

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

Здобувачки вищої освіти Веселовської Альони Ігорівни
академічної групи 281М-23з-2 ІДУ
спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування
за освітньо-професійною Публічне управління та адміністрування
програмою
на тему: «Збройний конфлікт проти України як виклик для національної системи
охорони здоров'я: аспекти управління»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Хожило І.І.			
розділів:				

Рецензент				
------------------	--	--	--	--

Нормоконтролер				
-----------------------	--	--	--	--

Дніпро 2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему:
«Збройний конфлікт проти України як виклик для національної системи охорони здоров'я: аспекти управління»

75 стор, 2 табл, 24 рисунки, 58 джерел

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ВИКЛИК ДЛЯ МІНІСТЕРСТВА ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ, ВОЄННИЙ КОНФЛІКТ НА ЗАВАДІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В
УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

Об'єкт дослідження – охорона здоров'я України в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження – процеси реалізації сталості системи охорони здоров'я, ключові аспекти розвитку та удосконалення реформи медичної системи.

Мета дослідження – розроблення активної стратегії розвитку системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та відродження після війни.

У першому розділі досліджується суб'єкти управління та заклади охорони здоров'я України в період до воєнного стану та під час воєнного часу. У другому розділі досліджується діяльність та управлінські аспекти медичних закладів на полі бою, прифронтових містах та селах. У третьому розділі досліджується напрямки удосконалення переформування лікарень та подальша робота медичних закладів.

Сфера практичного застосування результатів роботи для реорганізації та практичної роботи установ охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory note of the qualification work for the master's degree on the topic: "Armed conflict against Ukraine as a challenge for the national healthcare system: management aspects"

81 pages, 2 tables, 1 picture, 24 drawings, 58 sources

HEALTH PROTECTION, A CHALLENGE FOR THE MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE, MILITARY CONFLICT IMPAIRS THE HEALTH OF THE POPULATION.

CURRENT PROBLEMS OF HEALTH CARE MANAGEMENT IN CONDITIONS OF MILITARY CONFLICT

The object of the study is health care in Ukraine under martial law.

The subject of the study is the processes of implementing the sustainability of the health care system, key aspects of the development and improvement of the medical system reform.

The purpose of the study is to develop an active strategy for the development of the health care system under martial law and revival after the war.

The first section examines the subjects of management and health care institutions of Ukraine in the period before martial law and during wartime. The second section examines the activities and management aspects of medical institutions on the battlefield, in front-line cities and villages. The third section examines the areas of improvement of hospital reorganization and further work of medical institutions.

The scope of practical application of the results of the work for the reorganization and practical work of healthcare institutions.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ	
ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ	9
1.1. Основні суб'єкти управління у сфері охорони здоров'я	9
1.2. Фінансування закладів охорони здоров'я при напруженій ситуації в економіці країни	13
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ	
ЗАКЛАДІВ ТА УСТАНОВ: УПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ	20
2.1. Аналіз роботи лікарень, незважаючи на постійні обстріли та вибухи	20
2.2. Медичні госпіталі просто неба, надважкий труд медиків фронту	29
2.3. Розрахункові цифри та аналітика подальшої ситуації роботи закладів охорони здоров'я	36
РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ	
ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ	50
3.1. Цивільні лікарні та їх шлях переформування	50
3.2. Підхід до реабілітації та протезування під новим кутом	67
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ВСТУП

Збройний конфлікт проти України і справді виявився суворим викликом для національної системи здоров'я України. Починаючи з повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року та початком воєнних дій в зоні проведення антитерористичної операції 12 квітня 2014 року на сході країни, медицина України перебуває в стані постійного стресу. Адже лікарні, госпіталі, заклади невідкладної та первинної медико-санітарної допомоги працюють в надзвичайних умовах. Це постійне потрясіння для лікарів, медичних братів та сестер, фельдшерів, але вони все більше вкладають в розвиток нашої держави та залишаються на робочих місцях.

Медицина і так не посідала перше місце в системі реформувань чи не була зразковою в мирний час, а тут війна дала новий поштовх для більшого розвитку та реформування. Якщо деякі аналітики не вірили у її розвиток, то медицина показала себе з кращої сторони, правда, попереду ще багато роботи.

За підрахунками, з початку повномасштабного вторгнення Міністерства охорони здоров'я України виїхало за межі нашої держави близько 3 % медичного персоналу, більше тисячі лікарів стало внутрішньопереміщеними особами, але тим не менш, Національна служба здоров'я України дає позитивні данні про те, що кількість:

- лікарів-спеціалістів зросла на 4467;
- лікарів первинної медичної допомоги побільшало на 1080 людей;
- на 8961 людей збільшилась кількість середнього медичного персоналу [1].

Але є і негативні показники, по кількості медичного персоналу у Донецькій, Луганській, Запорізькій та Чернігівській областях, пов'язані з окупацією територій та неможливістю повноцінно працювати під обстрілами.

В умовах воєнного конфлікту продовжують працювати прифронтові госпіталі, лікарні зі стаціонарами. На території України розгорнуто близько тисячі таких медичних установ, які працюють в польовим умовах. Розгорнуто штабами Збройних сил України до 300 закладів на всій території. Цифри на даний

момент зростають і до цього часу. Важко уявити масштаби реконструювання, переобладнання та навіть будівництва лікарень для наших захисників, так як на даному етапі нашого життя – війна триває.

Так, незважаючи на щоденні, навіть щогодинні обстріли працюють лікарі в Нікопольському районі Дніпропетровської області, там є функціонуючі лікарні, які надають першу медичну допомогу пораненим, зокрема оперуючі хірурги, травматологи, анестезіологи та медичні сестри. На місцях працюють лікарі первинної медичної допомоги, лор-лікарі, гінекологи, педіатри, ендокринолог. В Донецькій області продовжують функціонувати амбулаторії та станції переливання крові, працюють лікарні в Луганській та Запорізькі областях, де є можливим залишатись в безпеці або хоч якось працювати.

Але найвразливіше місце для роботи є території, де ведуться бойові дії. Постійні обстріли, перебування в укриттях, гальмує надання медичної допомоги.

Саме на окупованих та прифронтових територіях залишається гострою проблемою доступу до медичної допомоги, а саме:

1. Нестача кадрів, у зв'язку з переміщенням чи виїздом спеціалістів.
2. Надання своєчасної допомоги постраждалим.
3. Постачання ліків та медичного обладнання, вже не кажучи за зберігання.
4. Давати можливість проводити маніпуляції та надавати медичну допомогу лікарям, які ризикуючи своїм життям, продовжують працювати під час атак.

Медицина зазнає втрат, не тільки людських, але й розтрощення будівель.

За час обстрілів російськими окупантами щонайменше 294 лікарні повністю знищені або не піддаються відновленню. Від атак ракетами, дронами та кулями загинули 194 лікаря, а на фронті тисячі медичних госпітальєрів, медбратів та сестер загинуло у нерівному бою, рятуючи життя наших захисників. А скільки ще медиків знаходиться в полоні, зниклих безвісті. Ми не можемо говорити про точні цифри, так як боротьба триває.

Ворог почав атакувати енергетичну систему України, тому по всій країні були введені екстрені відключення світла – це ще одне випробування, яке лягло на плечі нашої охорони здоров'я. В ургентному порядку проводились зміни та планування щодо закупки обладнання для продовження повноцінної роботи.

Для великих лікарень та центрів були закуплені генератори, інвертори, а згодом для потреб закладів були надходження з обладнаннями для встановлення сонячних панелей. Зокрема, спільними зусиллями Міністерства охорони здоров'я, Європейської комісії «Промінь надії» та Міністерства енергетики України надіслано близько 5876 панелей. І вже це обладнання надходить до Житомирської, Волинської, Хмельницької, Київської та Одеської областях [2].

Безліч закладів охорони здоров'я почали перебудову та організацію надійних укриттів, де б могли перебувати персонал та відвідувачі. Адже обстріли не закінчуються, всі мають бути у безпеці. Для цього також залучені кошти інвесторів.

Цей найважчий період часу для України, але незважаючи на все це – система охорони здоров'я тримається. За даними українських дослідження вже більше 100 амбулаторій та закладів відбудовано, перелаштовано та реконструйовано.

Створено комфортні умови для медичного персоналу завдяки ремонтним роботам та закупівлею нового обладнання. Дякуючи фондам ВООЗ, іноземним компаніям, які вкладають кошти – лікарі зараз працюють і будуть продовжувати працювати.

Основною задачею для всієї системи охорони здоров'я зараз забезпечити кваліфіковану цілодобову допомогу постраждалим, людям, які потребують постійного догляду, пацієнтам з обмеженими можливостями та простим громадянам, яким необхідно звернутись до лікаря. Саме тому було створено чіткий алгоритм допомоги населенню:

1. Розроблено чіткі маршрути надання медичної допомоги населенню та охоплення все більше за Програмою медичних гарантій послуг.

2. Розподілено медичні служби на невідкладну, первинну, спеціалізовану, стаціонарну, реабілітація, як військових так і цивільних громадян.

3. Створено виїзні бригади вакцинації, вузьких спеціалістів, пересувні лабораторії та автомобілі з флюорографічним обладнанням для більш зручного проходження медичних оглядів у віддалених селах та містах, де неможливо доїхати до лікарень.

4. Майже всі лікарі первинної медико-санітарної допомоги пройшли курси mhGAP для ефективної та своєчасної допомоги населенню із розладами ментального здоров'я.

5. Враховано надання екстреної медичної допомоги як цивільним, так і військовим громадянам.

6. Створено платформи, що базуються на психологічній підтримці українців, такі як «Хаб стійкості», «Розкажи мені» та багато інших. Вже проведено понад 12000 консультацій онлайн.

Система охорони здоров'я України теж дає відсіч ворогу, незважаючи на важкі часи свого існування, виплачуючи заробітну плату, підтримуючи своїх співробітників, долаючи перешкоди – йде вперед.

РОЗДІЛ 1

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

1.1. Основні суб'єкти управління у сфері охорони здоров'я

Охорона здоров'я України та медична ланка дуже часто згадуються та розглядаються як об'єкти публічного управління, а саме адміністрування. Але для юридичного дослідження часто обирається сфера чи галузь охорони здоров'я, в якій вже існує взаємодія між органами публічної влади, закладами охорони здоров'я, пацієнтами, юридичними особами, медичними працівниками та багато інших. А ціллю публічного адміністрування є підняття до найвищого рівня організації діяльності суб'єктів сфери охорони здоров'я.

Згадуючи літературу про адміністративне право – охорона здоров'я – це сукупність заходів, засобів, суб'єктів та мети [3, с. 68]. Тобто, вона увібрала у собі політичний, економічний, соціальний, культурний, науковий, медичний, санітарно-гігієнічний та протиепідеміологічний характер і спрямована на збереження та зміцнення здоров'я кожної людини, а також надання своєчасної медичної допомоги при погіршенні стану здоров'я [4, с. 236].

Систему охорони здоров'я України та її політику в усіх сферах діяльності реалізує Кабінет Міністрів України, який відповідно до Конституції України ст. 113 являється вищим органом у системі органів виконавчої влади та є відповідальним перед Президентом України і Верховної Ради України.

Згідно статті 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я Кабінет Міністрів України розробляє та здійснює державні цільові програми, створює механізми з приводу економіки, права та організації діяльності в сфері охорони здоров'я. Також Кабінет Міністрів в межах своїх компетенцій, які покладені на органи виконавчої влади, забезпечує постійний розвиток мережі закладів охорони здоров'я, балансує міжнародним співробітництвом і також бере участь у міжурядових угодах.

За Кабінетом Міністерства України слідує гілка центральних органів виконавчої влади, куди входять міністерство, служби, агентства, інспекції, комітети та бюро [5]. Детальніше на рисунку 1.1:

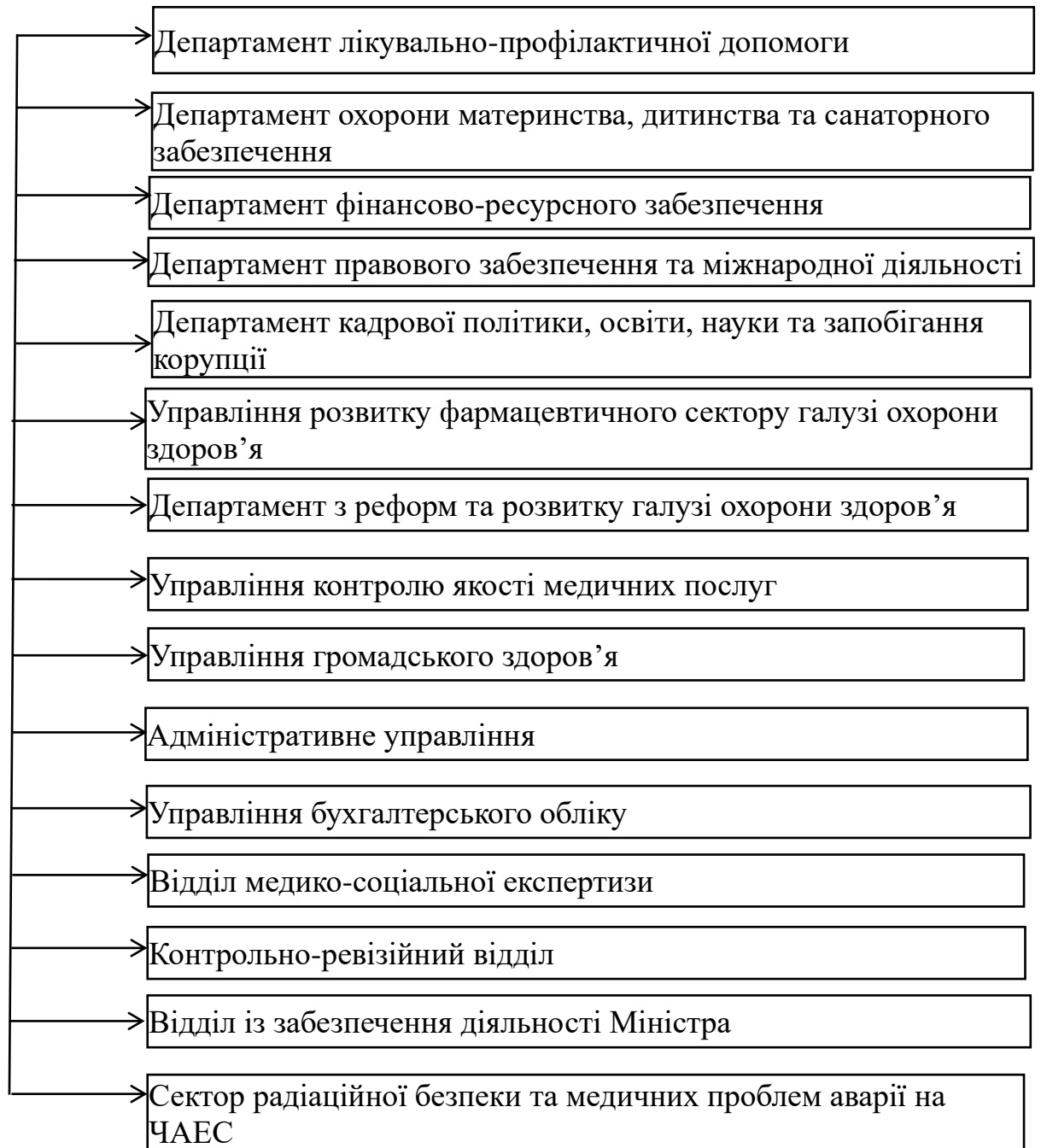


Рис. 1.1. Структура Міністерства охорони здоров'я України

Однією з центральних органів виконавчої влади є Національна служба здоров'я України, що має реалізацію державної політики у сферах державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [6]. Саме з 2017 року

система охорони здоров'я пережила низку реформ, що створювались для нової послуги орієнтованої на пацієнта [7].

Представниками спільних інтересів територіальних громад в селах, селищах, містах є органи місцевого значення, такі як місцеві, державні адміністрації за тими повноваженнями, що прописано у законі [8]. В цю структуру входять сільські, селищні і міські ради та їх виконавчі органи, а також районні і обласні ради.

Безпосередньо заклади охорони здоров'я, що є юридичними особами будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, які мають відповідну ліцензію та кваліфікованих медичних працівників, що надають медичну допомогу населенню [9]. Сюди входять і заклади санаторіїв та курортів України [10; 11].

Систему охорони здоров'я замикають громадські об'єднання, що займаються збереженням та відновленням фізіологічних та психологічних функцій, активності в соціумі та найбільш оптимальнішою працездатністю людини [12].

Варто відмітити, що заклади охорони здоров'я є окремими об'єктами публічного адміністрування на які направлена різноманітна діяльність, така як ціле-встановлення, організація та регуляція з боку суб'єктів адміністрування (державних органів, органів місцевого самоврядування, адміністрацій самих закладів).

До суб'єктів, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я, належать:

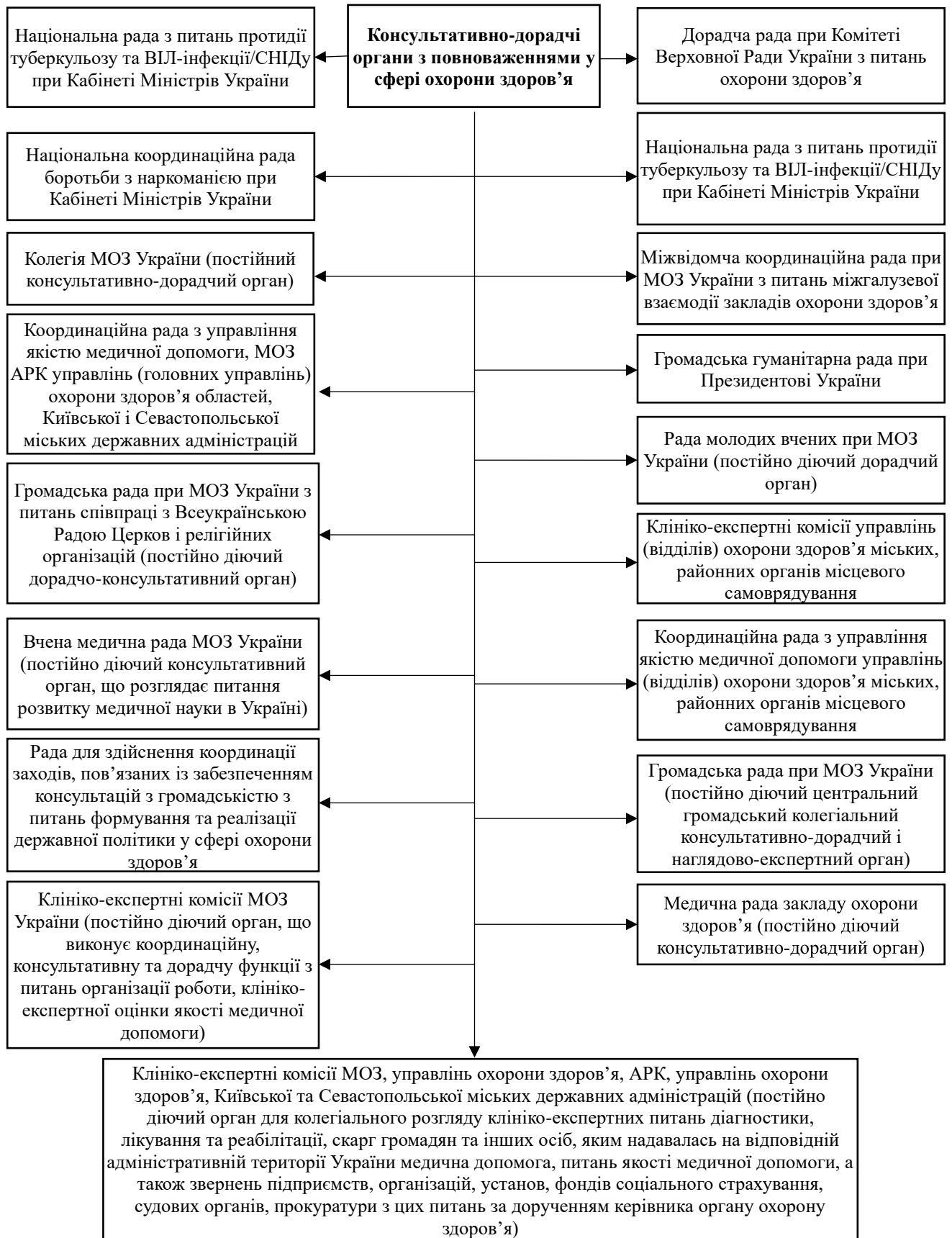


Рис. 1.2. Суб'єкти, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я

Прошу звернути увагу, що в схему входять тимчасово окупована АРК управління Севастопольської міської державної адміністрації. Але ми знаємо, що вони є невід'ємною частиною нашої суверенної незламної та незалежної України, тому чекаємо поки все стане на свої місця.

Таким чином, управління закладами охорони здоров'я здійснюється Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Медичний директор та керівники мають управляти закладами охорони здоров'я.

1.2. Фінансування закладів охорони здоров'я при напруженій ситуації в економіці країни

У часи повномасштабного вторгнення російської федерації та інтенсивні бойові дії, обстріли, що тривають з 24 лютого 2022 року існує чітке поняття того, що економіка України також страждає на фоні всіх цих подій. Але тим не менш, Міністерство фінансів України складають інформацію про виконання Державного бюджету за 2022-2024 роки, що буде розглянуто нижче.

Видатки державного бюджету збільшились з 27,4 % ВВП у 2021 до 54,9 % за 2022, це пов'язано з підвищенням фінансування оборонного сектору та безпеки.

Війна виснажила економіку країни в плані внутрішніх ресурсів, тому на допомогу прийшла зовнішня допомога від наших міжнародних партнерів, вони профінансували пріоритетні видатки нашої держави, а саме:

- пенсії та різні соціальні виплати;
- зарплати медичних працівників та вчителів;
- видатки на безпеку та оборону;
- фінансування охорони здоров'я та освіти;
- закупівлі необхідного обладнання та матеріалів для подальшої роботи

в різних сферах [13].

На сьогоднішній день всі галузі нашої країни зазнали втрат від воєнного конфлікту, не оминуло це і охорону здоров'я, загалом видатки бюджету продовжують рости і на 2023 картина фінансування знаходиться у межах граничного показника, затвердженого Законом України «Про Державний бюджет на 2023 рік».

