

**Міністерство освіти і науки України**  
**Національний університет «Києво-Могилянська академія»**  
**Факультет соціальних наук і соціальних технологій**  
**Школа охорони здоров'я**

**Магістерська робота**  
освітньо-кваліфікаційний рівень - магістр

на тему: **«Адаптація системи охорони здоров'я України до викликів,  
спричинених військовим вторгненням Росії»**

До захисту  
(Підпис завідувача кафедри)

Виконала:  
Студент/ка 2 року навчання  
Бойко Ганна Юріївна

факультету соціальних наук і соціальних технологій  
спеціальності 073 «Менеджмент»  
освітньо-наукової програми  
«Менеджмент в охороні здоров'я»

Науковий/а керівник/ця  
професор, доктор медичних наук Шевченко Марина  
Вікторівна

Рецензент \_\_\_\_\_  
(прізвище та ініціали)

Магістерська робота захищена з оцінкою  
« \_\_\_\_\_ »

Секретар ЕК \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

Київ 2022

**Національний університет «Києво-Могилянська академія»**  
**Факультет соціальних наук і соціальних технологій**  
**Школа охорони здоров'я**  
Другий (магістерський) рівень вищої освіти  
Спеціальність 073 «Менеджмент»  
Освітньо-наукова програма «Менеджмент в охороні здоров'я»

**АНОТАЦІЯ**

Бойко Ганна Юріївна

**«Адаптація системи охорони здоров'я України до викликів, спричинених  
військової агресією Росії»**

Зміст анотації

Робота присвячена дослідженню викликів для системи охорони здоров'я, які були спричинені повномасштабною війни Російської Федерації проти України. Аналіз світового досвіду трансформацій медичних систем у зв'язку з військовими діями та проведення оцінки стану медичної системи України за методологією ВООЗ, дозволили виявити основні прогалини в наданні медичної допомоги в Україні. Отримані дані були використані у формуванні рекомендації, які можуть бути враховані при плануванні Програми медичних гарантій на 2023 рік.

The paper examines the disruptions in the Ukrainian health care system caused by the full-scale war of the Russian Federation. Analysis of the medical systems transformation in the countries affected by armed conflicts, and assessment of the condition of the medical system in Ukraine according to the WHO methodology have revealed the main gaps in the provision of medical care in Ukraine. The obtained data has been used in preparing recommendations that can be taken into account while planning the Health Guarantee Program for 2023.

**Ключові слова:** *охорона здоров'я, війна, Україна, медична система*

Київ 2022

## ПЛАН

ВСТУП.....	3-5
РОЗДІЛ 1. ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВОЄННИЙ ТА ПІСЛЯВОЄННИЙ ЧАС: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	
1.1. Зміни у наданні медичних послуг для цивільного населення під час військових дій.....	6-10
1.2. Реформа сектору охорони здоров'я у післявоєнний час.....	10-16
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Обмеження проведення дослідження в умовах війни.....	17
2.1. Опис кабінетного дослідження .....	18-19
РОЗДІЛ 3. Результати дослідження .....	19-28
РОЗДІЛ 4. РЕКОМЕНДАЦІЇ З ОГЛЯДУ НА ПОТОЧНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	29-32
ВИСНОВКИ.....	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	34-39
ДОДАТКИ.....	40-43

## ВСТУП

З початку повномасштабної війни Росії проти України система охорони здоров'я України, яка все ще перебуває під реформуванням з 2015 року, отримала небачені до цього виклики. Те, як мережа медичних закладів на сході України адаптувалася до територіальних змін і потреб населення з 2014 по сьогоднішній день, зараз отримала виклики вся мережа.

Збільшення окупації території до 20% (Промова Президента України в Палаті депутатів в Люксембурзі, 2022) свідчить про те, що доступ до наявної медичної бази, кадрів та пацієнтів тимчасово недоступний. Паралельно фіксуються воєнні злочини проти української системи охорони здоров'я (середина травня 200 злочинів (ВООЗ, 2022), зруйновані та пошкоджені інфраструктурні об'єкти, особливо на півночі, сході і півдні країни. Враховуючи військові дії, переміщеними особами в межах України стали понад 8 мільйонів осіб (ІОМ, 2022). Ці факти спричинили нерівномірний розподіл навантаження на систему охорони здоров'я та зумовили виникнення складнощів з наданням медичних послуг цивільному населенню.

