т. М. Ямненко // Юридичний вісник. 2018. № 2 (47). С. 116 – 120.

46. NATO STANDARD AJP-4.10 (B). Allied joint medical support doctrine. Edition B Version 1. Brussels: Supreme Headquarters of Allied Powers in Europe, May 2015. 170 p.