Так, від 24 лютого 2023 були збільшені видатки Міністерству охорони здоров'я на 1,3 млрд грн на будівництво та удосконалення закладів охорони здоров'я. Лише за період першого півріччя 2023 було створено близько 10 проектів підземних лікарень для надання медичної допомоги. Охорона здоров'я залишається серед пріоритетних видатків Державного бюджету, на 2023 рік сума становила 176,1 млрд грн [14].

У 2024 році створено проект Закону України про Державний бюджет України на 2024. За січень травень 2023 – 2024 років видатки на охорону здоров'я становили 84,5 млрд грн, а в 2023 році ця сума становила 78,6 млрд грн. Прикінцеві положення та основні видатні можна буде прорахувати на кінець року, початок першого кварталу 2025 року [15].

Що ж, виходить так, Державний бюджет України та місцеві бюджети, фонди медичного страхування, благодійні фонди, а також будь-які джерела, що не заборонені законодавством і є безпосередньо фінансовою подушкою охорони здоров'я. Саме з коштів Державного бюджету та місцевих бюджетів забезпечується населенню України гарантований рівень медичної допомоги, інвестування державних цільових та місцевих програм охорони здоров'я та досліджень з питань фундаменталізація науки в цих питаннях [16].

Якщо з закладом укладено договори про медичне обслуговування населення то така медична допомога надається повністю безоплатно. Укладення таких договорів визначається законом.

Державний бюджет України фінансує більшу кількість закладів охорони здоров'я, які надають не тільки первинну, екстрену але і спеціалізовану медичну допомогу всьому населенню.

Станом на 1 вересня 2024 року в Україні за даними Національної служби здоров'я є 44 пакети первинної медичної допомоги, що надаються Програмою медичних гарантій, які мають погоджені специфікації та умови закупівлі, а такі напрямки, як:

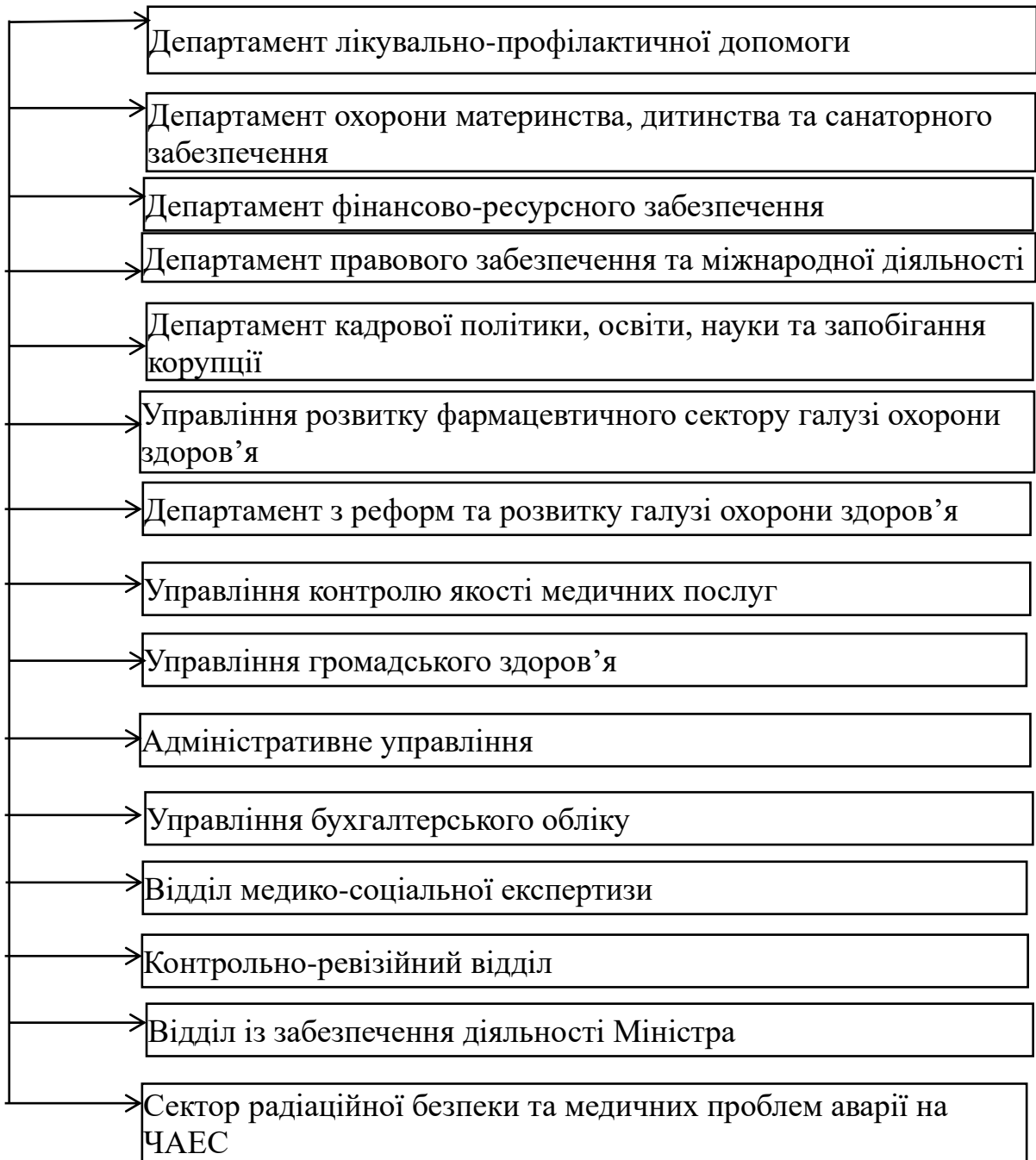


Рис. 1.3. Пакети первинної медичної допомоги, що надаються Програмою медичних гарантій

Програма медичних гарантій може бути використана закладом як державним, приватним, так і комунальним чи ФОП. Основною умовою є укладений договір з Національною службою України.

Для всіх однакові умови та тарифи оплати надання цих послуг, використання у роботі лікарських засобів та медичних виробів. Це все передбачено в Законі України [18].

Також урядом було ухвалено Порядок реалізації Програми медичних гарантій на 2024 постановою Кабінету Міністрів України [19].

Національна служба здоров'я України не фінансує послуги в медицині, окрім допомоги, що надана первинної медичною структурою, що не визначені договором.

В Україні все частіше люди звертаються за програмою Доступні ліки до своїх лікарів. Це програма створена Національною служби України, що частково або повністю покриває вартість препаратів, що входять до переліку. Майже 3,2 млрд грн заплановано на реімбурсацію лікарських засобів на 2024 рік.

Сюди входять ліки по таким напрямкам як:

- захворювання судин та серця;
- цукровий і нецукровий діабет;
- хвороби нижніх дихальних шляхів хронічної форми;
- розлади поведінки і психіки, а також епілепсія;
- хвороба Паркінсона;
- імуносупресивні препарати;
- знеболювальні для паліативних пацієнтів;
- тест-смужки для вимірювання цукру в крові.

Для того, щоб отримати препарат, треба звернутись до свого лікаря і він на основі скарг та анамнезу випише той чи інший препарат.

Національна служба України в регіоні може укласти договір лише з одним центром, який надає невідкладну допомогу та медицину катастроф комунальної власності. Такий тариф, рахується як глобальний, що базується на базі капітаційної ставки і становить 289 гривень на рік.

Вже також є специфікації та умови закупівлі, які надаватимуться за Програмою медичних гарантій у 2025 році, станом на 23.07.2024 рік йдеться про 18 пакетів медичної допомоги [20].

Навіть за умов воєнного стану в країні, система охорони здоров'я України працює як годинник. Робітники завжди вчасно отримують заробітну плату, населення міст та сіл – кваліфіковану медичну допомогу. Задля розвитку та отримання партнерської допомоги Україна постійно подає заявки на різні проекти та грантові програми, щоб одержувати допомогу від міжнародних компаній.

Спільно з Європейським Союзом та Програмою розвитку ООН (UNDP) в Україні у партнерстві з Міністерством охорони здоров'я України розподілили між 6 громадами автомобілі спеціалізованого характеру, це такі громади у містах:

1. Ніжина Чернігівської області;
2. Конотопа та Ромнів Сумської області;
3. м. Кам'янського Дніпропетровської області;
4. Миргорода Полтавської області;
5. Нова Водолаги Харківської області.

Це все завдяки проєкту «EU4Recovery» – розширення прав та можливостей громад в Україні. Дані автомобілі активно використовуються в межах договорів про надання паліативної допомоги та допомагають людям з обмеженими можливостями пересуватись до медичних закладів України [21].

Також ЮНІСЕФ передав 70 автомобілів для надання медико-соціальної допомоги вдома дітям від народження до трьох. Автомобілі отримали ті заклади, які мають програму «Турбота з народження вдома». Ця програма розрахована на прогресивні візити додому медичних працівників для покращення надання медико-соціальної допомоги батькам з дітьми від народження і до трьох років на первинній ланці.

65 центрів первинно-медико-санітарної допомоги України в 11 областях отримали сучасні автомобілі, що дозволить відвідувати без перешкод кожному сім'ю з новонародженими малятами [22].

Спільно з міжнародними донорами, зокрема Посольством України у Великій Британії, було передано 28 броньованих автомобілів швидкої медичної допомоги до прифронтових сіл. Це не перша така допомога, вже близько 280 автомобілів було передано для роботи в умовах підвищеної небезпеки лікарям з міст та сіл, що найбільше потерпають від обстрілів.

Також для медичних працівників передано 100 нових евакуаційних автомобілів швейцарською благодійною асоціацією «Free Ukraine».



Рис. 1.4. Дев'ять проектів в рамках Програми «EU4Health»

У березні, 2024 отримали дві мобільні гінекологічні клініки від урядів Швеції та Норвегії, що надаватимуть допомогу українкам у Херсонській та

Донецькій областях. В таких клініках можна зробити ультразвукове дослідження, гінекологічний огляд, тестування на Віл та інфекції. Клініки мають обладнання, щоб прийняти пологи у випадку необхідності, коли до закладу породілля не зможе дістатись.

Міністерство охорони здоров'я подало заявку на участь в 9 проєктах в рамках Програми «EU4Health» і отримало згоду на їх реалізацію, це такі проєкти як показано на рисунку 1.4.

Дана програма була впроваджена ще у 2019 році, коли почалась епідемія коронавірусної хвороби, як поклик на розв'язання довгострокових проблем в охороні здоров'я.

Сума загального бюджету згідно даної програми на 2021 – 2027 роки становить близько 5,3 мільярда євро [23].

Допомогти у розвитку важливих проєктів в охороні здоров'я візьметься американська гуманітарна організація Direct Relief [24].

Не варто забувати, що приватний бізнес, люди та сотні організацій в Україні також готові допомогти охороні здоров'я. Неймовірна підтримка з боку українського бізнесу відчувається всюди. Вже по обіді, після атаки на дитячу лікарню Охмадит 8 липня 2024, почали відкривати рахунки для збору коштів на відновлення. Тисячі людей допомагали розбирати завали та підносити необхідні речі. Навіть після обстрілів і можливих повторних атак заклади охорони здоров'я продовжують працювати.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ТА УСТАНОВ: УПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ

2.1. Аналіз роботи лікарень, незважаючи на постійні обстріли та вибухи

24 лютого о пів на четверту ранку перші російські військові диверсійно-розвідувальні групи почали проникати на територію нашої держави. Після цього почались масові атаки на луганському, сумському, харківському, чернігівському та житомирському напрямках. Було завдано велика кількість ракетних ударів по всій Україні. О сьомій ранку президент Володимир Зеленський виступив зі зверненням до українського народу. В Україні розпочато воєнний стан.

Всесвітня організація охорони здоров'я зафіксувала майже 1682 атаки на медичні заклади, станом на квітень 2024 року.

На окупованих територіях військами російською федерацією знаходиться щонайменше 235 медичних закладів та понад 20 бригад швидкої медичної допомоги.

Навіть перед війною рівень населення України скорочувався вдвічі, в основному, це відбувалось через низький рівень народжуванні та високий рівень смертності [25].

Основними причинами смерті в Україні являються неінфекційні захворювання - це шість із десяти з основних причин смерті, дев'ять з десяти – передчасної смерті та 84 % усіх річних смертей. На першому місці серед неінфекційних смертей займають серцево-судинні захворювання майже 60 % та злоякісні новоутворення – 10,5 % [26].

Україна має також високі показники за кількість років життя, що були втрачені через захворювання, інвалідність та смерть. Серед топових причин, що призвели до інвалідності є:

1. Ішемічна хвороба серця.
2. Інсульти.
3. Біль у попереку.
4. Цироз печінки
5. Самопошкодження [27].

При чому інсульти займають найвищий рейтинг по захворюваності. Це все пов'язано з тим, що на деяких територіях кваліфікованої допомоги немає та не надається в повному обсязі. Не можна і точно сказати всі цифри, так як території залишаються окупованими і підрахунок буде не точним.

Так чи інакше, деяка аналітична система в цьому є. І в той же час внутрішньопереміщені особи більше зміщуються до центру і заходу України, що також впливає на статистику.

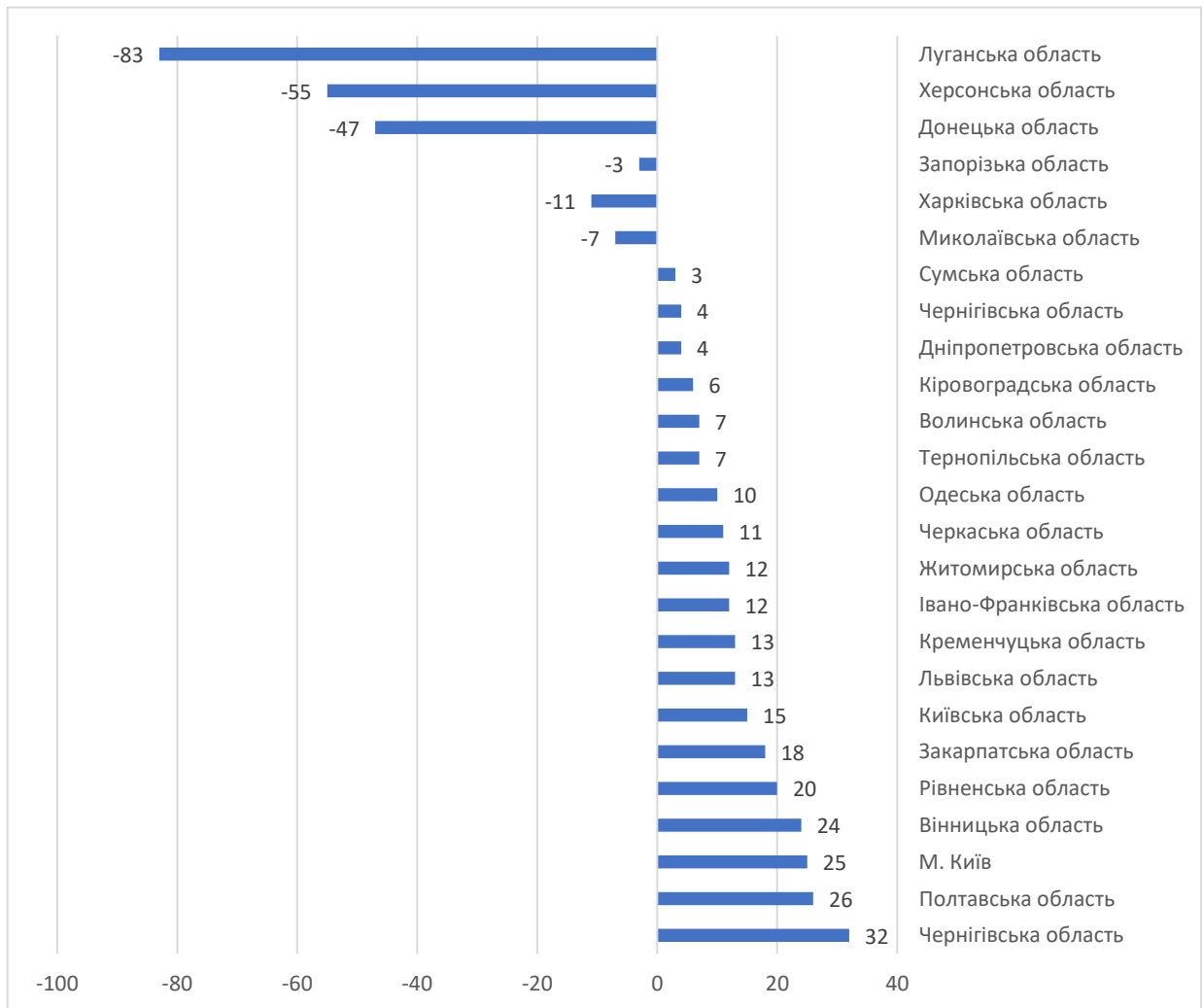


Рис. 2.1. Відсоткова зміна госпіталізацій з інсультом у 2021 – 2022 роках за регіонами

Інфаркт міокарда є ще одним із першорядних захворювань причини смерті та інвалідизації в Україні. У порівнянні з 2021 роком (39,3 тисяч) у 2022 році зросли госпіталізації до 42,8 тисяч. 2022 рік має зростання випадків інфаркту міокарда серед населення подекуди аж до 20 – 40 %. Пов’язано це, перш за все зі стресовою ситуацією, що відбувається у країні, неможливістю вчасно діагностувати та почати лікування захворювання, відсутністю спеціалістів по закладам охорони здоров’я в прифронтових селах та містах, несвоєчасність звернення за допомогою до лікаря. А в деяких містах та селах це відсутність лікарень, які надають екстрену медичну допомогу, в основному це території, що знаходяться під окупацією чи в прифронтових зонах.

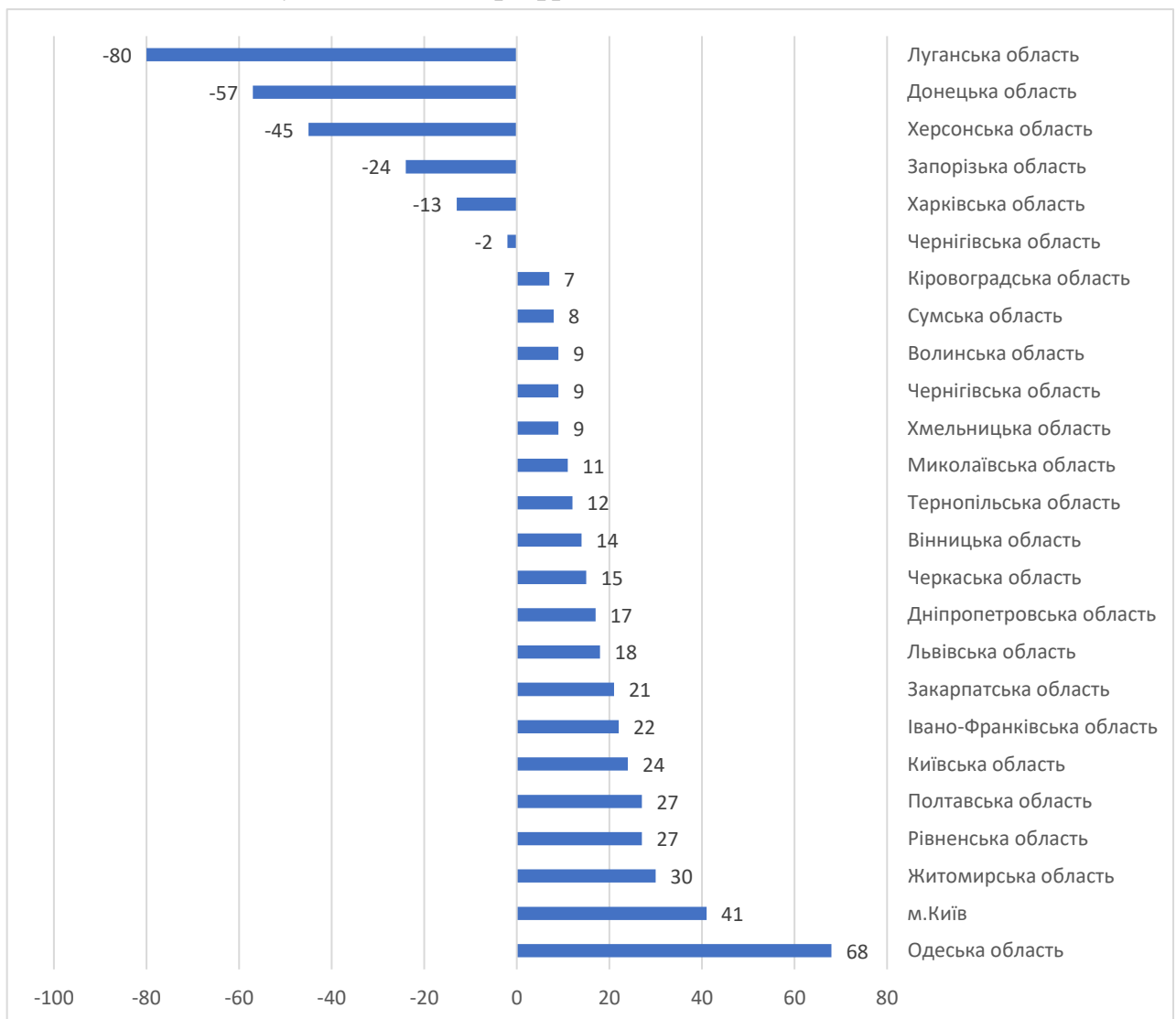


Рис. 2.2. Госпіталізації з інфарктом міокарда по регіонам за 2021 – 2022 роки

Відсутність світла, води, проблеми з постачанням продуктів, а саме порушення ланцюгів зберігання та доставки, холодна зима, велике скупчення

населення на одній території, катастрофа з підривом Каховської гідроелектростанції у 2023 році – призвело до зростання кількості інфекційних захворювань [28].

При цьому загальна кількість госпіталізованих зросла на 16,7 %, у порівняно з 2021 роком. Збільшилась також кількість госпіталізацій у регіонах, де найбільше зафіксовано внутрішньопереміщених осіб – Львівська, Закарпатська, Івано-Франківська, Волинська та Хмельницька області.

У 2019 році було проведено дослідження STEPS [29], яке виявило, що неінфекційні хвороби в Україні залежать від біологічних факторів ризику, такі як:

1. Вживання тютюну, що дуже швидко поширюється серед українців, 49 % у чоловіків і 14 % у жінок. Майже 33,9 % громадян у віці від 18 до 69 років є активними паліями.