Саме тому для Міністерства охорони здоров'я України стало пріоритетом в першу чергу фіксувати всі незаконні напади на інфраструктурні об'єкти охорони здоров'я та медичний персонал, що є забороненим за міжнародним гуманітарним правом.

Також, постало питання як реагувати та адаптувати систему охорони здоров'я до нових умов, аби вона була спроможною забезпечити безперервне лікування пацієнтів.

З цією метою МОЗ України веде консультації з міжнародними партнерами, представниками Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового Банку. Крім цього, за час війни в Україні активно почали діяти міжнародні гуманітарні організації, які так само долучилися до підтримки надання медичної допомоги для цивільного населення та поранених.

Координація діяльності всіх зацікавлених сторін для забезпечення більш ефективного надання медичних послуг, а також розробка плану дій в надзвичайній ситуації та стратегія відбудови та адаптації системи охорони здоров'я є пріоритетом для України. Саме тому, тема цієї магістерської роботи є актуальною і потребує уваги, з точки зору наукового і практичного значення.

Враховуючи обмеження у проведенні дослідження, викликані війною, дослідження буде складатися з аналізу літератури щодо попереднього досвіду країн Європи, Африки та Близького Сходу з 1990-х років щодо впливу військових дій на надання медичної допомоги, аналізу викликів, які слід очікувати системі охорони здоров'я під час війни, та розробці пропозицій щодо швидких заходів відновлення медичної системи задля забезпечення доступу до медичної допомоги.

При підготовці даної роботи використано відповідні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я для країн, де відбуваються чи відбувалися активні бойові дії.

Основна частина — це кабінетне дослідження, яке мало на меті проаналізувати наявні виклики в системі охорони здоров'я України та, на основі огляду літератури і поточної ситуації, запропонувати шляхи покращення надання медичних послуг для населення в умовах війни.

У даному дослідженні об'єктом є система охорони здоров'я України у період військових дій, предметом дослідження — виклики та шляхи адаптації системи охорони здоров'я до викликів, спричинених війною в Україні.

Мета цього дослідження полягає у визначенні викликів, які спричинила повномасштабна війна на території України для надання медичних послуг населенню, та запропонувати рекомендації для вирішення окреслених проблем на основі наявних, результативних міжнародних практик діяльності систем охорони здоров'я в умовах війни.

Завдання цього дослідження полягають у наступному:

- Вивчити міжнародний досвід країн, які були змушені адаптувати свої системи охорони здоров'я до умов війни.

- Провести аналіз поточного стану системи охорони здоров'я за будівельними блоками ВООЗ з урахуванням повномасштабної війни на території України.
- Розробити рекомендації для адаптації системи охорони здоров'я в Україні до нових умов.

Гіпотеза дослідження полягає у тому, що адаптація та переорієнтація системи охорони здоров'я до нових, надзвичайних умов є основним викликом, що виникає на шляху її діяльності та відновлення під час військових дій.

При проведенні дослідження нами було використано та проаналізовано звіти та рекомендації міжнародних організацій, що стосуються викликів для медичної системи спровокованих військовими діями, зокрема звіт ООН «Насильство і охорона здоров'я» (2002), повідомлення про надзвичайну ситуацію ВООЗ стосовно поточної ситуації стану медичної системи в Україні.

Для вивчення досвіду країн, які пережили військові дії і були змушені адаптувати системи охорони здоров'я до нових викликів, використано дані наукових публікацій та досліджень Бува & Вуорі (2017), Шує *et. al* (2003), Хан (2021) щодо впливу війни на систему охорони здоров'я Косово і післявоєнної відбудови країни; Шимуновича (2007) про досвід Боснії і Герцеговини; Бендевід *et. al* (2021), Гарі & Чеккі (2019) щодо впливу війни на країни Близького Сходу; Трітхарт (2019), Гесесев *et. al* (2021) досліджували країни Африки.