2. Зловживання алкоголем серед населення є дуже поширеним явищем, так дві третини чоловіків і майже половина жінок, у дослідженні зізнались, що вживали алкоголь протягом останніх 30 днів. Вживання алкоголю серед підлітків теж на високому рівні, згідно нещодавніх досліджень [30].

3. Знехтуваннями правил здорового харчування та фізичної активності. Лише 33,6 % населення відповідає таким рекомендаціям Всесвітньої організації здоров'я.

4. Проблеми надмірної ваги в Україні у 2019 році побито всі країни Східної Європи та Центральної Азії це майже 59,0 %.

5. Артеріальна гіпертензія та проблеми з високим тиском спостерігаються у 34,8 % населення України. При чому цей показник майже однаковим, як серед жінок – 35,0 % так і серед чоловіків – 34,5 %.

6. Протягом свого життя кожен українець пережив хоч раз один психічний розлад. Проблеми з психічним здоров'ям є однією з найбільшим проблем сьогодення в Україні.

7. Забруднення повітря щороку забирає життя українців. При підрахунках у 2016 році, за даними Інституту оцінки та вимірювання показників здоров'я саме шкідливе повітря забрало близько 58 тисяч життів.

8. Антисанітарія, відсутність гігієни та небезпечне водопостачання є актуальною проблемою сьогодення в Україні. Особливо після підриву греблі Каховської гідроелектростанції, що сталося 6 червня 2023 року.

9. Серед молодих людей 15 – 24 роки найпоширенішою причиною смерті є дорожньо-транспортні пригоди [31].

Серед високих показників по Україні ми маємо також вищий рівень захворюваності на ВІЛ. Серед всього населення близько 240 000 людей живуть з ВІЛ [32]. Але Україна зробила значний прогрес у їхньому лікуванні, так, останні дослідження показали, що 73 % знали про свій статус, 83 % отримують антиретровірусну терапію і 94 % мають пригнічений вірус [33].

Однак і сюди війна внесла свої корективи, люди не мали доступу отримувати вчасно антиретровірусну терапію, тому їх лікування було під загрозою. За кількістю нових діагностованих інфекцій 2022 рік показав не найкращі результати у порівнянні з 2021, так у 2021 році було виявлено 15,3 тисячі, а у 2022 році всього 12,1 тисяч.

Україна серед усіх європейських країн посідає найвищі місця за показниками захворюваності на туберкульоз легень, особливо мультирезистентного [34]. Більш того в нашій країні протягом 2016 – 2020 років спостерігалась тенденція до зниження даного захворювання на 12,5 % [35].

Проте воєнний конфлікт загрожує знову приросту даного захворювання по Україні. Спостерігається тенденція зростання, якщо у 2021 році – рівень був від 48,7 випадків на 100 тисяч населення, то у 2022 він виріс до 58,8 випадків на 100 тисяч населення [36].

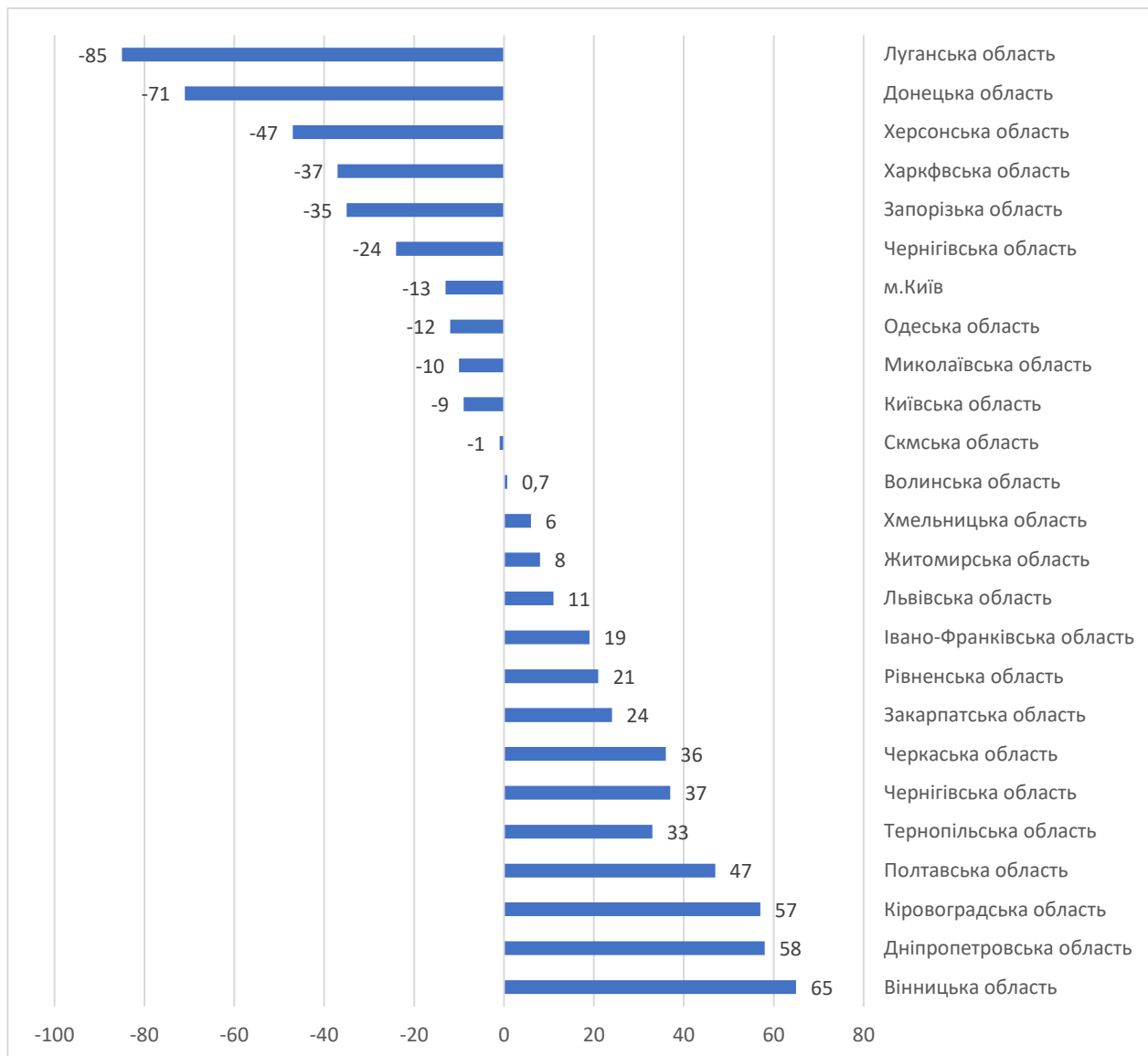


Рис. 2.3. Кількість вперше виявленого туберкульозу у 2022 році у порівнянні з 2021 роком

Серед населення, що залишилось в Україні відмічається низький рівень охоплення вакцинації, а це може призвести до спалаху таких хвороб, як поліомієліт, кору, дифтерії та інших вакцинокерованих інфекцій. Станом на кінець лютого 2022 року вже було виявлено 22 випадки поліомієліту [37].

Міністерство охорони здоров'я спільно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я запровадили кампанію імунізації проти поліомієліту [38].

Крім цього всього, на початку березня 2023 було зафіксовано два випадки кору [39]. Це також викликало сполох, адже останній раз епідемія в країні була з 2017 по 2020 рік.

Центром громадського здоров'я було повідомлено про низький рівень охоплення щеплення в 2022 році, у порівнянні з 2019, 2020 та 2021 роках.

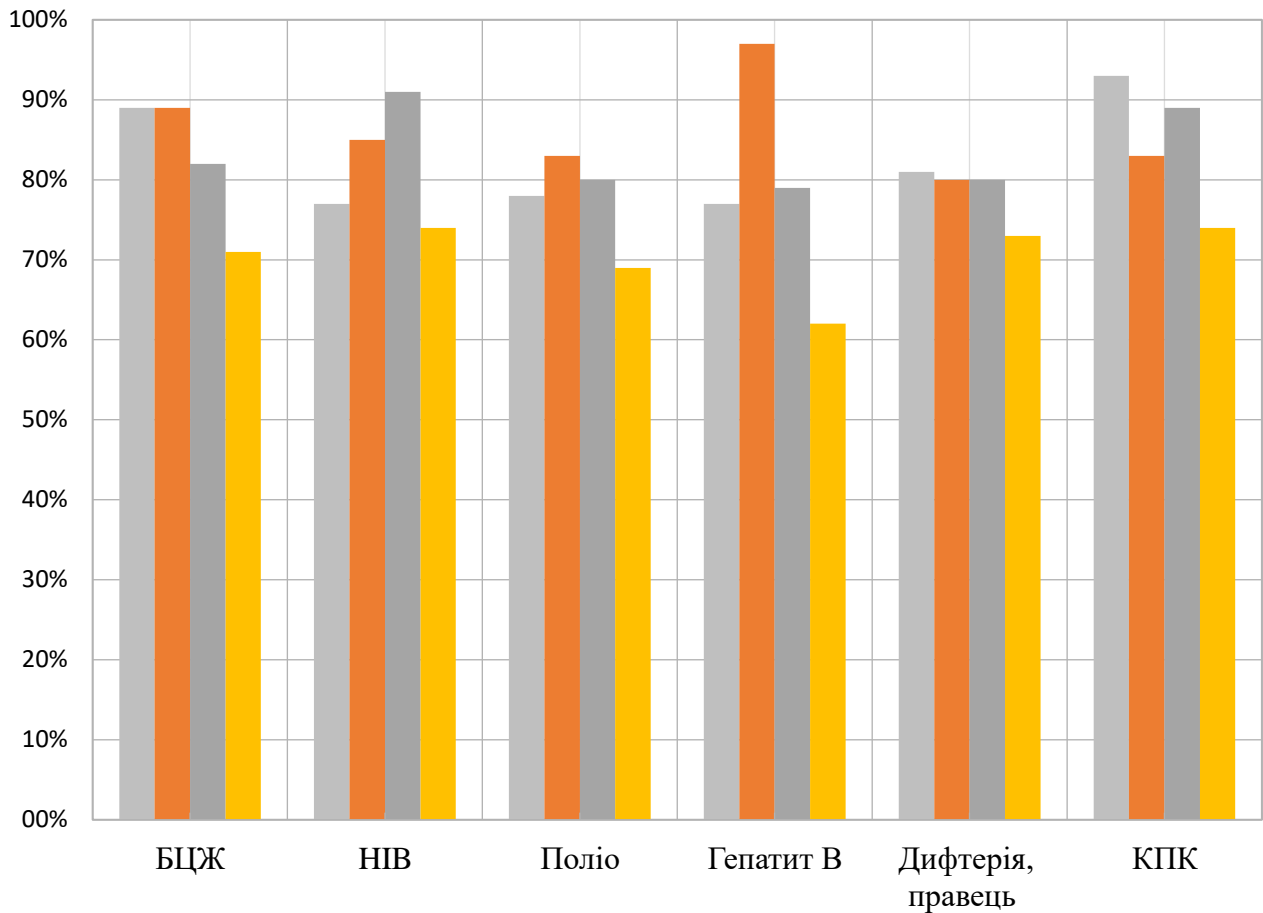


Рис. 2.4. Охоплення плановою вакцинацією дітей віком до одного року (2019 – 2022)

З початком пандемії COVID-19 старт вакцинації в Україні почався 24 лютого 2021 року. Всього за час кампанії проведено 27137674 щеплення [40].

Значна хвиля міграції вплинула не тільки на звичайних громадян, але й на медичних працівників. За даними Національної служби здоров'я України [41]. Загальна кількість медичних працівників скоротилась на 13,7 %. А це близько 89000 працівників за рік. Насправді, це дуже багато, адже виїхали спеціалісти вузького профілю, такі як нейрохірурги, анестезіологи дитячі, стоматологи, хірурги судинні, гематологи та багато інших, що вкрай необхідні саме зараз.

Також, Національна служба здоров'я України надає данні про те, що кількість працевлаштованих працівників зменшилась в більшості регіонів. Лише Полтавська область має збільшення медичних працівників на 3,3 %. Станом на

березень 2023 року відбулось різке скорочення персоналу на тимчасово окупованих територіях.

Хоча, як не дивно зростання міграції не призвело до збільшення лікарів чи медичних сестер та братів в інших областях, що свідчить про те, що фахівці змушені були виїхати за кордон. Це розглянуто на табл 2.1.

Таблиця 2.1

Зменшення кількості медичних працівників по Україні за 2022 – 2021 рік

Область	Всього, зменшилось на %	Лікарів зменшилось на %	Медичних сестер/братів зменшилось на %	Молодший медичний персонал зменшився на %
Луганська	68,3	67,2	68,4	73,2
Херсонська	32,6	34,8	33,6	28,1
Донецька	27,7	30,8	27,9	30,0
Львівська	24,2	26,6	22,5	28,1
Запорізька	22,6	19,3	24,1	25,2
Кіровоградська	18,6	16,2	18,2	21,5
Харківська	15,2	13,1	14,3	21,4
м. Київ	11,6	10,0	9,6	13,2
Дніпропетровська	11,3	7,6	10,3	14,0
Київська	11,2	9,8	11,5	15,7
Чернігівська	10,8	7,4	12,4	12,3
Вінницька	10,3	9,1	9,2	13,8
Черкаська	10,2	5,8	8,8	14,8
Івано-Франківська	9,8	8,5	9,6	10,2
Чернігівська	9,6	7,0	8,1	11,9
Рівненська	8,9	4,7	7,3	12,3
Волинська	8,4	6,4	11,0	10,6
Житомирська	8,2	5,6	8,0	9,6
Закарпатська	6,2	1,4	7,0	10,9
Одеська	6,0	5,7	8,8	9,0
Тернопільська	5,3	3,9	5,6	2,3
Миколаївська	4,9	9,4	5,7	4,4
Полтавська	4,9	3,3	4,1	7,7
Сумська	4,2	6,2	3,1	6,0
Хмельницька	4,0	1,1	3,0	7,3

Таким чином, Україна втратила та втрачає професіоналів з кожним роком все частіше. Прослідкувати можна завдяки поданим заявкам на роботу, так наприклад до Польщі 3383 лікарів направили свої заявки на роботу, із них 2369 мали успіх. Так само за лікарями 1591 медичних сестер та лікарів гінекологів подали свої заявки і 1067 отримали позитивну відповідь [42].

У зв'язку з падінням ВВП та високою інфляцією знизилось і фінансування аптечних мереж, а цим самим викликало зниження доступності медичних послуг, таких як ліки, медичні засоби та багато інших. Особливо гостро проблема постала на тимчасово окупованих територіях, там знизилось постачання ліків, що потребує частина населення [43].

Аналіз опитування Всесвітньої організації здоров'я показав, що кожен п'ятий не зміг купити собі ліки, які він вживає щоденно [44].

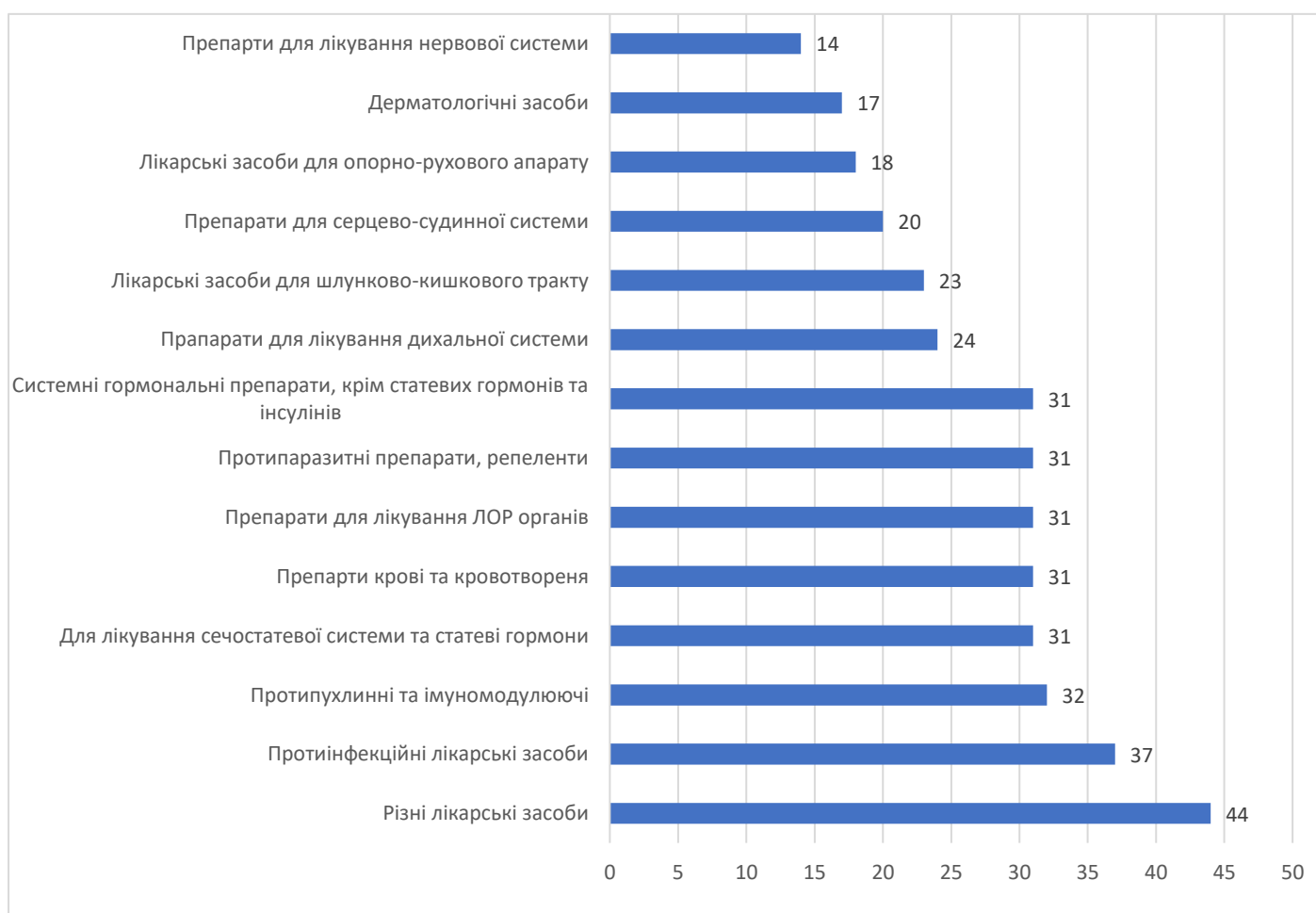


Рис. 2.5. Зменшення продажів лікарських препаратів

Важливим досягненням в системі охорони здоров'я є співпраця Міністерства охорони здоров'я, Єврокомісії та Всесвітньої організації охорони здоров'я з приводу евакуаційних рейсів на лікування за кордон. Станом на лютий 2024 року, евакуйовано близько 4442 українців, які потребували протезування, лікування з приводу мінно-вибухових травм та онкологічні пацієнти з довготривалим періодом перебування у закладах медичної допомоги.

2.2. Медичні госпіталі просто неба, надважкий труд медиків фронту

Воєнним злочином, ще з 1949 року є порушення прав та захисту медичного персоналу, зокрема атака скерована на медичний персонал чи евакуаційний транспорт, а також перешкоджання роботі персоналу, це все карається законом. Про це описано в Женевській Конвенції захисту жертв міжнародних збройних конфліктів [45]. Таким чином, наші бойові медики або медичний персонал воєнного часу захищені, але чи так це?

Зараз ми помічаємо, що російська федерація не дотримується жодної конвенції прав людини, вона порушує всі закони. І проти цього має встати весь світ.

Якісна та вчасно надана допомога постраждалим під час воєнних дій в Україні – це запорука збереження життя. Особливо це поранення на полі бою, де дорогоцінні хвилини порятунку коштують життя. Поранених бійців рятують бойові медики, а згодом направляють у госпіталь.

Одним із головних військових клінічних госпіталів є Київський військовий госпіталь. З 2015 року Центр функціонує як Національний медичний заклад. І є надпотужним форпостом вітчизняної військової медицини.

Даний госпіталь надає медичну допомогу тим пацієнтам, які вважаються найтяжчими, у тому числі, яких евакуювали з різних куточків країни. Госпіталь приймає абсолютно всі випадки поранення, контузій, переломів, травм та хворих з різними захворюваннями.

А евакуація до такого госпіталю відбувається евакуаційними потягами, спільно з Укрзалізницею. Такі потяги оснащені спеціальними ліжками та необхідним медичним обладнанням, що допомагає перевозити поранених на далекі відстані. У потягах є і реанімація і анестезіологія, найвищого рівня для найтяжчих пацієнтів. Кожен вагон має спеціальні місця для важких і вкрай тяжких пацієнтів. Разом з пораненими пацієнтами в потягах пересуваються медичний персонал, який контролює стан хворого протягом всієї дороги.

Такі рейси здійснюються з передової у госпіталі. Цей транспорт рахується номер один для евакуації поранених з передових позицій. Менше використовують гелікоптери, з точки зору безпеки. Та і пересування потягами вважається зручним та надійним перевезенням у нас в Україні. Зараз наше небо не є безпечним для переміщення.

Національний Військово-медичний клінічний центр тісно працює з такими медичними закладами:

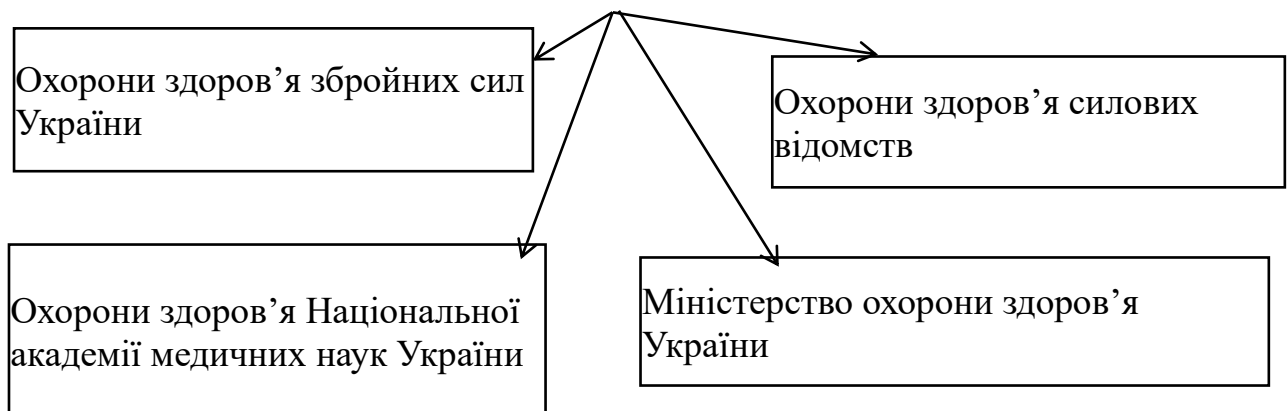


Рис. 2.6. Співпраця Національного Військово-медичного клінічного центру з медичними закладами

Ця співпраця допомагає військовослужбовцям покращити якість надання допомоги, шляхом лікування супутніх захворювань. Також на базах присутні військово-лікарські комісії, консультація із суміжними спеціалістами. А також можливість лікування за кордоном.

Високоякісну допомогу пораненим бійцям надають суміжні структури та керівники закладів. У таблиці 2.2 наведено кількість пролікованих поранених:

**Кількість пролікованих поранених бійців та хворих у медичних закладах
Національної академії медичних наук України з 24 лютого 2022 року**

Найменування закладу та профілізація ліжок	Кількість пролікованих пацієнтів, %
Державна установа «Інститут травматології та ортопедії» (травми кисті, кінцівок, таза, мінно-вибухові травми)	34
Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійчека» (акубаротравми, поранення ЛОР-органів)	18,1
Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова» (вогнепальні поранення головного мозку та черепа, хребта та спинного мозку, периферичних нервів)	10,8
Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини» (загальний терапевтичний профіль ,післяопераційна реабілітація та легкого ступеня поранення та травми)	10,3
Державна установа «Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва» (проходження реабілітації після основного лікування)	7,1
Державна установа «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова» (при загостренні хронічної патології серцево-судинних захворювань, нервової та дихальної систем, COVID-19, легка бойова травма без хірургічного профілю)	2,3
Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» (торако-абдомінальна травма, ураження судин)	6,5
Державна установа «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова» (кардіохірургія)	5,7
Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського» (пневмоторакс, ексудативний плеврит, туберкульоз легень)	4,1
Державна установа «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка» (Цукровий діабет I та II типу, тиреотоксикоз, надниркова недостатність)	1,1
Разом	100

Медичні заклади міста Києва також беруть безпосередню участь у лікуванні військових. Найбільші показники госпіталізації спостерігаються у Олександрівській клінічній лікарні та Київській міській клінічній лікарні № 8.

За тяжкістю госпіталізації госпіталізації діляться:

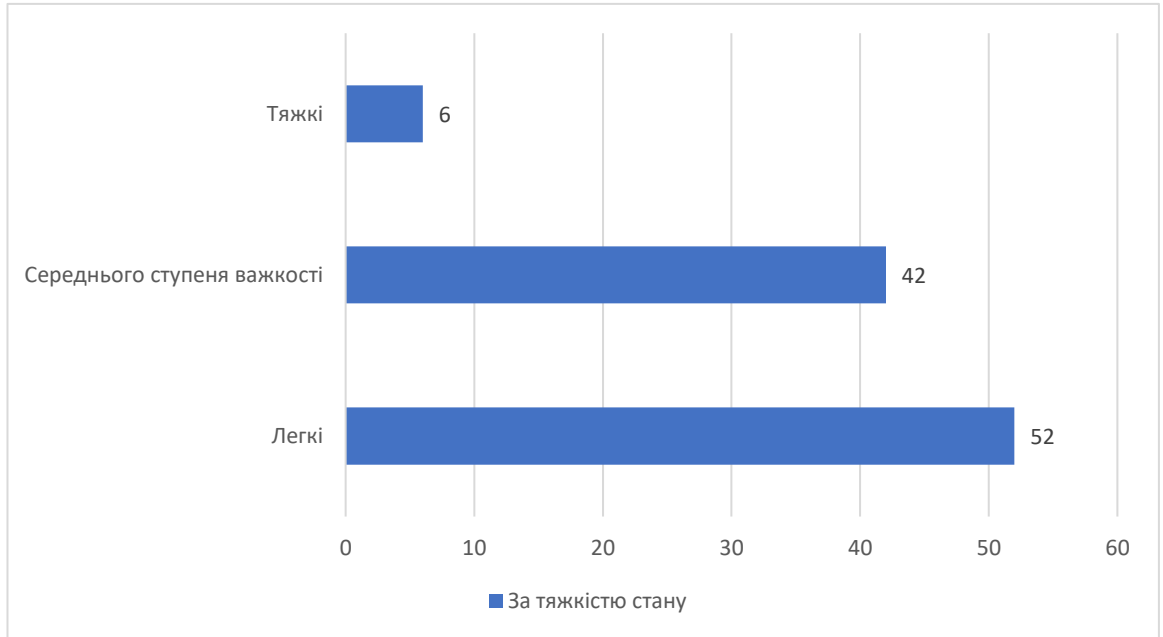


Рис. 2.7. Структура госпіталізації пацієнтів

За категоріями госпіталізації розподіляються:

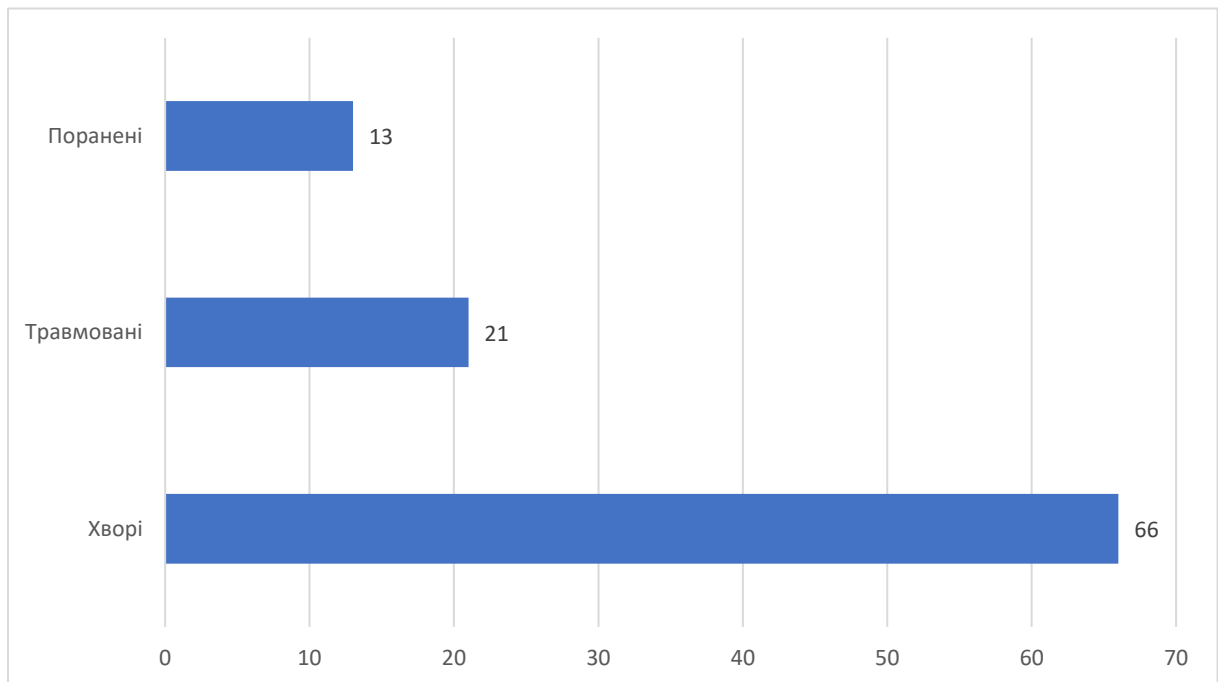


Рис. 2.8. Структура госпіталізації за категоріями

Медична статистика госпіталю надає наступні дані з приводу локалізації травмувань госпіталізованих:

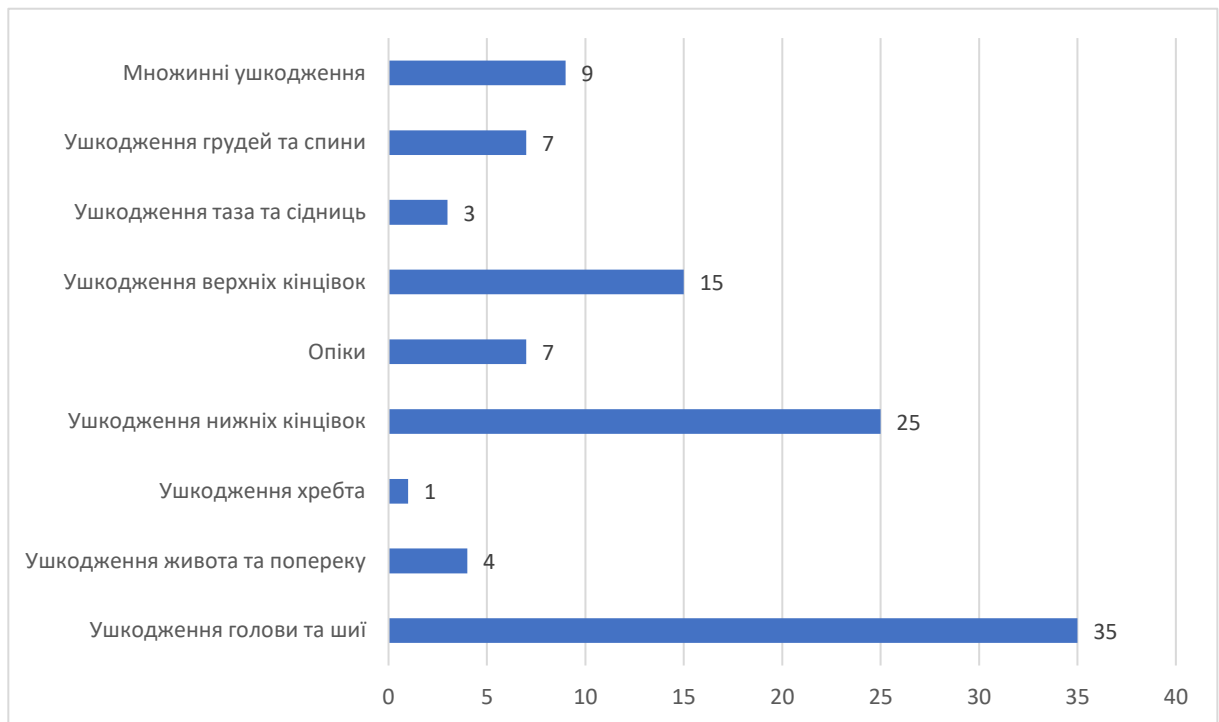


Рис. 2.9. Локалізація поранень пацієнтів, які потрапляють у госпіталь

Станом на 31 травня 2023 року постійно надається профільна допомога пораним бійцям, і вже близько 65,6 % з них повністю відновлено. Забезпечено проходження військово-лікарської комісії – 14 % пацієнтів, проходять відновне лікування – 5 %, показник летальності склав – 0,4 %.

Найпоширенішою скаргою всіх пораних військовослужбовців є біль. З ним приходять і нагадування за війну та поранення, що дає підґрунтя для розвитку розладів психічного характеру. При порівнянні 2014 – 2021 та 2022, то методика лікування пацієнтів з даними проблемами покращилась.

Не варто оминати і гемодіаліз у таких пораних. Проведено близько 800 сеансів. Найчастіше, серед таких пацієнтів, яким встановили діагноз гостра ниркова недостатність III ступеня, були пацієнти з масивними мінно-вибуховими травмами – 44 %, компартмент-синдромом – 17,8 %, синдромом позиційного стиснення – 7,1 %, синдромом тривалого стиснення – 10,7 %, турнікетний синдром – 9,5 %, ушемічні ураження – 5,9 %, іншого генезу – 5 %.

Значних досягнень було зроблено з хворими при використанні 3D-моделюванні та ПК-технології в хірургії та травматології – активно використовуючи дані технології для заміщення масивних дефектів.

Лікування та реабілітація поранених проходить в різних країнах за кордоном, таких як США, Німеччині, Польщі, Норвегії, Латвії, Франції та інших.

На сьогоднішній день Національний військово-медичний клінічний центру «Головний військовий клінічний госпіталь» є провідним закладом для надання допомоги пораненим військовослужбовцям [46].

А ось перший польовий госпіталь було відкрито на українсько-польському кордоні, персонал якого налічував 65 працівників Ізраїлю, серед них – медичні працівники, парамедики, логісти та менеджери, це було ще у березні 2022 року. Через невеликий проміжок часу створено польовий шпиталь, де функціонували такі відділення:

1. Операційний блок.
2. Відділення реанімації.
3. Відділення інтенсивної терапії.
4. Рентгенологічна діагностика.
5. Апарати ультразвукової діагностики.
6. Банк крові та лабораторія.
7. Кисневий концентратор.

В першу чергу такі госпіталі забезпечували лікування та реабілітацію поранених військових та вимушених переселенців, які не мали доступу до медичних закладів.

Завдяки таким госпіталям система охорони здоров'я розвантажила заклади, де надавали медичну допомогу потерпілим, що були вивезені з фронту.

Війна змусила всіх нас діяти швидко та з холодною головою думати про те, що відбувається навколо. Так і на лінії зіткнення бойових медиків та противником. У них за плечима рюкзак, який важить від 25 до 35 кілограмів, там є все, що необхідно для того аби врятувати життя. Це операційна за спиною, адже там все необхідне для того, щоб надати першу допомогу. До лікарні їхати далеко

або неможливо - це розбиті вщент дороги, заміновані траси та постійні обстріли. Треба діяти негайно. Тому надання першої медичної допомоги відбувається у більш безпечному місці чи у госпіталі просто неба. В таких умовах працюють медики спеціальної операції «Альфа», спецпризначенці, що є засекреченим об'єктом на момент написання дипломної роботи.

Під розривами снаряд, під вогнем, артобстрілами в нереальних умовах працюють медики фронту. «Янголи Центру спеціальних операцій» команди Альфа Служби Безпеки України, так називають хлопців та дівчат, що рятують життя сотні військовослужбовців на лінії зіткнення ворога. Розгортання операційної чи реанімації відбувається там, де є хоч якісь умови. Це підвали, будівля з трьох стін, сараї, якесь укріплення чи бліндаж, де більш менш безпечно. Все необхідне обладнання завжди з собою. За 20 хвилин вони готують місце до складної операції.

Відпрацювання навичок відбувається вже на фронті, як на уявних пацієнтах, так і справжніх. Цих людей навчають не лише надавати першу медичну допомогу, але і навичкам самооборони, технічним навичкам, вони вчать місцевість, вивчають снаряди та проходять бойову підготовку.

Коли потрібно зробити операцію – медики діють з тим набором інструментів, який є в рюкзаках. Це ліхтарі налобні, знеболення, запаси крові, що є. Команда загалом складається з хірурга, анестезіолога та лікаря. Це найкращі з кращих, які своїми злагодженими діями рятують наших хлопців з того світу. Вони не залишають нікого помирати, рятують всіх – їхня головна місія.

Після того, як медики надали першу медичну допомогу, поранених відправляють далі по госпіталям. При цьому вони проходять сортування, в залежності від травмування чи стану, вже далі йде перерозподіл. Кого евакуаційним потягом відправляють далі на лікування, кого у госпіталь доліковуватись. Адже поранений стабілізований та його життя нічого не загрожує. Вивезення з зони обстрілу відбувається саме тими медиками, що і надають допомогу.

Пересування таких медиків відбувається засекречено, ворог не має знати переміщення та місце знаходження. Головною задачею «Янголів Центру спеціальних операцій» є не тільки врятувати людину, але й не викрити себе. У них спеціальні маршрути для переміщення, спілкуються виключно за позивними. Хто носить бойову форму та рятує сотні життів в нереальних умовах ми дізнаємось вже після закінчення війни [47].

Не варто забувати і про медичних працівників, які разом зі спеціальними підрозділами чи бригадами виїжджають на завдання. Це ті люди, які надають першу медичну допомогу просто неба, головною задачею також є покинути поле бою в безпечне місце та надати допомогу. Тут немає правила на помилку, лише практичні навички та холодний розум.

240 чоловік на добу – найбільша кількість людей, що проходило через пункт Бахмут. Це не просто поранення, це проникаючі рани та відсутні кінцівки, це травми несумісні з життям, це «місиво з вен та артерій». В таких умовах надається допомога в госпіталях просто неба, серед вибухів та прильотів. Це операція, яка не має припинитися через обстріл, бо на столі людина, яка от тут загине, якщо не дошити цю рану до кінця. Так працюють медики фронту. Надважкий труд, але вони «Янголи в білих халатах», вони-герої.

За кожним позивним, за кожним іменем – ціла історія, цілий список врятованих життів. В них немає часу думати – вони мають діяти. Але головне правило все ж залишається непохитним – спочатку переконайся, що надаючи допомогу тобі нічого не загрожує. Хоча наші медики часто нехтують цим правилом, рятуючи життя на фронті. Але це їх свідомий вибір, врятувати чим більше життів наших хлопців.

2.3. Розрахункові цифри та аналітика подальшої ситуації роботи закладів охорони здоров'я

Доступна та орієнтована на людину первинна медична допомога – це пріоритет, який має бути при охопленні послугами охорони здоров'я. Однак, в

Україні існує така система, що містить прогалини в первинній допомозі, а містить більший акцент на спеціалізованій медичній допомозі. Лише з 2017 року у населення з'явилися сімейні лікарі, з якими вони почали підписувати декларації і тому почалась ера змін, яка триває і до цього часу.

Відновлення та посилення первинної медичної допомоги як пріоритетного напрямку, почалось запровадженням закупівель медичних послуг автономізованих надавачів послуг через Національну службу здоров'я України. Відповідного прогресу вдалось досягти шляхом укладання договорів первинної медичної допомоги та встановлення стандартів.

Вже на кінець 2021 року більше 33 мільйони жителів мали декларацію з сімейним лікарем, це дозволило використовувати послуги у повному обсязі та рухатись далі. На зараз Національна служба здоров'я України уклала договори з 2,1 тисячами закладами по всій Україні, серед них – 1254 комунальні та 259 приватні заклади, а також з фізичними особами підприємцями (ФОП) – 577. При цьому оплата є чіткою – встановлено уніфіковані ставки або тарифи для надавачів.

Незмінним при цьому залишається спектр послуг первинної медичної допомоги, незважаючи на впровадження змін у фінансуванні та збільшенні витрат у бюджеті охорони здоров'я.

Але на прийомах у сімейних лікарів є проблематично те, що він сидить не один, а з медичною сестрою, що заважає забезпеченню конфіденційності. Але частково це відбулось на первинній ланці при наданні послуг у пацієнтів з ВІЛ інфекцією та туберкульозом або з психічними розладами. Для цього були розроблені окремі кабінети, де приймають без направлень та зашифрованими діагнозами.

Пацієнти, що користуються послугами спеціалізованої медичної допомоги або вторинної лаки скаржаться на те, що не всі спеціалісти виконують свою роботу. Немає високотехнологічних методів діагностики, наприклад, у того самого офтальмолога, що має детально вивчати очне дно чи отоларинголога у якого має бути ендоскоп. І, на жаль, цю нішу активно займає приватний сектор

без договорів Національної служби здоров'я України, а це витрата коштів пацієнтами на лікування і діагностику. Хоча б вони могли спокійно це пройти в державній поліклініці безкоштовно. Іноді у деяких містах приватні клініки є єдиним місцем, де пацієнти можуть отримати висококваліфіковану допомогу за невеликі кошти.

До того ж, спостерігається серед спеціалістів така практика, що вони працюють у державному секторі та приватному, переманюючи пацієнтів на бік останнього. Цим самим заробляючи більше коштів. Тому відсутність інтегрованої системи електронної медичної системи, ведення її обліку та контролю за послугами, що надаються на вторинній ланці, не дозволяє зараз оцінювати ефективність та якість послуг, а ще створює умови для надлишкової пропозиції, яка перешкоджає пацієнтам отримувати доступні послуги на лікування.

В Україні спостерігається велика кількість лікарень з госпіталізацією пацієнтів, тобто стаціонарів, у порівнянні з Європейським регіоном (наприклад, на 100 000 населення Україна має 4,2 лікарні, 2,3 – Естонія, 2,8 – Польща та 2,9 Велика Британія). При чому лікарні України є застарілі та не користуються сучасними технологіями, і зафіксовано, що мають низький потенціал для надання невідкладної допомоги при інсультах, інфарктах та політравмах. Є лише деякі лікарні у великих містах, які можуть надати кваліфіковану допомогу на місці. При чому багато послуг у лікарнях України мають надаватися в умовах первинної медичної допомоги, амбулаторних спеціалізованих лікарнях, в закладах одноденного перебування, або поза системою охорони здоров'я.

Часто лікарні утримують занадто велику кількість ліжок стаціонарних хворих чи медичний персонал. На 100 000 населення співвідношення лікарняних ліжок та медичного персоналу на 30 % вище, у порівнянні з іншими країнами. Госпіталізацій також набагато більше на 100 000 населення Україна госпіталізує 18,9, Естонія – 15,6, Швеція – 12,9, Велика Британія – 12,4. Зареєстровано також триваліший час стаціонарного перебування одного пацієнта – 11,2 дня в Україні, 7,3 дні в Польщі, 7 та в Естонії і 7 днів у Великій Британії. Статистика показує,

що лише 24 % випадки госпіталізацій супроводжувались хірургічним втручанням, у порівнянні з іншими країнами – 70 %. І з тих випадків госпіталізацій – 30 % можна було б лікувати амбулаторно.

При всіх цих обставинах в Україні залишаються працювати відомчі системи охорони здоров'я, які посилюють фрагментарність медичних послуг для населення, диспропорціонують у фінансуванні послуг та порушують принципи справедливості при отриманні послуг громадянами.

Заслужують особливої уваги на даний момент окремі послуги охорони здоров'я, які до цього час не розвивались в Україні, або не відповідали сучасним умовам. Наприклад почалось реформування та розвиток охорони психічного здоров'я – лікарі сімейної медицини та медичні сестри почали проходити курси по наданню допомоги та вирішенню питань. Також частково увійшла в життя людей паліативна допомога, Національна служба здоров'я України активно пропонує пакети на надання такої допомоги з закладами та дозволяє їм розвивати дану галузь при заключенні даної пропозиції. Не менш важливою стала побудова реабілітаційних центрів по всій Україні та вивчення персоналу доглядати за хворими після поранення. І ці всі послуги знайшли своє відображення в законодавстві і в документах, а ось такий вид допомоги як довготривалий догляд та лікування (Long-term care) взагалі відсутній в документації та законах України.