Для підготовки рекомендацій, які можуть слугувати базовими для підтримки сучасного стану системи охорони здоров'я, окрім зазначених вище праць, були використані рекомендації Європейської обсерваторії за системами охорони здоров'я щодо реформи лікарень (2002), експертів Deloitte стосовно побудови лікарень майбутнього (2021), а також результати досліджень Барі & Леві (2008) в контексті залученості медичних працівників до адвокації задля привернення уваги до викликів для системи охорони здоров'я.

Паралельно з частиною кабінетного дослідження, яке було проведено з урахуванням обмежень, викликаних війною, було зібрано інформацію для розробки відповідних рекомендацій.

## РОЗДІЛ 1

# ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВОЄННИЙ ТА ПІСЛЯВОЄННИЙ ЧАС: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### **1.1. Зміни у наданні медичних послуг для цивільного населення під час військових дій**

Для того, аби вивчити досвід країн того, як збройні конфлікти вплинули на надання медичної допомоги населенню, ми розглянемо звіти Міжнародних організацій та дослідимо приклади Югославії, Близького Сходу та Африки, та проаналізували публікації дослідників, що звертають увагу на труднощі різних військових конфліктів, аби прослідкувати спільні проблеми і зрозуміти, яких викликів слід очікувати.

У звіті ООН «Насильство і охорона здоров'я» (2002), детально приділена увага дослідженню колективного насильства, тобто військових дій, та його впливу на охорону здоров'я. За даними ООН, перший випадок в якому громадське здоров'я опинилося під загрозою військових дій, був задокументований в 1970 році внаслідок гуманітарної кризи в Нігерії (с. 215).

Дані досліджень вказують, що військові дії напряду впливають на смертність, захворюваність та інвалідність населення. Наприклад, за рік військових дій в Боснії і Герцеговині, показники материнської і дитячої смертності зросли вдвічі, а в Сараєво кількість недоношених дітей — на 20% (с. 223).

Експерти ООН також звертають увагу на загрозу поширеності інфекційних захворювань, що виникають внаслідок війни. Так, наприклад, загальними викликами стають зниження покриття вакцинацією, переміщення населення і зосередження великої чисельності населення в таборах для тимчасово переміщених осіб, загрози використання забрудненої питної води або її відсутність, скорочення державних і місцевих кампаній з громадського здоров'я, та, як наслідок, обмеження доступу до медичної допомоги (с. 223).

Зростають ризики поширення ВІЛ-інфекції та захворювань, які передаються статевим шляхом, через те, що військові можуть використовувати згвалтування як елемент ведення війни і залякування населення, а постійна передислокація військ призводить до збільшення поширеності захворювання (с. 223).

Одним з наслідків війни також є збільшення людей з інвалідністю через постійну загрозу вибуху мін як для військового, так і цивільного населення. Особливо гостро ця проблема стояла в Камбоджі, де близько 36 000 населення втратили хоча б одну кінцівку (с. 223).

Надання медичної допомоги в цілому ускладняється через такі фактори, як відсутність води, електропостачання, порушення поставок лікарських засобів та нестача медичного обладнання. Медичні працівники часто потерпають від насилля і тиску військових, тому поширеним явищем є переселення фахівців до більш безпечних місць, як наслідок — втрата медичних працівників на місцях (с. 228).

Для більш глибокого розуміння наслідків воєнних дій на системи охорони здоров'я країн, проаналізовано наукові публікації та дослідження, які стосуються досвіду різних країн.

Під час війни в Югославії 1992—1995 рр., як зазначає Шимунович (2007), система охорони здоров'я Боснії і Герцеговини не була готовою до військових дій, не організовано запасів медикаментів чи проведено плану заходів для адаптації роботи у випадку військових дій. Наслідком цього стало те, що в перші три місяці облоги Сараєво, в місті закінчилися базові хірургічні розхідні матеріали, була першочергова потреба у кисні.