Впровадження етапів реформування охорони здоров'я почало приносити свої результати. Так, система реімбурсації лікарських засобів на момент 2021 року залучила до себе 11552 аптеки, 90 виробників лікарських засобів. І вже на момент 2021 вже відшкодовано понад 2,8 млрд грн державою, виписано близько 36,7 мільйона електронних рецептів. На кінець 2021 року до програми внесено 354 лікарських засобів, а на момент 12 лютого 2024 – 421 лікарських засобів і 68 видів інсулінів. Також сюди додано тест-смужки для глюкометра, які можна отримати за допомогою електронного рецепта, що створює ендокринолог [48].

Державна програма «Медичні закупівлі України», створена у жовтні 2018 року, посприяла вдосконаленню процесу закупівлі та зменшенню витрат на лікарські засоби. Це дозволило зекономити бюджетні кошти майже 4,5 млрд грн,

а також своєчасно постачати ліки у різні куточки України, при цьому всі співробітники тримають принцип нульової толерантності до корупції.

Скасування Державної санітарно-епідеміологічної служби призвело до того, що її обов'язки були розподілені між різними інституціями, кожна з яких взяла на себе різні функції. Так, наприклад Центр Громадського Здоров'я почав відповідати за основні функції громадського здоров'я, що відповідають міжнародно прийнятим моделям національних інститутів. Серед служб, що відповідають за держаний нагляд у відповідних сферах діяльності можна відмітити – Державну службу України з питань безпечності продуктів харчування та споживчого захисту, а також Державну службу України з питань праці. Таким чином, відповідним рішенням відмічається значний прогрес у трансформації систем громадського здоров'я на всіх рівнях, так об'єдналися деякі напрямки лікування і створили єдину систему (лікування ВІЛ та туберкульозу). За останні роки відмічається покращення охоплення профілактичного щеплення серед населення, покращення доступу до замісної підтримувальної терапії та покращений епіднадгляд.

Однак залишається проблема з організацією систем Громадського здоров'я на обласному та місцевому рівнях. Обласні центри, що мали створитись на базі обласних адміністрацій так і не були реалізовані через брак потенціалу та компетенцій, а також важливу ролі зіграло фінансування для переходу цих організацій. Колишня мережа санітарно-епідеміологічної служби вміщувала в собі регіональні лабораторні центри, які підпорядковувались безпосередньо Міністерству охорони здоров'я, після такого реформування стала виконувати функції громадського здоров'я, що створювало кілька паралельних систем. І це було дуже незручно і незрозуміло, як далі буде працювати така система устаткування регіональних відділів.

Недостатньо були скоординовані також міжгалузеві та міжвідомчі дії у секторі охорони здоров'я. Адже первинною профілактикою захворюваності та смертністю серед населення мають займатись різні сектори та рівні управління, для того, щоб вплинути на соціальні детермінанти здоров'я й управління

поведінковими факторами ризику. Сюди увійшли харчування населення, активність фізичного характеру, активний чи пасивний спосіб життя а також шкідливі звички. Безпосередньо все це потребує аналізу, моніторингу та подальшої інтенсифікації реалізації.

В системі охорони здоров'я існує проблема з кадровими ресурсами, їхня підготовка має чимало проблем. На місцях відсутня методологія оцінки потреб у кадрах, так при розподіленні на місця роботи не має доступності галузі, кількість студентів визначає університет, а не самі підприємства. Це відбувається щорічно і таким чином, не має нормованого розподілу за лікарнями.

Саме навчання в університетах має несучасні та нерелевантні змісти, відсутні сучасні та потужні центри навчання, такі як симуляційні центри для відпрацювання навичок. На жаль, відбувається процвітання корупції в медичних університетах, із за недостатності фінансування та браку академічної чесності. При чому корупційні схеми присутні на всіх етапах навчання це спостерігається як при вивченні молодшого персоналу, так і аспірантів чи докторів наук.

Медичні сестри та брати не мають достатнього опанування практичних навичок під час практики, це характеризується відсутністю тренінгів, коротким часом практичної підготовки.

Спостерігається ізольованість української освіти та науки у сфері охорони здоров'я, це все спричинене військовим конфліктом. Так як війна заморозила фінансування наукових досліджень, можливість розвивати дану сферу в кращу сторону.

В Україні посилюється дисбаланс медичних працівників за спеціальностями. Наприклад, лікарі акушер-гінекологи на 1000 жіночого населення суттєво більша, ніж в європейських країнах – 31,6 проти 12,38 у Польщі та 21,16 у Литві. А ось, наприклад нейрохірурги, кардіологи, реабілітологи, дитячі психіатри, кардіоревматологи – у нас в дефіциті.

На рівнях громади залучено дуже мало працівників охорони здоров'я для організації медичного обслуговування. Так, в селах недостатньо кваліфікованих спеціалістів, адже на місцях до цих пір працюють фельдшера чи медичні сестри,

лікар приїздить до населення в окремі дні. При захворюванні чи невідкладній допомозі треба їхати в інше село чи навіть місто. А зараз враховуючи воєнний стан, не так просто. Люди просто не мають допомоги.

На малюнку 1 оголошення, що роздавалась у одній з громад, під час війни. Такі листівки отримували люди, одного з населених пунктів, який знаходиться у зоні бойових дій та не мають свого лікаря.

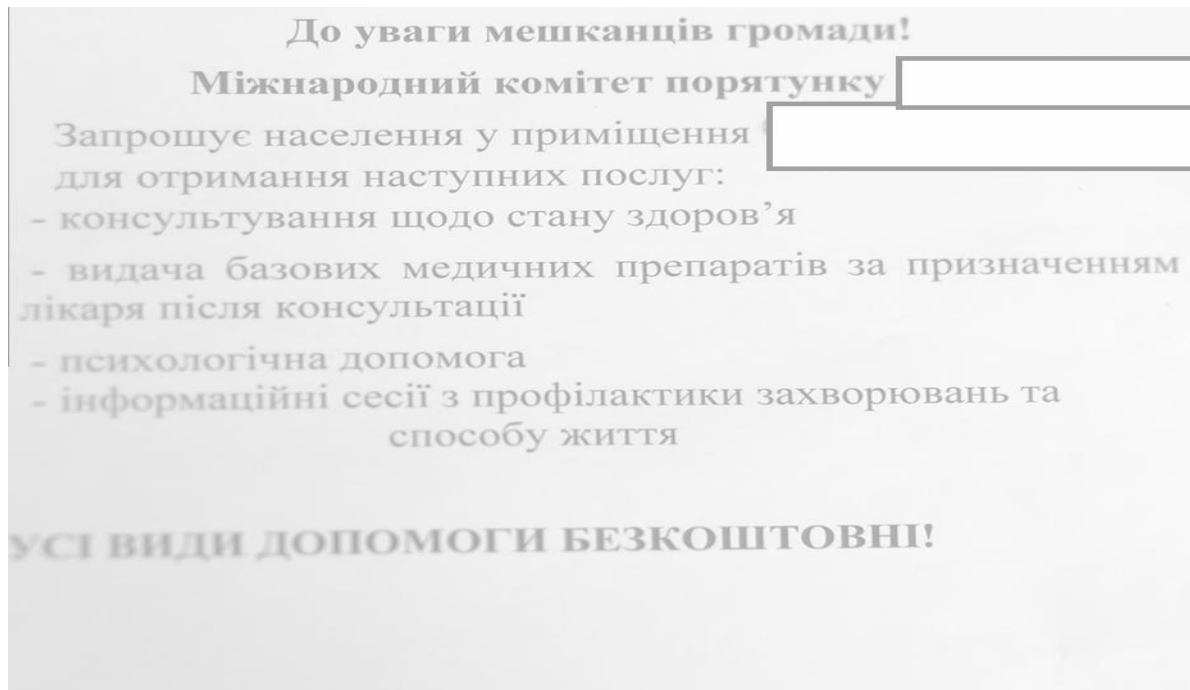


Рис. 2.10. Оголошення про консультування лікарів в одному з населених пунктів

Не враховуються і гендерні аспекти надання допомоги, дуже важко сприйняти той факт, що всі лікарі – приділяють достатньої уваги до особливостей пацієнтів різних статей. Такі стереотипи засвоюються ще у період навчання і мають перешкоди для професійної реалізації медичних працівників, у першу чергу жінок.

Впровадження та розбудова сучасної електронної системи охорони здоров'я сприяло розгортанню відповідних процесів реформи, які передбачають використання у своїй роботі централізованої бази даних. Постановою Кабінетів Міністрів від 25 квітня 2018 року № 411 регламентується механізм роботи даної системи [49].

Саме завдяки електронній системі зараз між пацієнтами та лікарями укладаються декларації, виписуються рецепти за програмою «Доступні ліки», ведуться електронні записи з приводу вакцинацій та обстежень, виписуються направлення лікарями на аналізи та до вузьких спеціалістів, складаються плани лікування та багато іншого. До системи вже приєднано близько 5000 закладів та більше 34 млн пацієнтів. Насправді – це колосальна робота, яка перевершила всі сподівання, є деякі нюанси, але програмісти та розробники швидко справляються з налагодженням та систематизацією.

Щоб забезпечити потреби всіх інших структур загальної реформи охорони здоров'я впроваджено окремі системи та сервіси, такі як «Централь 103» – для регулювання процесів екстреної медичної допомоги, «MedData» слугує для аналізу стану закупівель та забезпечення медичних закладів районів та області товарами та послугами, що закуплені за рахунок бюджетних коштів та багато інших.

Процес розвитку також стосується і приватних медичних ІТ-продуктів, що активно розвиваються в амбулаторній та госпітальній допомозі, такі як телемедичні сервіси, програми для зберігання медичних зображень та відеофіксації (використовується для оперативних втручань та обстежень) та інші.

Одним з викликів, на електронну систему охорони здоров'я стала коронавірусна хвороба у 2019 році, коли працівники не були готові до великої кількості хворих, госпіталізацій, внесення даних. Але протягом декількох місяців медичним працівникам вдалось урегулювати проблему та встановити порядок. І Україна стала однією з перших країн поза Європейським Союзом із цифровим COVID-сертифікатом, який можна було зробити у додатку «Дія» і він був визнаний цілком сумісним із документами Європейського Союзу.

Перехідним періодом з паперових форм документації на електронні мав стати 2022 рік, планувалось до 80 % документів мало бути переведено в електронну систему, і це майже вдалось зробити, навіть незважаючи на повномасштабне вторгнення країни агресора на територію України.

Втім, не обходиться без викликів, зокрема технологічного, інфраструктурного та управлінського характерів, які уповільнюють розвиток

електронної системи та ускладнюють доступ до медичних послуг. Зокрема, це регламентні роботи в самих системах, коли лікарі не мають доступу до своїх сторінок, це відключення світла, що спостерігається по всій Україні і неможливості працювати повноцінно, це відсутність інтернету, що також негативно впливає на роботу системи, недостатньо розвинена медична інфраструктура інформатизації, це кадрова спроможність і рівень цифрової компетентності працівників, стан комп'ютеризації.

І тому, через всі ці питання, у системі охорони здоров'я виникають проблеми, які потребують негайного вирішення:

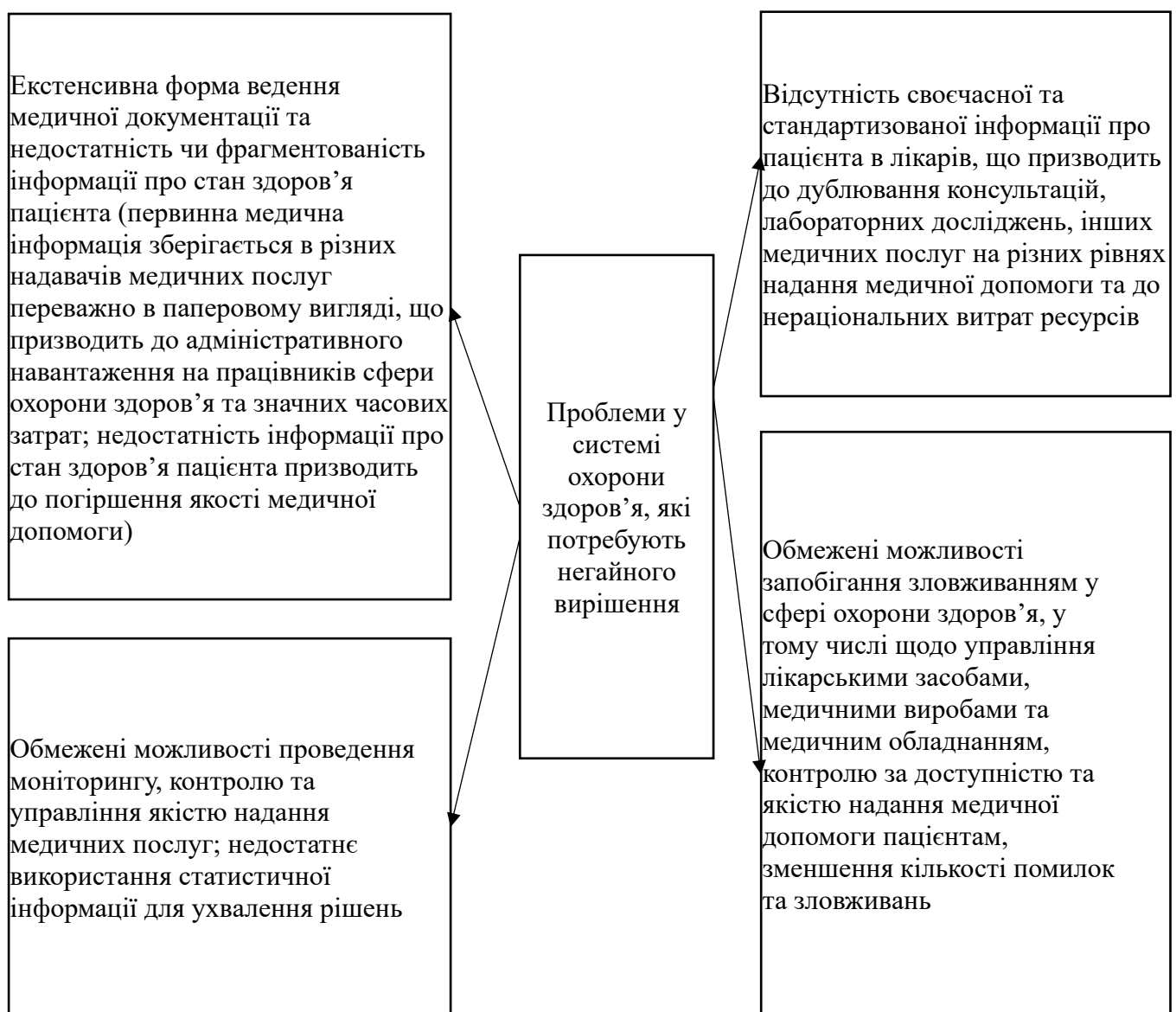


Рис. 2.11. Проблеми у системі охорони здоров'я

І зараз ми бачимо, що при військовому конфлікті важко справлятися із завданнями та цілями поставленими перед медичною сферою, але всі працівники працюють на найвищих рівнях надання допомоги і роблять все можливе, що у їхніх силах. А все через те, що постійно стискаємось з небезпекою на робочому місці, обстрілами, відключеннями світла і іншими проблемами.

Станом на 4 січня 2024 року зруйновано 1696 об'єктів закладів охорони здоров'я. Повністю зруйновано 195 об'єкти і не підлягають відновленню, а пошкоджено – 1501. По областях можна детальніше розглянути на рисунку 2.12:

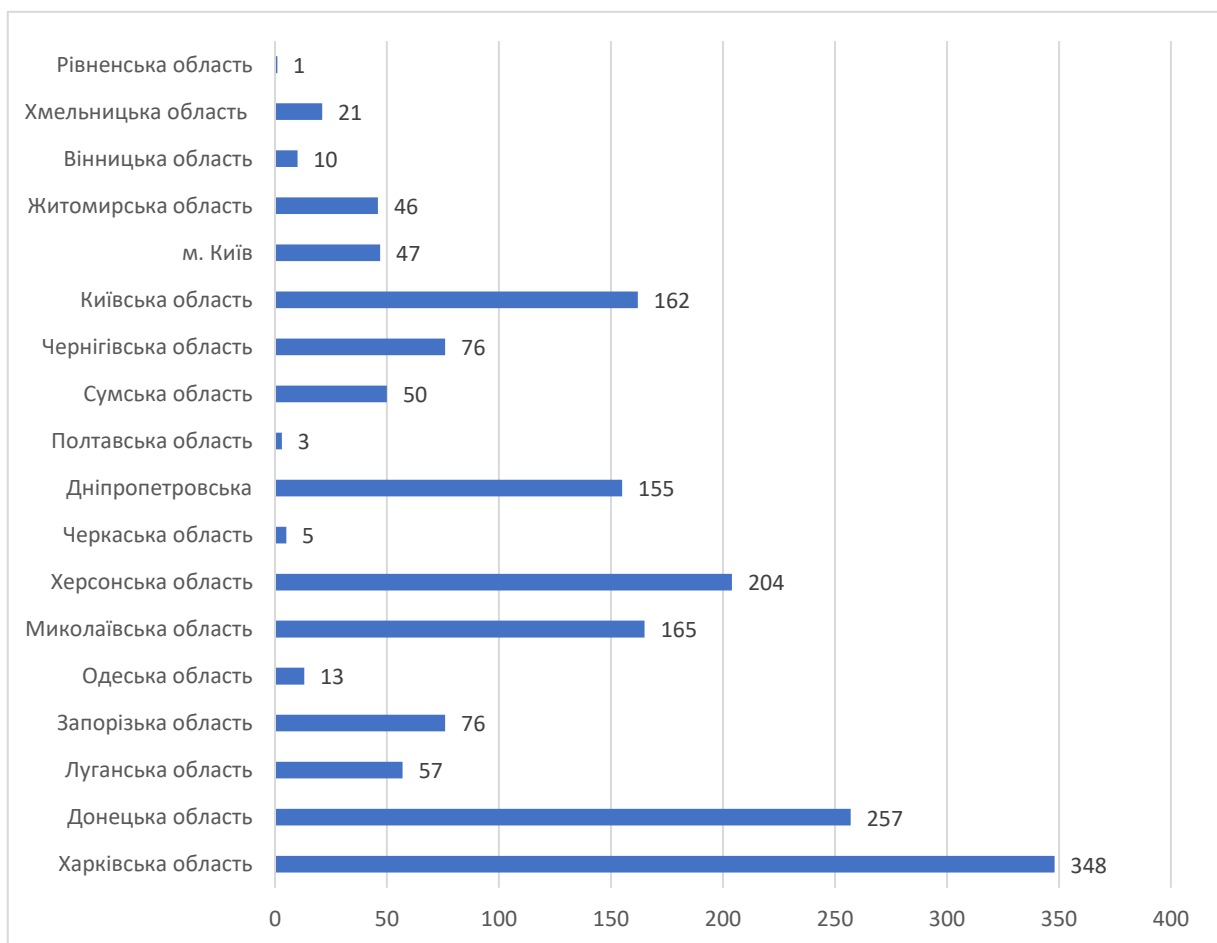


Рис. 2.12. Кількість зруйнованих та пошкоджених закладів охорони здоров'я по регіонам

Як бачимо, найбільших руйнувань закладів охорони здоров'я зазнала Харківська область – 348, далі Херсонська – 204, Донецька область – 257, Миколаївська – 165 та Київська – 162.

Серед них – це заклади первинної медико-санітарної допомоги – 123, госпіталі та диспансери – 42.

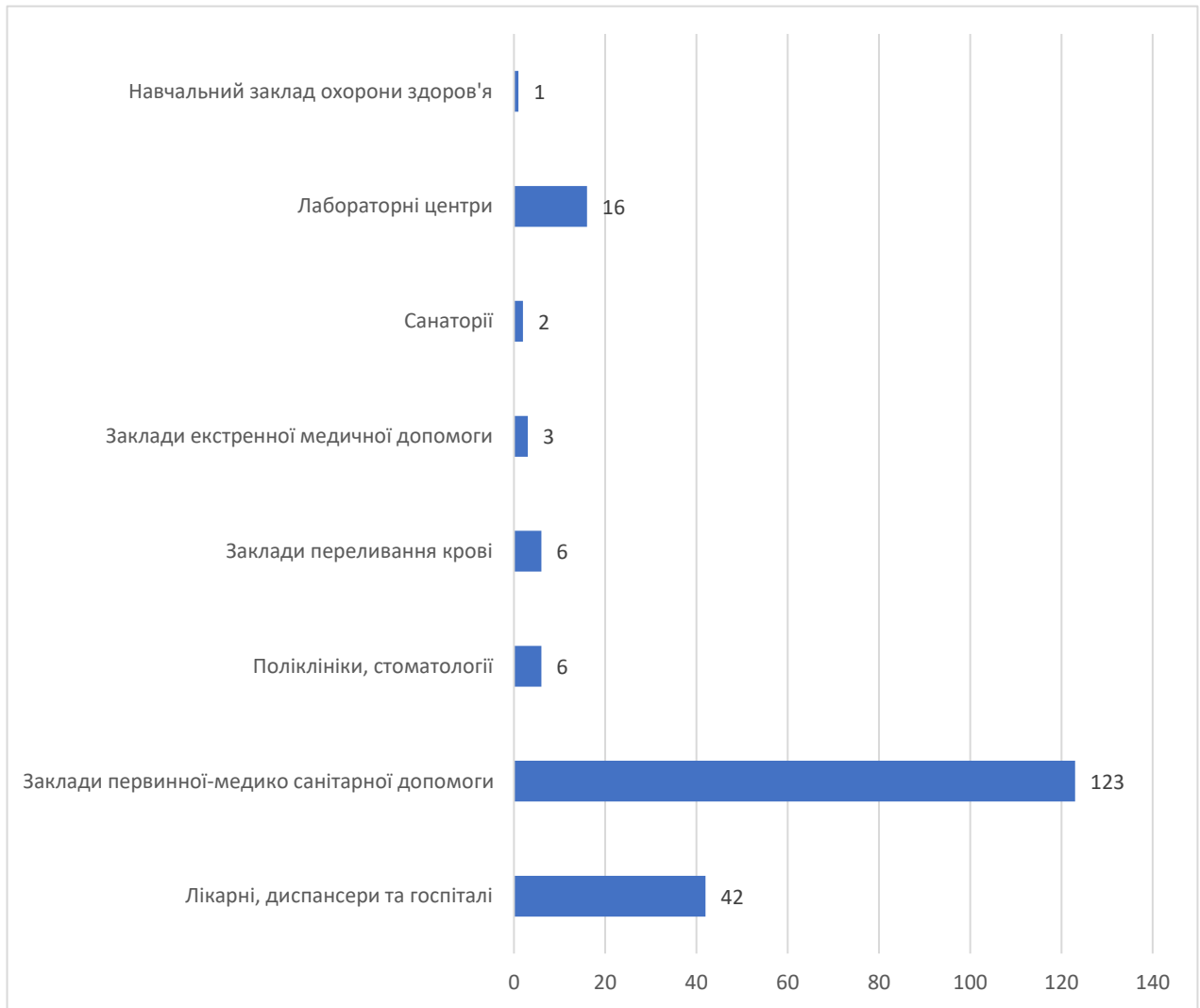


Рис. 2.13. Кількість зруйнованих закладів в розрізі

Картина серед пошкоджених закладів трошки інакша. Серед закладів – лікарні, госпіталі, диспансери було зруйновано найбільше, закладів первинної медичної допомоги – 566 та центрів лабораторних – 91.

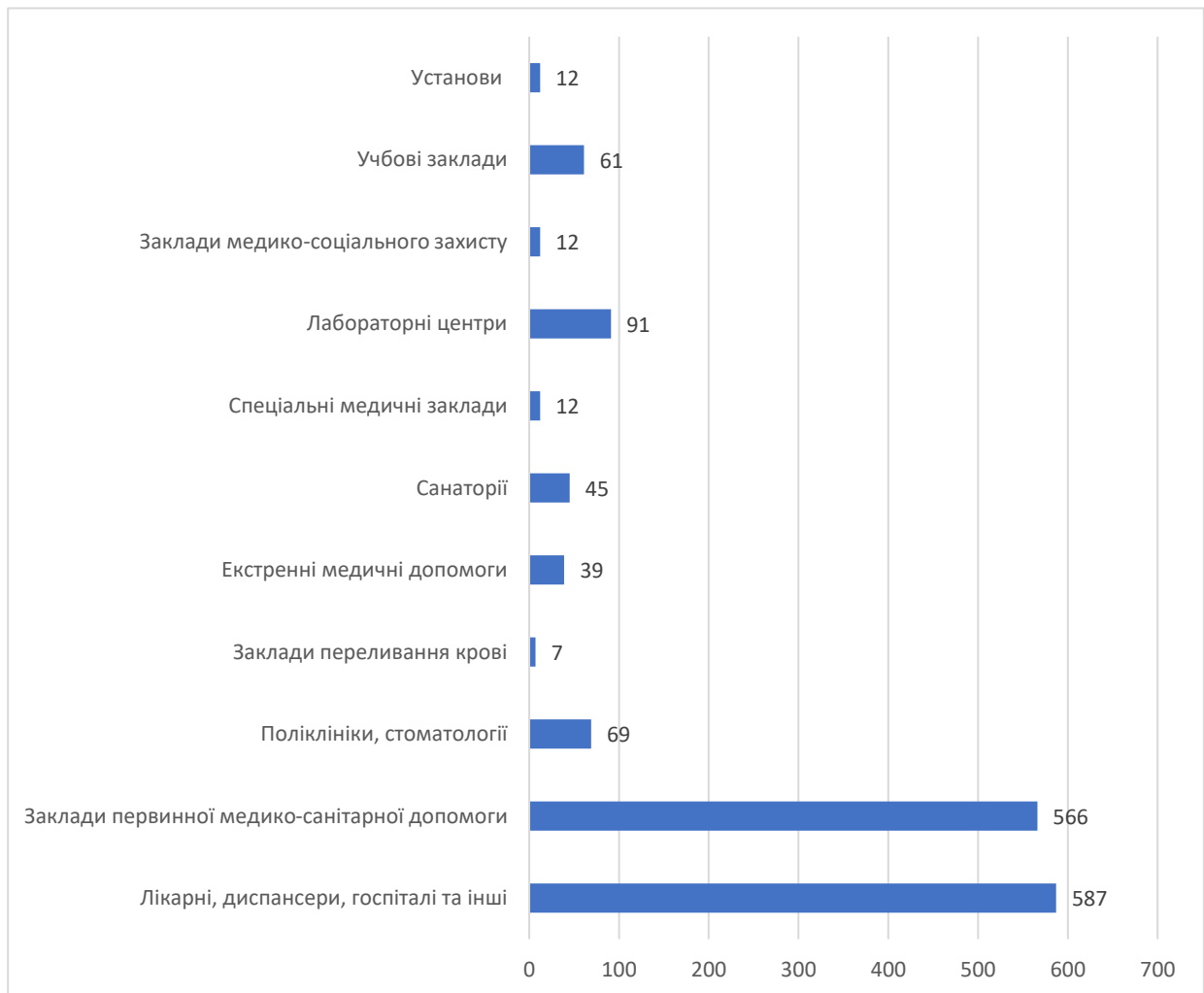


Рис. 2.14. Кількість пошкоджених закладів охорони здоров'я

Проаналізувавши дані, можна зробити висновок, що найбільше ударів з російської федерації приходять на заклади охорони здоров'я, де найбільше скупчення людей – лікарні, госпіталі та заклади первинної медико-санітарної допомоги. Під прицілом люди, які ходять до лікаря на прийом, люди, які приходять на роботу.

Тим, не менш, є заклади, які повністю відновили свою роботу і працюють і надалі, надаючи медичну допомогу. Серед них об'єкти, які частково відновлені або ж у повному обсязі відновили свою роботу та працюють надалі, надаючи допомогу населенню.

Детальніше за рисунком 2.15

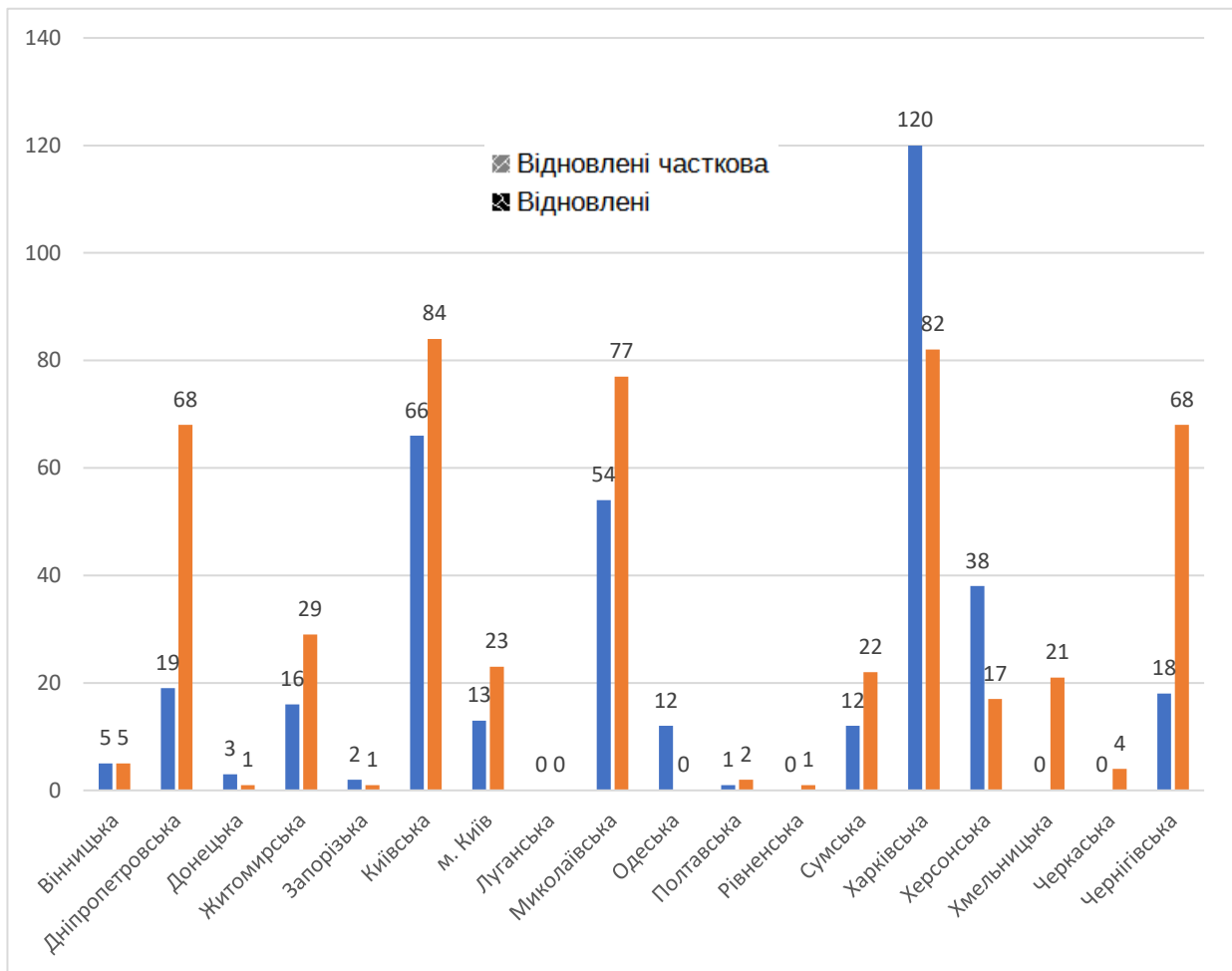


Рис. 2.15. Кількість частково чи відновлених об'єктів медичної інфраструктури по областях за даними 2023 – 2024 року

Всесвітня організація охорони здоров'я надає свої цифри, тому що веде свій моніторинг атак на заклади по всьому світі, в тому числі і України – це Система спостереження за атаками на охорону здоров'я (SSA) [50].

Ця система надає такі данні у період з 24 лютого 2022 по 31 грудня 2023 року здійснено:

1. 1506 нападів на заклади охорони здоров'я.
2. 214 нападів на транспорт закладів охорони здоров'я.
3. 127 нападів на весь медичний персонал.
4. 346 нападів, які загрожували постачанню медикаментів.
5. 44 напади, що вплинули на пацієнтів.
6. 18 нападів, які здійснили на склади.

З початку повномасштабного вторгнення за аналітичними даними Київської школи економіки [51], в Україні захоплено, пошкоджено чи повністю зруйновано близько 1300 закладів охорони здоров'я, вартість яких оцінюють у 3,1 млрд доларів США. Але це приблизні цифри, до багатьох закладів доступи не надані і до цього часу, території окуповані і підрахувати остаточні цифри зараз дуже важко. Насправді, там можуть збитки сягати в рази більше.

Забезпечення медичною допомогою населення, яке було на окупованих територіях, все рівно залишається обмеженим. Адже в таких областях як, Запорізька Херсонська, Донецька, Київська та Луганська є відомості про найбільше кількість пошкоджених або зруйнованих вщент будівель. Також на цих територіях можуть бути зруйновані аптеки з необхідними ліками для населення. А це в свою чергу ускладнює роботу медичному персоналу та доступу до повноцінного лікування.

Працювати в таких умовах нереально, а ще в Донецькій, Херсонській та Харківській областях постійно знаходять наземні міни та боєприпаси, які не розірвались [52].

Було прийнято рішення, що в Донецькій, Херсонській та Запорізькій областях будуть надаватись базові послуги лікарями, наскільки дозволяє ситуація [53]. Тому 29 мобільних клінік частково можуть задовольнити потреби населення в галузі здоров'я, але ми розуміємо, що цього катастрофічно мало. Ці клініки стикаються з відсутністю координації, дублюючи свої зусилля намагаються знайти спільне рішення з державними органами охорони здоров'я.

Найголовніше те, що безпека – це зараз проблема номер один для лікарів усіх ланок, так як надавати медичні послуги під звуки вибухів чи стрілянини доводиться кожного дня, особливо на територіях, де ведуться активні бойові дії. Але насправді, кожен лікар ризикує своїм життям, де б він не був. Так як країна агресор кожного дня тероризує нашу країну. І куди поцілить ракета, нам не відомо. Тому цей фронт медичний персонал усіх закладів охорони здоров'я старається тримати міцно.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПОВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ

3.1. Цивільні лікарні та їх шлях переформування

Дуже складна ситуація з електроенергією в Україні не залишила осторонь і систему охорони здоров'я. Лабораторіям, клінікам, госпіталям, закладам первинно-медико-санітарної допомоги та багатьом іншим об'єктам охорони здоров'я потрібна електроенергія для роботи, яка нажаль, стала в один момент недоступною. З атаками російської федерації на енергетичну систему з жовтня 2022 року, по всій території України почались масові вимкнення світла.

Масштабів руйнування та наслідків влада не розкривала, але відомо, що за звітом програми розвитку Організацією об'єднаних націй, станом на 30 квітня генерація потужності по Україні з 37,6 ГВт впала до 18,3 ГВт [54].

Скоротилось також потужність теплоелектростанцій з 14,3 ГВт до 4,6 ГВт. Окупація Запорізької атомної електростанції, призвела до того, що її потужність також впала з 13,8 ГВт до 7,7 ГВт.

Ці події суттєво змінили і роботу медичних працівників по всій країні. З початком відключення світла працювати в таких умовах були змушені всі. Блекаут по всій країні у жовтні 2022 року не зламав українських дух. Люди все одно виходили на роботу, знаходили можливість зберігати спокій та працювали. Першими запускали лікарні, де просто неможливо бути без світла – це відділення гемодіалізу, палати інтенсивної терапії, операційні, а також дитячі відділення.

Відразу було затверджено Постанову Кабінетом Міністрів України «Про затвердження Порядку визначення та застосування граничних величин споживання електричної потужності» від 24.05.2024 [55], де було чітко указано перелік критично важливих об'єктів, яким забезпечили першочергове електропостачання. Серед таких закладів в першу чергу були і лікарні, госпіталі та багато інших.

Це стало новим викликом для охорони здоров'я, адже потрібно забезпечити безперервну роботу закладів. Тому амбулаторії, центри первинної медико-санітарної допомоги отримали майже 10 тисяч генераторів для безперервної роботи. Це було не в перші дні, тому справлялись своїми силами. Купували ліхтарі, повербанки, зарядні станції та працювали і надавали і надалі медичну допомогу.

При цьому варто не забувати про те, що лікарі працюють в електронній системі і без світла просто неможливо вписати ліки, направлення, але надати першу допомогу можна і при світлі ліхтарі.

Для 130 лікарень 19 областей почалось встановлення сонячних панелей, це обладнання містить все необхідне для повноцінної роботи лікарень та закладів. Це спільний проєкт Міністерства України та Світового банку «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя». Ці лікарні будуть мати також акумуляторні батареї, що накопичують електроенергію та працюватимуть тоді, коли генерації електроенергії буде недостатньо від сонячних панелей. А встановлять сонячні панелі у таких областях, як:

1. Волинська.
2. Рівненська.
3. Житомирська.
4. Вінницька.
5. Закарпатська.
6. Івано-Франківська.
7. Тернопільська.
8. Чернівецька.
9. Київська.
10. Чернігівська.
11. Черкаська
12. Сумська.
13. Кіровоградська.
14. Полтавська.

15. Харківська.
16. Дніпропетровська.
17. Запорізька.
18. Миколаївська.
19. Одеська.

Вже почались перші роботи по встановленню даних панелей у червні 2024 року. Деякі лікарні вже перейшли на таку систему електропостачання, заключивши договори.

Всесвітня організація охорони здоров'я разом з Міністерством охорони здоров'я України тим часом, почали спільний проєкт встановлення модульних клінік. Що це за проєкт? П'ятнадцять закладів, що були вщент зруйновані та не підлягають відновленню будуть замінені модульними клініками. Наразі вже відкрито вісім об'єктів, планують відкрити ще сім. Фінансування йде від Гуманітарного фонду для України та Генеральним директором Європейської комісії з питань цивільного захисту та гуманітарної допомоги.

Модульні клініки стали виручати в тих місцях, де люди не можуть отримати першу допомогу у своїх лікарнях, це Сумська, Миколаївська, Львівська та Дніпропетровська області. У модульній клініці працюють лікарі різних спеціальностей – офтальмологи, гінекологи, фізіотерапевти. Тим паче клініка під'єднана до генератора, що повністю робить її автономною, також тут є оснащення сонячною електростанцією. До таких будівель є доступ людей з інвалідністю.

Інститут аналітики та адвокації приводить приклад екосистеми DREAM, яка ефективно реалізовує проєкти будівництва чи реконструкції медичних закладів. Такими прикладами є:

1. Реконструкція дитячого відділення «Конотопської Центральної районної лікарні ім. ак. М.Давидова».
2. Відновлення стаціонарного відділення поліклініки у Тростянецькій громаді.
3. Будівництво в селі Хухра Охтирського району Сумської області закладу, що буде по типу амбулаторії загальної практики сімейної медицини [56].

Вперше в Україні було відкрито у місті Київ банк довгострокового зберігання крові. Проєкт «Смілива кров» допоміг реалізувати на базі київського міського центру крові банк, що дозволить зберігати кров до 30 років [57].

Стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року поставлено безліч основних пріоритетів та завдань для виконання у реалізації медичних реформ.

Одним з пріоритетних напрямків удосконалення є врядування у сфері охорони здоров'я. Задачами цього напрямку є:

1. Впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, які мають забезпечувати незалежність, сталість та спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я.

2. Створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для утворення підходу серед держав у вирішенні основних питань по охороні здоров'я населення України.

3. Взаємодія та нагляд всього суспільства мають покращити прозорість та результати у системі охорони здоров'я.

4. Запровадження доказової бази знань для всіх працівників та використання найкращих практик відповідно інтересам і потреб населення в системі управління та прийнятті рішень.

5. Удосконалення та систематизування ефективного управління закладами охорони здоров'я, що формує звіти та нагляд.

6. Впровадити систему професійного самоврядування працівників у сфері охорони здоров'я.

Заклади та установи охорони здоров'я відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я. Зміцнення цих інституцій через впровадження принципів прозорості, підзвітності та громадського контролю допоможе забезпечити належне врядування, лідерство та ефективне управління в системі охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я є головним центральним органом виконавчої влади, відповідальним за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, та забезпечує захист населення від інфекційних хвороб, протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам.

Крім того, МОЗ розширило співпрацю та розбудовувало довіру із зацікавленими сторонами на регіональному та місцевому рівнях, а також з представниками неурядового та приватного секторів.

У децентралізованих системах для Міністерства охорони здоров'я та інших національних органів охорони здоров'я забезпечили, щоб сектор охорони здоров'я був здатний надавати якнайкращу медичну допомогу громадянам країни та населенню країни в умовах воєнного конфлікту. Вкрай важливо налагодити механізми тісної співпраці з представниками державних і міських рад та органів територіальних громад для спільного досягнення цілей розвитку системи охорони здоров'я саме в період повномасштабного вторгнення.

Розвиток та зміцнення основних закладів охорони здоров'я країни є першочерговим пріоритетом та завданням номер один за всі роки незалежності нашої країни. Інституції Національної служби здоров'я України продовжать і надалі розвиватися як стратегічні закупівельні агенції для України. Вони продовжуватимуть зміцнюватися, впроваджуючи принципи належного врядування, а також розвивати ключові функціональні напрямки, вдосконалювати дані, інформаційні системи та публічний менеджмент. Роль Національної служби здоров'я України важлива з точки зору отримання та аналізу даних, які є основою для формулювання Первинної медичної допомоги, інформування про ціноутворення та реалізацію медичної допомоги через стратегічні закупівлі, постійного моніторингу та оцінки зацікавленої якості та найкращі результати.

Зміцнення інших національних інституцій як національних експертних органів, а також забезпечення професійної незалежності на основі визначених цінностей та керівних принципів мають привести до впровадження системи управління охороною здоров'я, заснованої на визначених цінностях і керівних принципах. Важливо продовжувати розвивати Центр громадського здоров'я України як національну спеціалізовану установу громадського здоров'я.

Отже, ключові завдання цілі «Впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, які мають забезпечувати незалежність, сталість та спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я», є:

Посилити спроможність МОЗ як керівника національної системи охорони здоров'я через формування політики на основі фактичних даних та міжсекторальну співпрацю.
Продовжувати інституційне зміцнення Національної служби здоров'я України як національної служби зі стратегічних закупівель.
Посилити підзвітність українських державних служб перед Урядом та громадськістю (зокрема, запровадити нагляд на основі індикаторів з боку Ради Міністрів України та посилити Раду державного управління).
Посилити роль центрів охорони здоров'я у впровадженні та координації заходів у сфері громадського здоров'я.
Посилити співпрацю з регіональними органами охорони здоров'я та місцевими органами влади, зокрема, шляхом уточнення ролей та обов'язків на національному, регіональному та місцевому рівнях у секторі охорони здоров'я.
Розробити, узгодити та затвердити серед зацікавлених сторін довгострокову концепцію якості та безпеки пацієнтів у системі охорони здоров'я, інтегруючи госпітальну, первинну медичну допомогу та громадське здоров'я.
Створити національну інституцію для управління якістю охорони здоров'я.
Розбудова потенціалу ключових субнаціональних органів охорони здоров'я для підтримки розвитку системи електронної охорони здоров'я та управління плануванням людських ресурсів, оцінкою медичних технологій та іншими важливими функціями охорони здоров'я.
Забезпечити функціонування національної програми «Медичні закупівлі в Україні» як національної інституції, що забезпечує централізовану закупівлю якісних лікарських засобів та медичного обладнання за кошти державного бюджету та створює єдиний закупівельний простір (закупівельний хаб) із сучасними інструментами та методами закупівель на національному та регіональному рівнях.
Пошук вразливостей у системах, додатках та реєстрах системи електронної охорони здоров'я та забезпечення програмних та платформних можливостей, необхідних для проведення постійного моніторингу кіберзагроз в умовах їх стрімкого розвитку.

Рис. 3.1. Ключові завдання цілі «Впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, які мають забезпечувати незалежність, сталість та спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я»

В Україні здоров'я є суспільною цінністю, а покращення здоров'я та благополуччя українців – метою, яка потребує спільних зусиль суспільства.