З початком війни представниками окупаційної влади та військових було прийнято рішення щодо заміни більшості керівників лікарень та департаментів охорони здоров'я за політичними та етнічними критеріями, що призвело до приходу некваліфікованого і байдужого керівного апарату (с. 2).

На думку Дебар (2018), потрібно розуміти, що зміна пріоритетів у наданні медичної допомоги в умовах воєнних дій може призвести до прогалин у наданні медичної допомоги цивільному населенню. Враховуючи фактор терміновості викликаний військовими діями, існує ризик пріоритизації факторів, які легко

визначити та виміряти, як наприклад вакцинація, аніж більш комплексних речей, як, наприклад психічне здоров'я. Інший чинник, на який звертається увага — це захворювання, які є найбільш помітними. В такому разі, більшість пацієнтів, які мають неінфекційні хронічні захворювання та рак, можуть залишитися поза увагою медичної системи (с. 20).

Проте, останнім часом увага до проблеми неінфекційних захворювань в умовах конфліктів зростає і неурядові організації звернули увагу на їхню хронізацію та поширеність в країнах Близького Сходу. Дослідниками Гарі & Чеккі (2019) встановлено, що проблема полягає у відсутності механізмів та інструментів, які б дозволяли проводити швидке реагування щодо надання допомоги хворим з НІЗ (с. 293).

Дебар (2018) наголошує на те, що в умовах військових дій та окупації погіршується сексуальне та репродуктивне здоров'я. Особливо це стосується гендерно зумовленого насильства. Саме тому, вище перераховані проблеми мають враховуватись при плануванні гуманітарної допомоги населенню (с. 21-22).

Одним з викликів системи охорони здоров'я, про яку згадує Дебар (2018) є підтримка сталості надання медичних послуг. Такі чинники як знищення медичної інфраструктури та залучення значної кількості гуманітарних організацій створює ефект паралельної системи надання послуг, яка не є сталою. Саме тому, гуманітарні організації мають краще координувати роботу між собою, а також підтримувати роботу місцевих органів охорони здоров'я (с. 22).

За спостереженнями Трітхарт (2019), система охорони здоров'я Судану, яка продовжує функціонувати протягом більше ніж 35 років військового конфлікту, страждає від відсутності координації між стейкхолдерами, які залучені до надання медичної допомоги (урядові та міжнародні організації, неурядові гуманітарні організації та приватний сектор).

Також страждає система фінансування, яка є фрагментованою, система державного страхування існує паралельно з іншими джерелами фінансування та безкоштовною допомогою, яка надається неурядовими організаціями. Це, у свою чергу, породжує нерівний доступ до медичних послуг по всій країні. Так, наприклад,

36% закладів первинної медичної допомоги в країні не надавали медичну допомогу населенню в повному обсязі. Лише 24% закладів пропонували мінімальний пакет таких послуг населенню. Загалом, це створює величезний дисбаланс між доступом до медичної допомоги в сільській і міській місцевостях (с. 6-7).

Бендевід *et. al* (2021) зазначають про високий ризик розвитку інфекційних захворювань у регіонах, які зазнали впливу війни, що виникають внаслідок неможливості надання допомоги і контролю за їх розвитком.

Крім того, переміщенні особо часто змушені проживати в умовах великого скупчення людей в таборах для переселенців або в інших приміщеннях, що стимулює поширення інфекцій. Наприклад, збільшення захворюваності на туберкульоз, серед переміщених осіб на Близькому Сході спостерігалися спалахи кору та Гепатиту В серед дітей (с. 528). Ситуація, в якій діти змушені евакуюватися з місць активних бойових дій та ставати внутрішньо переміщеними особами, впливає на збільшення захворюваності серед дитячого населення. Дані щодо поширеності захворювань в країнах з низьким рівнем доходу, то, за оцінками Рідер & Кунара (2012), діти біженців найчастіше помирають від діареї, ГРВІ, кору, малярії та недоїдання. Дослідники стверджують, що в цих умовах використання засобів гігієни та чистої питної води значно скоротило б поширеність захворювання серед населення (с. 60-61).