Система охорони здоров'я не може бути досягнута без розвитку моделей управління, які виходять за межі сектору охорони здоров'я і є відповідальністю всіх гілок влади. Важливо визнати, що система охорони здоров'я не може функціонувати ізольовано, а її результати впливатимуть на всі сектори

державного управління. В таких випадках застосовується загальнодержавний підхід до вирішення проблем системи охорони здоров'я, які залучають зацікавлені сторони з різних секторів та рівнів, включаючи національний, регіональний та місцевий.

Цей принцип ставить здоров'я в центр економічної, фінансової, освітньої та екологічної політики, а також регіональних політик, таких як стратегії децентралізації. Це гарантує, що інші галузеві політики сприяють досягненню результатів у сфері охорони здоров'я на всіх рівнях. Це також гарантує, що питання, пов'язані зі здоров'ям, будуть включені в основну діяльність політичної системи.

Громадське здоров'я є одним з пріоритетних напрямків в охороні здоров'я.

Це підхід, який був підтверджений на національному та глобальному рівнях під час пандемії COVID-19.

Тісна координація між кількома гілками влади, національними, регіональними та місцевими органами влади є ключовим фактором для досягнення цілей громадського здоров'я.

Для досягнення цілей громадського здоров'я також необхідні міжгалузеві зусилля. Такі міжсекторальні зусилля повинні бути спрямовані не тільки на національні та глобальні загрози здоров'ю, такі як пандемії, а й на воєнні конфлікти, техногенні катастрофи та багато інших.

Всі ці пріоритети вимагають комплексного підходу, що виходить за межі сектору охорони здоров'я, і повинні бути пов'язані з соціальним, екологічним та економічним секторами, а також з місцевими органами влади.

Особливу увагу слід приділяти тісній координації та взаємозв'язку між реформами в секторі охорони здоров'я та зусиллями з децентралізації. Місцеві органи влади відіграють важливу роль у секторі охорони здоров'я і їхні пріоритети мають бути узгоджені наступним чином.

Зокрема, державні та регіональні органи влади повинні розробляти та впроваджувати програми громадського здоров'я з метою створення сприятливого середовища для зміцнення здоров'я та благополуччя своїх громадян.

Впровадити прозору модель управління закладами охорони здоров'я та їх

мережу. Регіональні та місцеві органи влади збирають та аналізують дані від закладів охорони здоров'я, оцінюють їхню діяльність та діяльність закладів охорони здоров'я, після приймають обґрунтовані рішення щодо подальшого планування та реалізації стратегій щодо розвитку та функціонування закладів охорони здоров'я.

Раціоналізація планування мережі охорони здоров'я може підвищити ефективність і фінансову стійкість організацій охорони здоров'я та синхронізувати зусилля з реформування і децентралізації сектору охорони здоров'я.

Отже, за стратегічною ціллю «Створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для утворення підходу серед держав у вирішенні основних питань по охороні здоров'я населення України», виділяють такі завдання:

Забезпечити міжсекторальну співпрацю на основі принципу «здоров'я в усіх політиках».

Посилити механізми координації між особами, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я та соціального захисту на всіх рівнях влади, для забезпечення узгодженого та ефективного підходу до задоволення потреб уразливих груп населення.

Запровадити механізми міжсекторальної координації та платформи для визначення пріоритетів громадського здоров'я та прийняття рішень на користь громадського здоров'я.

Роз'яснити та визначити ролі та обов'язки в управлінні системою охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Рис. 3.2. Завдання стратегічної цілі «Створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для утворення підходу серед держав у вирішенні основних питань по охороні здоров'я населення України»

Міцні партнерства та співпраця з громадянським суспільством і приватним сектором, а також розбудова довіри між усіма зацікавленими сторонами системи охорони здоров'я допомагають досягти цілей в даній системі. Також допомагають розробляти та впроваджувати підходи, які підтримуються суспільством в цілому, для покращення здоров'я людей.

Забезпечення участі громадянського суспільства в управлінні закладами

охорони здоров'я та створення рівних можливостей для участі в управлінні закладами охорони здоров'я.

Партнери з громадського суспільства мають брати участь в управлінні та моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я на всіх рівнях, зокрема лікарні, центри первинної медико-санітарної допомоги та безпосередньо заклади медичної структури.

Приватний сектор також має впливати на конкуренції серед закладів та стимулювати якість роботи всіх інших структур, шляхом надання експертизи, передового досвіду та ресурсів. Вони мають заповнювати прогалини в послугах, які недостатньо надають державні установи, розширювати добровільне медичне страхування. Але перед цим в цьому партнерстві має бути зацікавлена влада, створивши нормативно-правову базу для реалізації даних проєктів, що буде забезпечувати захист суспільних інтересів та цінностей.

Розвиток моделей державно-приватного партнерства в системах електронної охорони здоров'я потребує особливої уваги. Так як дане партнерство в електронних системах охорони здоров'я має дворівневу модель, воно складається з компонентів, які мають автоматизований обмін інформацією, документацією та даними через програмний інтерфейс – центральної бази даних та інформаційно-комунікаційних систем. Даний інтерфейс дозволяє накопичувати та обробляти на периферійному рівні регіональному та місцевому надавачами медичних послуг даних, які не передаються до центральної бази даних.

Сектор охорони здоров'я також є одним і з найважливіших джерел даних у країні, про що свідчить увага до даних про пандемії та вакцинацію проти коронавірусної хвороби. Кількість взаємодій між зовнішніми організаціями в проєктах, пов'язаних з проєктом електронної системи здоров'я, значно зросла сягає десятків мільйонів на рік. Це стосується електронних лікарняних та сертифікатів про вакцинацію від коронавірусної хвороби чи електронної форми щеплень для населення.

Варто зазначити, що вектор та підхід до розвитку електронної охорони здоров'я на пряму залежить від діджиталізації та цифрового розвитку, а також

загальної політики щодо розвитку електронної охорони здоров'я. Як орган, відповідальний за розвиток однієї з найбільших електронних систем в Україні, Міністерство охорони здоров'я потребує тісної синхронізації та взаємодії з Міністерством цифрової трансформації та іншими органами. Ключовими завданнями цілі «Взаємодія та нагляд всього суспільства мають покращити прозорість та результати у системі охорони здоров'я» будуть:

Забезпечити участь громадянського суспільства у розробці політики та управлінні у сфері охорони здоров'я.

Забезпечити залучення приватного сектору як повноправного учасника системи охорони здоров'я.

Визначити ефективні моделі державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я та розробити нормативно-правову базу.

Забезпечити стратегічне планування розвитку електронної охорони здоров'я та систем електронної охорони здоров'я, зокрема із залученням бізнес-спільноти, міжнародних організацій, експертів та громадянського суспільства.

Розробити стабільні та передбачувані моделі та політики управління двокомпонентною моделлю систем електронної охорони здоров'я, включаючи інструменти для двостороннього контролю стабільності та якості електронних послуг.

Рис. 3.3. Ключові завдання стратегічної цілі «Взаємодія та нагляд всього суспільства мають покращити прозорість та результати у системі охорони здоров'я»

Швидке вдосконалення систем охорони здоров'я неможливе без розробки політики та прийняття рішень на основі доказів і наукових принципів. Сприяння прозорості та підзвітності у прийнятті рішень у сфері охорони здоров'я сприятиме зміцненню довіри громадськості та зменшенню опору змінам.

Отримання необхідних даних для прийняття рішень досягається шляхом розвитку інформаційно-комунікаційних систем у секторі охорони здоров'я. Електронна охорона здоров'я в Україні починає впевнено розвиватися. Її подальший розвиток має продовжуватися, зокрема, шляхом підвищення якості даних та забезпечення безпеки і конфіденційності. Усунення прогалин та викликів,

виявлених під час реагування на COVID-19 дали поштовх на негайне вирішення ситуацій, які виникають як перешкоди у системі охорони здоров'я.

Необхідно забезпечити інтеграцію та інтероперабельність ключових інформаційно-комунікаційних систем і реєстрів, шляхів прибирання паперових даних. Якість таких даних має бути покращена та доступна в режимі реального часу для ефективного вирішення проблемних ситуацій, що трапляються на шляху охорони здоров'я.

Покращити аналіз даних та впровадити інноваційні рішення, зокрема, у сфері підтримки прийняття клінічних рішень, персоналізованої медицини, телемедицини та обробки великих обсягів даних. Інтеграція в глобальний медичний інформаційний простір – це сприяти розвитку та реагуванню на сучасні виклики.

Створення основи для прийняття рішень на цифровій формі повинно охоплювати весь сектор охорони здоров'я. Це стосується інформації про здоров'я людини, роботу медичних закладів і фахівців, інформації про медичне обслуговування. Отримання якісних даних у системі охорони здоров'я – це лише частина рішення. Для того, щоб перетворити ці дані на доказову базу для прийняття рішень, необхідні аналіз і дослідження даних.

Впровадження сучасних дослідницьких та аналітичних методів має бути досягнуто через нові підходи до розробки програм та фінансування медичної науки та досліджень у сфері охорони здоров'я.

Єдиний інформаційний простір у сфері охорони здоров'я сприятиме створенню можливостей для утворення автоматизованих даних, що формують політику, оптимізації мереж медичних організацій, оцінки якості медичних послуг та запобігання пандеміям у системі медичного страхування, оцінювати якість послуг та запобігати поширенню серйозних захворювань. Це забезпечується накопиченням великих обсягів даних та їх аналітичною обробкою та використання технологій великих даних.

Ціль «Запровадження доказової бази знань для всіх працівників та використання найкращих практик відповідно інтересам і потреб населення в системі управління та прийнятті рішень» включає такі основні завдання:

Забезпечити використання даних електронної системи охорони здоров'я для прийняття управлінських рішень, зокрема у системі охорони здоров'я та громадського здоров'я зокрема, у тому числі шляхом використання технологій Big Data та штучного інтелекту.
Забезпечити наявність механізмів для збору всіх медичних та операційних даних, отриманих під час надання медичних послуг, а також життєво важливої інформації про життя громадян.
Продовжити гармонійний розвиток дворівневої моделі електронної системи охорони здоров'я та прискорити перехід на електронні медичні картки для всіх надавачів медичних послуг.
Забезпечити зміну моделі даних та перехід від паперових до структурованих електронних медичних записів.
Впроваджувати інтегровані електронні медичні картки. Це систематизована та стандартизована версія медичної картки пацієнта в електронному форматі, яка може створюватися в різних закладах охорони здоров'я та пов'язуватися із записами, що зберігаються в інших інформаційно-комунікаційних системах.
Встановити інструменти моніторингу якості даних, протоколи та стандарти обміну медичною інформацією, загальні термінологічні словники та класифікатори.
Розробити нові моделі програмування та фінансування науки і досліджень в системі охорони здоров'я.
Створити в кожній організації незалежні структурні підрозділи для впровадження та підтримки програмно-платформних функцій, необхідних для пошуку вразливостей у системах, програмах та реєстрах електронних систем, а також для здійснення їх постійного моніторингу в умовах швидкої еволюції кіберзагроз.
Розвивати ринок та середовища електронної охорони здоров'я та забезпечення інвестиційної привабливості.
Створення єдиного медичного інформаційного простору, забезпечення інтероперабельності, інтеграції та гармонійного взаємозв'язку з суміжними дисциплінами, а також інтеграції у світовий медичний інформаційний простір.
Забезпечити безперервність та сталість політики безпеки та захисту інформації та персональних даних в сфері електронної охорони здоров'я, в тому числі з урахуванням вимог законодавства України та міжнародних стандартів і вимог у цій сфері.
Пошук вразливостей у системах, додатках та реєстрах системи електронної охорони здоров'я та впровадження необхідних програмних та платформних функцій для здійснення постійного моніторингу кіберзагроз в умовах їх стрімкого розвитку.

Рис. 3.4. Основні завдання «Запровадження доказової бази знань для всіх працівників та використання найкращих практик відповідно інтересам і потреб населення в системі управління та прийнятті рішень»

Керівництво та управління організаціями охорони здоров'я зазнало значних змін за останні роки. Організації охорони здоров'я стали автономними, а власники організацій охорони здоров'я перебрали на себе управління лікарнями та

медичними послугами в особі місцевих та обласних рад. Модель управління потребує вдосконалення для забезпечення належних стандартів прозорості та підзвітності. Зокрема, слід створити ефективні наглядові комітети медичних організацій. Ця наглядова рада повинна включати представників місцевої громади, пацієнтської спільноти, приватного сектору, включаючи місцевий бізнес та інші зацікавлені сторони, на додаток до представників власників. Це дозволить забезпечити належний громадський нагляд та впровадження принципів належного врядування з акцентом на прозорому прийнятті рішень та публічній підзвітності.

Одним з найкращих інструментів громадської підзвітності та нагляду є можливість перевірки даних та результатів діяльності медичних організацій. Тому інструменти електронної охорони здоров'я мають забезпечити формування системи публічної звітності для громадськості. Системи публічної звітності для громадськості, включаючи розробку інструментів доступу громадськості до знеособлених агрегованих великих даних, операційних даних у форматі Open Data.

Ціль «Удосконалення та систематизування ефективного управління закладами охорони здоров'я, що формує звіти та нагляд» визначає такі ключові завдання:

Удосконалити та врегулювати критерії та механізми ліцензування медичних закладів, також розробити концепцію акредитації таких закладів.

Встановлювати стандарти для моніторингу показників ефективності та індикаторів якості, а також управління закладами охорони здоров'я

Розробити правила наглядової ради медичного закладу на основі принципів належного врядування.

Підтримувати залучення приватного сектору до управління закладами охорони здоров'я та забезпечувати спроможність вимірювати ефективність ініціатив.

Забезпечення повної інформатизації закладів охорони здоров'я

Створити електронні сервіси публічної звітності, щоб громадяни та пацієнти могли управляти доступністю та якістю медичних послуг.

Встановити етику використання технологій штучного інтелекту та інструментів, керованих даними, у клінічній медицині та нагляді за громадським здоров'ям.

Розробити механізми управління госпітальними округами та сформувати ефективні мережі.

Рис. 3.5. Завдання «Удосконалення та систематизування ефективного управління закладами охорони здоров'я, що формує звіти та нагляд»

Наступною ціллю є універсальне охоплення послугами охорони здоров'я.

Що таке універсальне охоплення послугами охорони здоров'я? Це доступ усіх людей до необхідних їм медичних послуг, коли вони їх потребують, без економічних, гендерних, соціальних, географічних чи інших бар'єрів, включає в себе повний спектр основних медичних послуг, від зміцнення здоров'я до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги.

Для того, щоб досягти загального охоплення послугами охорони здоров'я, необхідно трансформувати систему надання медичних послуг. Нові інтегровані моделі надання медичних послуг передбачають:

1. Комплексно та якісно надавати послуги протягом усього життя.
2. Враховувати багатогранні потреби громади та окремих осіб при плануванні послуг.
3. Команди медичних працівників, які працюють в різних умовах і на різних рівнях системи охорони здоров'я для надання послуг шляхом скоординованої та узгодженої діяльності між ними.
4. Ефективне управління для досягнення оптимальних результатів і належного використання ресурсів на основі найкращих наявних доказів.
5. Безперервне покращення продуктивності та забезпечення зворотного зв'язку для постійного підвищення ефективності та усунення першопричин проблем зі здоров'ям.

Якість медичних послуг відображає ступінь, до якого ці послуги підвищують ймовірність досягнення бажаних результатів у сфері охорони здоров'я для окремих осіб і суспільства в цілому та відповідають сучасним науковим знанням, вона є вимірюваною категорією, яка забезпечується системами управління на національному, регіональному та місцевому рівнях. Відповідно до цих вимірів, охорона здоров'я в Україні має бути безпечнішою,

ефективнішою, своєчасною, економічно вигідною, справедливою та орієнтованою на людину.

Необхідно створити належне середовище шляхом удосконалення процесів реєстрації та ліцензування, зовнішньої оцінки, клінічного управління, публічної звітності та порівняльного аналізу, укладання контрактів на основі результатів діяльності, а також навчання та наставництва медичних працівників. Запобігання шкоді при наданні медичної допомоги забезпечується шляхом проведення інспекцій закладів охорони здоров'я, впровадження контрольних переліків і протоколів безпеки та вдосконалення систем реєстрації несприятливих подій. Удосконалення клінічної допомоги передбачає широке впровадження клінічних настанов, стандартів, протоколів та клінічних маршрутів, а також створення груп якості в закладах охорони здоров'я та впровадження таких інструментів, як клінічні аудити і цикли поліпшення якості.

Фінансовий захист пацієнтів є важливим елементом у досягненні універсального охоплення послугами охорони здоров'я. Громадяни не повинні відчувати фінансову скруту чи бідність і не змушені «доповнювати» систему з власних кишенькових грошей, коли вони хворіють. Необхідність формально чи неформально платити за медичні послуги та ліки у важкі часи створює ризики для здоров'я та життя. Тому держава повинна гарантувати своїм громадянам фінансовий захист і доступ до якісних послуг. Вона повинна виконувати свої зобов'язання щодо гарантування економічного захисту та доступу до якісних послуг і захисту здоров'я своїх громадян.

Розпочата реформа у 2017 році створила чіткі та зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, утворила міцний фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, створила умови для зростання доходів медичних працівників та конкуренції на ринку медичних послуг. Триває до цих пір перехід від постатейного кошторисного фінансування до фінансування принципу «кошти підуть за пацієнтом» і розширення гарантованого пакету послуг.

Для подальшого впровадження ефективних реформ необхідно збільшити державні видатки на охорону здоров'я відповідно до темпів економічного

зростання, збільшити видатки загального державного управління та забезпечити реалізацію дорожньої карти податкової реформи. Однак збільшення державних видатків саме по собі не гарантує ефективного використання бюджетних коштів. Ефективність може бути досягнута за рахунок перерозподілу наявних ресурсів: раціоналізації мережі лікарень, зокрема зменшення надмірної залежності від дорогого стаціонарного лікування та посилення ролі первинної медичної допомоги.

Профілактика та раннє втручання при неінфекційних захворюваннях; перехід на нові сучасні методи фінансування та їх поєднання; підвищення продуктивності (зокрема, зменшення кількості непотрібних госпіталізацій та тривалості перебування в стаціонарі); підвищення ефективності, якості та доступності послуг. Усі заклади охорони здоров'я повинні надавати медичні послуги в рамках єдиної лікарняної мережі, відповідно до єдиних правил та за контрактом з єдиним національним постачальником послуг

Громадське здоров'я, зокрема бути готовими до реагування на надзвичайні ситуації є також одним із цілей охорони здоров'я, і воно включає в себе:

1. Створити практичне та зручне функціонування системи громадського здоров'я для збереження та зміцнення здоров'я населення, а також вчасно реагувати на виклики, що перешкоджають здоров'ю населенню.

2. Безпечність у середовищі для збереження та зміцнення здоров'я населення.

3. Захист здоров'я у випадку виникнення надзвичайних ситуацій.

Спроможність систем громадського здоров'я визначається їхньою здатністю ефективно, своєчасно та результативно ідентифікувати ризики для громадського здоров'я, запобігати їх виникненню та забезпечувати ефективно реагування для мінімізації та ліквідації їх наслідків, коли загрози все ж таки виникають.

Критично важливим елементом системи є довірена професійна організація, якій довіряють між установами громадського здоров'я. Необхідно, щоб на національному рівні функціонував головний спеціалізований орган у сфері

громадського здоров'я, уповноважений безпосередньо здійснювати діяльність у сфері громадського здоров'я та координувати її з іншими органами. Профілактика захворювань, зміцнення здоров'я, соціальна інтеграція та особливо в надзвичайних ситуаціях.

Створити та забезпечити функціонування системи епідеміологічного нагляду за станом та показниками здоров'я населення є важливими функціями системи громадського здоров'я. Вони забезпечують основу для об'єктивної оцінки потреб у сфері охорони здоров'я, оцінки впливу на здоров'я та планування надання медичної допомоги. Інтегровані, ефективні, стійкі та безпечні інформаційно-комунікаційні системи охорони здоров'я та дані про стан здоров'я є важливим елементом системи громадського здоров'я, забезпечуючи їх стандартизацію, міжнародну порівнянність.

Поточна ситуація, пов'язана з пандемією коронавірусної хвороби, військовою агресією Російської Федерації на території України та потенційними загрозами, пов'язані з іншими ризиками, включаючи нові інфекційні хвороби з високим пандемічним потенціалом, стихійні лиха та ризики, пов'язані зі зміною клімату, міграцією, хімічними та радіаційними інцидентами активно поширюється територією України. Для захисту необхідно посилити потенціал систем громадського здоров'я щодо готовності до надзвичайних ситуацій, управління ризиками та кризового менеджменту, щоб захистити здоров'я населення та протидіяти поширенню загроз за межами своєї території.

Безперечно залучення людей та громад – одна з важливих цілей, що має устаткуватись у системі охорони здоров'я, і тут будуть розглядатись такі основні принципи:

1. Сприяння підвищенню рівня відповідальності громадян до власного здоров'я.
2. Створення умов для повноцінної участі людей у плануванні та організації наданні медичних послуг.

Відповідальні отримувачі медичних послуг приймають поінформовані рішення щодо свого здоров'я. Важливо знати свої індивідуальні ризики для

здоров'я, а також регулярно проходити обстеження та вживати запобіжних заходів, рекомендованих лікарем. Якщо є ознаки захворювання, слід негайно зробити здати відповідні аналізи та отримати призначення лікаря.

Взаємодія між отримувачами медичних послуг та медичними працівниками відбувається в різних формах і передбачає різний рівень людської участі та відповідальності. Початкові рівні взаємодії включають просту участь медичного працівника та надання інформації пацієнту медичним працівником, Проміжний рівень передбачає участь у консультуванні та врахування думки пацієнта. Найвищий рівень взаємодії – це партнерство у спільному розвитку між отримувачем медичної допомоги та громадою. Відбувається обмін інформацією, прийняття рішень та надання послуг, забезпечується орієнтація системи охорони здоров'я на потреби людей.

І не менш важлива ціль для охорони здоров'я це кадрові ресурси системи охорони здоров'я. Тут будуть такі головні напрямки:

1. Сучасна інтеграція освіти та наукової діяльності до міжнародного контексту.
2. Кваліфікована підготовка кадрів відповідно потреб.
3. Створення належних умов для забезпечення професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я.