Дослідники Гесесев *et. al* (2021) звертають увагу на вплив військових дій на медичну систему регіону Тігрей в Ефіопії. Не дивлячись на високий відсоток дитячої вакцинації у повоєнний період, у перші 3 місяці війни було неможливо отримати доступ до вакцинації, що разом зі зростання чисельності населення, яка перебуває на межі голоду, до 5 млн. осіб, створило справжню катастрофу для системи охорони здоров'я країни. Як зазначають вказані науковці, саме голод, згвалтування і знищення медичної інфраструктури були складовою частиною військових дій (с. 1). Війна в країні призвела до величезних інфраструктурних збитків, адже на кінець війни лише 17% медичних закладів були у робочому стані. Система охорони здоров'я втратила кадровий потенціал, адже близько 2000 з них стали тимчасово переміщеними особами (с. 2).

Ще одним викликом для системи стало те, що всі існуючі програми фінансування, включаючи медичне страхування припинилися, що ускладнило пацієнтам доступ до охорони здоров'я через брак коштів. В той же час, війну не витримала і медично-інформаційна система, яка забезпечувала обмін даними та ведення пацієнтів (с. 2-3). Дослідники вказують на те, що всі ці проблеми загрожують подальшому функціонуванню системи охорони здоров'я, на що також впливають такі додаткові фактори, як відсутність Інтернет-покриття, електроенергії та, як наслідок, можливості передачі інформації, зруйнована банківська система. Саме тому міжнародна увага до цієї проблеми і залучення донорів може покращити ситуацію і збільшити надходження інвестицій для відбудови системи (с. 6).

Таким чином, дані аналізу наукової літератури та досліджень дозволили визначити основні фактори, які впливають на погіршення стану системи охорони здоров'я, серед яких зруйнування інфраструктури, нестача медичних кадрів, коли фахівці були змушені припинити медичну діяльність та переселятися в більш безпечні місця, і, як наслідок, призупинення надання медичних послуг, що, у разі появи міжнародних організацій, може перетворюватись в паралельне надання послуг, що ускладнює координацію між партнерами.

## **1.2. Реформа сектору охорони здоров'я у повоєнний час**

У цьому розділі представлено результати вивчення досвіду країн, які пройшли через військові дії та були вимушені боротися з кризою в системі охорони здоров'я у повоєнний час. Крім того, важливо також дослідити звіти та рекомендації міжнародних організацій, таких як ВООЗ та Делойт щодо кращих практик реформування закладів охорони здоров'я, аби мати розуміння того, як Україна може адаптувати цей досвід.

Як зазначає Хан (2021), система охорони здоров'я Косово була інтегрована в систему Сербії до 1999 року, саме тому із здобуттям незалежності країна потребувала відбудови цілковито автономної системи охорони здоров'я та належного менеджменту. Незважаючи на те, що система охорони здоров'я Югославії вважалось

достатньо розвиненою, за період військових дій з 1990 по 1999 надання медичної допомоги значно ускладнилося (с. 89).

Дослідники Шує *et. al* (2003) описують досвід Косово у відбудові системи охорони здоров'я упродовж 1999–2000 років. З моменту виходу військ НАТО, координацію агенцій ООН та неурядових організацій, яких на той час налічувалося понад 200, взяла на себе ВООЗ. Як зазначають дослідники, система охорони здоров'я Косово на той час мала ряд найбільших викликів, серед яких: обмеження соціалістичної системи, які існували ще до війни, попередні 10 років репресій та створення паралельної системи надання медичних послуг, безпосередньо вплив активних бойових дій, який тривав 3 місяці, а також необхідність швидкого переходу на ринкову систему надання медичних послуг. В той час як будівлі медичних установ не були зруйновані, постачальникам не вистачало медичного обладнання для повноцінного надання медичної допомоги. Також Косово зіштовхнулося з нестачею медичних кадрів, особливо управлінських, у зв'язку тим, що більшість керівних посад займали представники сербського населення, які в результаті воєнних дій залишили територію Косово.

Як зазначають Бува & Вуорі (2007), після завершення війни, Косово мало визначитися з тим чи відбудовувати наявну систему охорони здоров'я, чи витратити більше зусиль задля того, аби працювати над створення нового, покращеного варіанту. Вони стверджують, що Косово обрало для себе шлях повного переоснащення і перебудови існуючої системи охорони здоров'я. У 1999 році Департамент охорони здоров'я Косово спільно з експертами ВООЗ розробили проміжні рекомендації, які мали на меті сформувати основні напрямки реформ. Запропоновано заходи з децентралізації й передачу функцій реалізації програм з медичної допомоги на регіональний рівень та рівень громад, в той час як на центральному рівні залишалися підготовка кадрів, бюджетування, запровадження сучасних підходів до менеджменту та напрацювання задля сталого розвитку системи охорони здоров'я (с. 227).

На думку вчених, пріоритетним напрямком для Департаменту охорони здоров'я Косово стала розбудова і розвиток первинної медичної допомоги. В першу чергу,

постало питання відбудови інфраструктури, на що зголосилися ті неурядові організації, які працювали в країні. При цьому, Департамент охорони здоров'я розробив спеціальні керівні принципи та стандарти для відбудови інфраструктури та організації роботи закладів охорони здоров'я, в т.ч. забезпеченість медичними кадрами та медичним обладнанням. Акценти були зроблені на підготовці нових кадрів для закладів, що надають первинну медичну допомогу. МОЗ Косово було створено Центр з розвитку сімейної медицини, який афілійовано Королівським коледжем (King's College London), (KCL) Великої Британії, для підготовки 400 спеціалістів з сімейної медицини (с. 227).

Дослідники Барі & Леві (2008) у своїй книзі «Війна та громадське здоров'я» простежили вплив військових дій на здоров'я населення та запропонували кроки, що можуть здійснювати медичні фахівці задля того, аби зменшити тягар війни на надання медичних послуг. Як зазначають дослідники, одним з важливих компонентів є спостереження й документація, що полягає у використанні медичних даних з метою поширення інформації про наслідки впливу воєнних дій на медичні послуги. Ці дані можна згодом використовувати для планування освітніх та комунікаційних кампаній з метою інформування населення про загрози, які несе війна.

Важливим елементом, який можуть використати медичні фахівці, це проведення кампаній з адвокації задля адаптації політик в охорони здоров'я у відповідності до нових реалій військових дій. Серед таких кампаній можуть бути: збільшення послуг громадського здоров'я, привернення уваги до наслідків для навколишнього середовища і впливу на здоров'я населення, промоція заходів, спрямованих на захист медичних працівників (с. 16-17).

Дослідники Сабес-Фігуера *et. al* (2012) проводили аналіз того, як війна впливає у довгостроковій перспективі на витрати в охороні здоров'я, взявши до порівняння населення 8 країн, які зазнали впливу війни, серед яких Боснія і Герцеговина, Хорватія, Косово, Македонія, Сербія, та біженців у Німеччині, Італії та Великобританії. Як з'ясували дослідники, вплив війни на стан психічного здоров'я напряду залежить від збільшення витрат, які домогосподарство змушене витратити на охорону здоров'я, що спостерігається навіть через певний проміжок часу. Саме

тому дослідники рекомендують враховувати програми, спрямовані на покращення психічного здоров'я серед населення при розробці політик по завершенню війни, адже це напряму може вплинути на витрати домогосподарств на лікування у довгостроковій перспективі.

Питання побудови сучасної медичної інфраструктури ставало однією з основних завдань для країн, які оговтувалися після військових дій. Такі проблеми у наданні медичної допомоги при відсутності лікарів на місцях та неналежною медичною інфраструктурою можуть бути врегульовані за рахунок проведення реформи лікарень.