3.2. Підхід до реабілітації та протезування під новим кутом

Найпоширенішими вадами з якими ми стикаємось зараз це ампутація кінцівок. Військові втрачають кінцівки, як із за обстрілів, так із-за неправильного накладання турнікетів. Але мова йде не лише про військових, дуже багато цивільного населення потрапили під завали чи обстріл і мали втрачені кінцівки.

Уже в 2024 році, а саме у травні, було ухвалено постанову [58], яка дозволить військовим швидше отримувати протези і ортези державними закупівлями. Спочатку відбувається протезування простішим протезом на базі механічних або гідравлічних вузлів, коли проходить опанування і культура

виростає до свого відповідного розміру – далі йде протезування високофункціональними протезами, які є набагато складніші і більш дорогими.

Протезуванням можуть скористатись всі жінки та чоловіки, які отримали ампутацію при захисті Батьківщини.

Максимальна ціна високофункціонального протеза нижньої кінцівки становить 900 000 – 1 100 000 гривень, залежно від ступеня ампутації, тоді як первинні протези для учасників бойових дій коштують від 500 000 до 800 000 гривень. Протезування у більш складних випадках, наприклад, при ампутації стегна, коштує ще дорожче.

Терміни очікування нового протезу складаються з декількох етапів:

1. Як швидко протезна компанія наймає людину на роботу. Може існувати список очікування. Особливо на певних протезистів: «Ім'я протезиста має велике значення. Наша галузь заповнена в середньому на 60 %, деякі місця зайняті на 30 %, інші – на 120 %».

2. Протезний бізнес має власний ланцюжок постачання: «Протези складаються з найкращих компонентів з-за кордону. Ми входимо до п'ятірки найбільших виробників протезів у США, Німеччині, Ізраїлі та Польщі. Тому ми говоримо: за кордоном краще не буває. Деякі компанії постачають щотижня, інші – раз на місяць. В середньому від моменту підписання договору до отримання акту виконаних робіт, фото- та відеозвіту проходить півтора-два місяці».

3. Деякі компанії мають тестувальників і можуть дозволити собі виготовити пробний протез для цієї людини. Інші працюють на замовлення, замовляючи деталі та збираючи протези для конкретної людини.

Якщо компанія має все необхідне на складі, то весь процес займає близько місяця. Якщо ж підприємству потрібно укласти контракт з конкретною особою, воно має дочекатися виділення бюджету і замовити необхідні компоненти за кордоном, якщо платить заздалегідь. Це також питання того, чи є деталі на складі, чи їх доведеться виготовляти з нуля, а це може зайняти до трьох місяців.

Тому при виборі компанії слід звернути увагу на протезиста і на те, скільки часу доведеться чекати.

Багато героїв отримали поранення різного ступеня під час війни в Україні. Звичайно, вони отримують першу допомогу та лікування у військових шпиталях та спеціалізованих медичних закладах. Однак подальша реабілітація також дуже важлива для того, щоб повністю відновити функціональність солдата і дати йому можливість працювати і жити в суспільстві. Це означає не лише фізичну та психологічну реабілітацію, а й повне повернення з війни до мирного життя. Яка реабілітація зараз відбувається в Україні?

Фізична реабілітація

Після госпітального лікування військові стикаються з проблемою відновлення функцій. Фізична реабілітація після поранення займає тривалий час і може тривати від одного-двох місяців до п'яти-шести місяців і більше. Таке реабілітаційне лікування спрямоване на відновлення організму після гострої фази і часто допомагає уникнути первинної інвалідності або запобігти подальшому погіршенню стану. Зрештою, внаслідок обмеження рухливості через травму або тривалий постільний режим, м'язи атрофуються і слабшають, утворюючи контрактури, які перешкоджають повноцінному пересуванню. Це дуже важлива проблема, без вирішення якої неможлива повноцінна реінтеграція військовослужбовців у цивільне життя.

Більшість сучасних реабілітаційних центрів для воїнів АТО створені на базі лікарень та клінік. Такі центри є у Львові, Луцьку, Києві, Черкасах, Миколаєві та інших містах України.

Завдяки підтримці іноземних експертів та волонтерів впроваджено сучасну систему реабілітації, що включає ерготерапію (відновлення рухових навичок, втрачених у повсякденному житті), кінезітерапію (лікувальні методи фізичних вправ і навантажень) та тренажерні зали з тренажерами.

Згідно з рішенням Уряду України, всі працюючі українці мають право на безкоштовний курс реабілітації після стаціонарного лікування в реабілітаційному відділенні санаторію, яке є платним.

Реабілітація через гру

В Україні з'явилися інтерактивні реабілітаційні кімнати Ірекс, засновані на канадській методиці. Ця реабілітація проходить в ігровій формі: футбол, волейбол, стрибки з парашутом тощо. Під час реабілітації пацієнт стає героєм спортивної гри, в якій він проєктується на екран, за правильні рухи нараховуються бали, а система запам'ятовує, як рухаються його руки та ноги, імітуючи дії. Гра дозволяє пацієнтам звільнитися від болю, розробити суглоби та сформувати нові рухові стереотипи.

Психологічна реабілітація

Наразі в Україні відсутня повноцінна та адекватна психологічна реабілітація для військовослужбовців. На даний час державна психологічна підтримка ветеранів Збройних Сил України надається двома шляхами:

1. У військових госпіталях у разі поранення.
2. Після поранення направлення до психолога надає сімейний лікар, до якого звернувся пацієнт.

В результаті тисячі учасників бойових дій повертаються до цивільного життя без адаптаційного періоду після пережитого жаху, з пошкодженою психікою, нічними кошмарами і неможливістю продовжувати нормальне життя. Як наслідок, з'являється багато психологічно травмованих бійців, які можуть стати новим «втраченим поколінням».

З цієї причини держава зараз активно реєструє фахівців, які надають психологічну допомогу. З початком війни в інтернеті з'явилося багато людей, які пропонують безкоштовну та анонімну допомогу.

Дружня реабілітація

Після повернення до цивільного життя учасники бойових дій відчують, з одного боку, непереборну потребу «зануритися» в минуле і військову ситуацію, з іншого – глибоке почуття провини за те, що вижили на тлі загиблих товаришів, а з третього – «виговоритися» і випустити свій постійний біль, а також розповісти іншим особисту правду про війну. Це необхідно зробити.

Крім того, ті, хто повертається з фронту, часто скаржаться на неприйняття їх суспільством. Поки йде війна, мешканці міст живуть звичайним життям, ходять у кафе, а до самих ветеранів не ставляться як до героїв. Більше того, колишніх військовослужбовців часто уникають, вважають агресивними та упереджено ставляться до них при працевлаштуванні. Як наслідок, вони часто перебувають в ізоляції і не намагаються спілкуватися з іншими.

В Україні зараз впроваджується незвична форма реабілітації для військових які повертаються з війни – дружня реабілітація. Це різновид соціально-психологічної реабілітації, але підтримку надають не лікарі, а колишні військовослужбовці, а сам центр знаходиться не в госпіталі. Тому спілкування в групі відбувається не з позиції лікаря і пацієнта, а з позиції рівних, таких же військовослужбовців і друзів. Такі центри існують як офлайн, так і онлайн, причому онлайн можна знайти дружні реабілітаційні групи, наприклад, у соціальних мережах.

Сімейна реабілітація

Хтось стає алкоголіком, хтось намагається максимально ізолюватися від суспільства, хтось стає імпульсивним і нестриманим. Характерною рисою українців є те, що вони не звикли звертатися за психологічною допомогою і просто замикаються в собі. До психологів солдати приходять лише тоді, коли вже зовсім втрачають надію на те, що все «вирішиться». Люди продовжують займатися самолікуванням або просто пускають все на самоплив, а рідні та близькі не завжди звертають увагу на їхні внутрішні переживання і не поспішають звертатися по допомогу.

Однак це дуже важливо. У розвинених країнах військовослужбовцям надається 12-місячна відпустка на реабілітацію. Тому для того, щоб ветерани війни повернулися до нормального життя і перестали спати ночами зі страшними спогадами, їм потрібен не лише державний контроль, а й увага рідних та близьких. Доведено, що реабілітація військовослужбовців відбувається швидше та ефективніше в присутності люблячих та дружніх родин.

Існують численні онлайн- та офлайн-групи для жертв війни, де фахівці навчають родичів, як підтримувати солдатів, які повертаються з фронту, на що звертати увагу і за чим слід стежити, коли і як звертатися до лікаря. Усі сім'ї військових повинні усвідомлювати, що повернення до цивільного життя може бути складним і їм потрібна підтримка.

Реабілітація тваринами

Тим, хто потребує психологічної допомоги після повернення додому, зараз часто призначають каністерапію (лікування за допомогою спеціально навчених для цього собак). За умови правильного навчання, кажуть лікарі, собаки-цілителі також можуть допомогти людям вийти з депресії.

Собаки залишаються в домівках учасників бойових дій, у тому числі й на тимчасовій основі, так звані «перетримки». За словами активістів, бійців заохочують гуляти та гратися з собаками. Лікування триває близько року.

Окрім собак, для реабілітації солдатів тепер використовують коней та бджіл. Психологи пояснюють, що катання на коні відволікає їх і допомагає забути жахи війни, а сон на ліжку з вуликом знімає стрес і дозволяє спокійно заснути.

Реінтеграція в суспільство

Мирне життя занурює воїнів у бюрократичний лабіринт держави. Ветеранам доводиться розбиратися, як отримати посвідчення учасника бойових дій, як знайти роботу, щоб утримувати сім'ю. І найголовніше питання – як влитися і жити в суспільстві тих, хто не воював. Уряд активно розробляє програми підтримки, щоб допомогти військовослужбовцям повернутися до цивільного життя. Вже створено низку безкоштовних груп та центрів соціальної реінтеграції.

Працюючи в групах, колишні військовослужбовці можуть покращити свої соціальні навички, подолати неконструктивну заклопотаність своїм станом, розвинути інші аспекти своєї особистості, налагодити контакти, відновити здорову комунікацію та звикнути до спокійного і розслабленого стану.

Освітня реабілітація

Люди, вибиті зі звичного ритму життя на місяці, а то й роки, довго не можуть знайти роботу. По-перше, вони втрачають всі професійні контакти, які допомагають їм знайти роботу. Крім того, багато людей за цей час втрачають свої професійні навички. Крім того, деякі професії більше не доступні після поранення.

Важливою частиною переходу військовослужбовців до цивільної кар'єри є набуття нових навичок. З цією метою Міністерство у справах ветеранів підписало меморандуми про взаєморозуміння з понад 30 університетами, де ветерани можуть отримати цивільні професії.

Крім того, українці можуть безкоштовно пройти низку онлайн-курсів та освітніх програм не лише в Україні, а й у всесвітньо відомих університетах.

Відновлення бізнесу

Український уряд активно підтримує ветеранів у відкритті власного бізнесу. Існує програма підтримки ветеранського бізнесу для військовослужбовців. Зокрема, існують менторські програми, спрямовані на навчання військовослужбовців, як здійснювати проектну діяльність та як подавати заявки на певні грантові програми. Наприклад, Український фонд ветеранів започаткував конкурсну програму «Вартісно», в рамках якої на конкурсній основі надається фінансування ветеранам та їхнім родинним бізнесам.

ВИСНОВКИ

Жоден лікар, як і українець не здався в цій битві. Вона триває і до цих пір, але система охорони здоров'я замість колапсу, відкрила нові горизонти свої можливостей, за два роки повномасштабного вторгнення:

1. Відновлено близько 868 зруйнованих та пошкоджених від атак медичних закладів.

2. В межах Програми медичних гарантій було надано безоплатну допомогу 21 мільйону українців.

3. 2,8 мільйони українців отримали препарати по програмі «Доступні ліки».

4. Завдяки допомозі партнерів та міжнародних організацій вже більше 1000 швидких медичних допомог надають допомогу в містах та селах, де вони були потрібні.

5. Народжені малюки, а це 122 189 пройшли неонатальний скринінг.

6. 974 трансплантацій проведено в Україні.

7. До клінік Європи евакуйовано близько 4927 українців на лікування (станом на червень 2024).

8. 340 закладів охорони здоров'я отримали необхідні медичні вироби, серед них операційні столи та мікроскопи, апарати штучної вентиляції легень, це понад 9000 одиниць.

9. Отримано медичними закладами 655 генераторів для безперебійної роботи.

10. Допомогли 255 пацієнткам за безкоштовною програмою безпліддя.

Але заплатили дуже високу ціну, за офіційними даними загинуло на робочих місцях, при надаванні допомоги 194 цивільні медиків і ця цифра, на жаль, буде зростати. Але за період повномасштабного вторгнення народилось 393 419 українців, щоб жити у вільній та незалежній Україні. І повторююсь цифри будуть рости з кожним днем, і сподіваюсь, в позитивну сторону. А медичних працівників, військових, звичайних громадян, дітей, що вбила ця війна ми будемо пам'ятати.

Трансформація системи надання послуг охорони здоров'я відбувається дуже повільно і зі значним вставанням. Цей процес також залежить від культури надання та споживання медичних послуг. Очікування громадян часто не співпадають з тим, що вони чекають від системи охорони здоров'я, і тому це часто призводить до несприйняття реформ. А з іншого боку надавачі послуг не готові до кардинальних змін чи суттєвого перевтілення і працюють за схемами, які були напрацьовані роками і не готові до впровадження доказової медицини у свою практику. Таким чином, сам процес реорганізації систем послуг потребує масштабної роботи від керівництво до громадян, які отримують медичну допомогу. Адже лише спільна праця принесе свої плоди.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Українська правда НСЗУ стверджує, що в Україні побільшало лікарів і медперсоналу під час війни. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2023/01/12/252303/>.
2. Закупівля сонячних панелей для медичних закладів. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukrayinu-nadijshli-5876-sonyachnih-panelej-dlya-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-vid-yevrokomisiyi>.
3. Гресько В.І. Поняття охорони здоров'я як об'єкта адміністративно-правового забезпечення. *Правові горизонти*. 2020. Випуск 22 (35). С. 65–69.
4. Карамишев Д.В., Удовиченко Н.М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)*: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17–18 квітня 2008 р. Львів. С. 129–136.
5. Про центральні органи виконавчої влади : закон України від 17 березня 2011 р. № 3166-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17#Text>
6. Положення про Національну службу здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. *Офіційний вісник України*. 2018. № 15. Ст. 29.
7. Health financing in Ukraine: resilience in the context of war. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5882-45647-65535>
8. Про місцеві державні адміністрації : закон України від 9 квітня 1999 р. *Офіційний вісник України*. 1999. № 20. Ст. 190.

9. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листопада 1992 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
10. Про курорти : закон України від 5 жовтня 2000 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 50. Ст. 435.
11. Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад : постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 805. *Офіційний вісник України*. 2001. № 28. Ст. 78.
12. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996. *Офіційний вісник України*. 2010. № 84. Ст. 36.
13. Бюджет України 2022 року. URL: https://mof.gov.ua/uk/budget_2022-538.
14. Про Державний бюджет на 2023 рік : закон України від 3 листопада 2022 р. № 2710-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2710-20#Text>
15. Про Державний бюджет України на 2024 рік : закон України від 9 листопада 2023 р. № 3460-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-20#Text>
16. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листопада 1992 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
17. Національна служба здоров'я України. Вимоги первинної медичної допомоги на 2024 рік. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2024-1699952970/vimogi-pmg-2024>.
18. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
19. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році : постанова Кабінетів Міністрів України

від 22 грудня 2023 р. № 1394. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-realizatsii-prohramy-derzhavnykh-harantii-medychnoho-obsluhovuvannia-naselennia-u-2024-rotsi-i221223-1394>

20. Вимоги Програми медичних гарантій на 2025 рік. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2025/proect-vymogy-pmg-2025-1720109713>

21. Автомобілі для надання паліативної допомоги. URL: <https://moz.gov.ua/uk/es-ta-undp-nadali-ukraini-specialno-obladnani-avtomobili-dlja-paliativnoi-dopomogi>

22. Автомобілі для надання медико-соціальної допомоги дітям від народження до трьох років. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/unicef-has-donated-70-vehicles>

23. Програма «EU4Health». URL: <https://moz.gov.ua/uk/evrosojuz-vidiljae-ukraini-ponad-46-mln-evro-na-proekti-u-sferi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-v-ramkah-programi-eu4health>

24. Підтримка проєктів у сфері охорони здоров'я міжнародною гуманітарною організацією Direct Relief. URL: <https://moz.gov.ua/uk/mizhnarodna-gumanitarna-organizaciya-direct-relief-nadast-ukrayini-10-miljoniv-dlya-pidtrimki-proyektiv-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya>

25. Ueffing, P., Adhikari, S., K.C., S., Poznyak, O., Goujon, A. and Natale, F., Ukraine's population future after the Russian Invasion. Publications Office of the European Union, 2023, URL: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC132458>

26. Передчасна смертність в Україні. URL: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35587/NCD-Care-Continuum-and-Opportunities-for-Action-within-HealthReform-in-Ukraine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/deaths/>

27. Демографічний прогноз. 2021. URL: <https://www.healthdata.org/ukraine>

28. Isaac I, Malaeb M, Bou khalil A, Musharrafieh U2 and Bizri. Infectious Diseases in Times of Conflict and War: The Loyal Companions, 2020, URL: <https://clinmedjournals.org/articles/jide/journal-of-infectious-diseases-and-epidemiology-jide-6-172.pdf>
29. Дослідження STEPS. URL: <https://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/risk-factors-for-noncommunicable-diseases-in-ukraine-in-2019-2020>
30. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді. Київ, 2019 рік. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/media/921/file/Social%20conditionality%20and%20indicators%20of%20adolescent%20and%20youth%20health%20in%20Ukraine.pdf>
31. ДТП статистика по Україні. URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/varval.asp?ma=000_0308&path=../Database/Population/03/02/<=1multilang=uk
32. HIV and AIDS Estimates. Joint United Nations Program on HIV/AIDS in Ukraine, 2021, URL: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine>
33. Monitoring of HIV infection in Ukraine. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, 2021, URL: https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring?indicator=116&tab=infographics
34. Global tuberculosis report 2021. World Health Organization, 2021, URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
35. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2022 - 2020 data. World Health Organization and the European Centre for Disease
36. Prevention and Control, 2022, URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2022-2020-data>
37. Ukraine War: The impact of disruption on infectious and chronic disease programs is expected to be severe and durable, World Health Organization, July 7, 2022, URL: <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-war-impact-disruption-infectious-and-chronic-disease-programmes-expected-be-severe-and-durable>

38. Catch-up polio immunization campaign to begin in Ukraine. World Health Organization, January 27, 2022, URL: <https://www.who.int/europe/news/item/27-01-2022-catch-up-polio-immunization-campaign-to-begin-in-ukraine>
39. Two cases of measles have been registered in Ukraine. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, March 6, 2023, URL: <https://phc.org.ua/news/v-ukrani-zareestrovani-dva-vipadki-koru>
40. Вакцинація від COVID-19. URL: <https://vaccination.covid19.gov.ua/>
41. National Health Service of Ukraine, Government portal, "Analytical dashboards", March 3, 2023, URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>
42. Оголошення про правила працевлаштування медичного персоналу з України в Польщі. Сайт для громадян України. URL: <https://www.gov.pl/web/ua/Oholoshennya-pro-pravyyla-pratsevlashtuvannya-medychnoho-personalu-z-Ukrayiny-v-Polshchi>
43. Khanyk N., Hromovyk B., Levytska O., Agh T., Wettermark B., Kardas P. The impact of the war on maintenance of long-term therapies in Ukraine, November 24, 2022. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2022.1024046/full>
44. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report September 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023, URL: <https://www.who.int/europe/news/item/24-10-2022-accessing-health-care-in-ukraine-after-8-months-of-war--the-health-system-remains-resilient-but-key-health-services-and-medicine-are-increasingly-unaffordable>
45. Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів (Протокол I), від 8 червня 1977 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_199#Text
46. Казмірчук А.П. Основні напрямки роботи, інноваційні проекти та досягнення Головного військового клінічного госпіталю в умовах воєнного стану. URL: <https://health-ua.com/terapiya-i-semeynaya-meditsina/mizdisciplinarni->

problemi/74179-osnovn-napryamki-roboti-nnovatcjn-proekti-tadosyagnennya-golovnogo-vjskovog

47. Бойові медики. Смерть зачекає – Служба Безпеки України. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=wgVTatU4oKc&rco=1>

48. Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 12 лютого 2024 року : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2024 р. № 279. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-20022024--279-pro-zatverdzhennja-perelikiv-likarskih-zasobiv-i-medichnih-virobiv-jaki-pidljagajut-reimbursacii-za-programoju-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannja-naselennja-stanom-na-12-ljutogo-2024-roku>

49. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : постанова Кабінетів Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

50. Система спостереження за атаками на охорону здоров'я. URL: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>

51. Загальна сума збитків, завдана інфраструктурі України. URL: <https://kse.ua/ua/about-the-school/news/zagalna-suma-zbitkiv-zavdana-infrastrukturi-ukrayini-zrosla-do-mayzhe-155-mlrd-otsinka-kse-institute-stanom-na-sichen-2024-roku/>

52. Ukraine: Medical care severely disrupted in war-torn areas. URL: <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/ukraine-medical-care-severely-disrupted-war-torn-areas>

53. HeRAMS Ukraine Baseline Report 2023: Operational status of the health system November 2022 – May 2023. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/herams/herams-ukraine-baseline-report-2023.pdf?sfvrsn=9463a12d_1&download=true

54. Towards a Green Transition of the Energy Sector in Ukraine. URL: <https://www.undp.org/ukraine/publications/towards-green-transition-energy-sector->

ukraine?fbclid=IwAR2fiBe1UicWo1NT7qmOpVZOb9SfS9GB8hnr9SJFqYVCHYc2urWNG_56H_U

55. Про затвердження Порядку визначення та застосування граничних величин споживання електричної потужності : постанова Кабінету Міністрів України від 24 травня 2024 р. № 600 зі змінами від 25.07.2024 № 856. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/600-2024-%D0%BF#Text>

56. «Заклади охорони здоров'я: успішні приклади відновлення в екосистемі DREAM». URL: <https://iaa.org.ua/articles/healthcare-facilities-successful-examples-of-recovery-in-the-dream-ecosystem/>

57. Перший в Україні банк довготривалого зберігання крові. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukraini-stvoreno-pershij-bank-dovgostrokovogo-zberigannja-eritrocitiv->

58. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 518 : постанова Кабінету Міністрів України від 4 листопада 2020 р. № 1053. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-2020-%D0%BF#Text>.