У посібнику Європейської обсерваторії за системами охорони здоров'я «Реформи лікарень нової Європи» (2003) описуються підходи до створення оптимальної структури відділень лікарень, забезпечення медичним обладнанням та професійним персоналом, універсально дизайну закладу для створення умов для персоніфікації надання медичної допомоги, стимулювання впровадження нових технологій, обладнання, підходів до проектування доступних приміщень. Як зазначається у вказаній публікації, саме країни Східної Європи за своїм реформуванням медичної системи відрізняються від Західної тим, що зміни в системах охорони здоров'я відбувалися під прямим впливом зовнішніх факторів. Так, зазначається що *«в таких країнах як Албанія, Боснія і Герцеговина, Грузія, Таджикистан - важливу роль зіграли війни або масштабні заворушення, що призвели до значного зниження ємності лікарень, частково через військові дії, частково через відсутність фінансування на підтримку роботи лікарень»* (с. 33).

Рекомендації, надані в публікації, допомагають зрозуміти механізми та інструменти розбудови/реструктуризації лікарняного сектору, дають розуміння як професійно та ефективно інвестувати кошти для досягнення балансу між розвитком закладу та покращенням послуг для пацієнта. Для функціонування системи охорони здоров'я керівництво як на центральному, так і мікрорівні має стимулювати розвиток зв'язків всередині системи охорони здоров'я, що, на нашу думку, є так само важливим компонентом при втраті структурних взаємозв'язків внаслідок проходження через певний період військових дій.

Слід вказати на запровадження нових технологій для лікування пацієнтів у стаціонарах, що потребує оновлення матеріально-технічної бази. Цей підхід має відобразитися і у відповідних змінах у підготовці медичного персоналу, адже реформована лікарня вимагає більше фахівців з технічною кваліфікацією, при цьому вони не мають обов'язково бути медиками за фахом, а також в керівниках, які спроможні управляти складною структурою закладу (с. 65).

При розбудові закладів охорони здоров'я рекомендовано використовувати стаціонарозамінних технологій та хірургії одного дня (с. 65). Також фахівці Європейської обсерваторії за системами охорони здоров'я звертають увагу на те, що кількість амбулаторних операцій збільшилася через застосування нових засобів хірургічного втручання, які дозволяють зменшити перебування пацієнта в лікарні і перевести лікування на амбулаторний режим. Спостереження говорять про те, що кількість амбулаторного лікування продовжуватиме зростати, що потребує відповідних змін для організації лікування та нагляду за пацієнтом. Особливо цю тенденцію підштовхує технічний прогрес (с. 66). Така реорганізація також збільшить шанси для хворих, які перебувають у важкому стані, або потребують термінового медичного втручання, отримати вчасне лікування, адже дозволить відсортувати медичні випадки у відповідності до вимог лікування (с. 67).

Експерти також наголошують на потребу розбудови інформаційних технологій та телемедицини. При цьому слід пам'ятати, що деякі умови проживання не дозволяють проводити лікування пацієнтів на дому (с. 97). Наприклад, у випадку війни, коли люди змушені переселятися в більш безпечне місце, і на певний проміжок часу тимчасове житло може бути в таборах для біженців або в житлі, облаштованому в приміщеннях шкіл, торгових центрах, тощо. У випадку коли неможливо організувати нагляд на дому, дослідники пропонують розглянути можливість використовувати інші заклади, де може надаватися допомога і нагляд за пацієнтами, а саме будинки для людей літнього віку, хоспіси (с. 97). У будь-якому випадку, дослідниками робиться акцент на розбудову потужної первинної ланки, на яку має бути зосереджена особлива увага задля того, аби попередити хвороби на важкій стадії і приділяти увагу діагностичному лікуванню з превентивною метою (с.

96).

У дослідженні Deloitte (2021), присвяченому тому, якими функціями мають наділятися медичні заклади майбутнього, експерти наголошують на тому, що заклади охорони здоров'я мають стати *«більш цифровізованими, більш інноваційними, більш ефективними, більш доступними, більш інтегрованими, більш стійкими, більш клієнто орієнтованими»* (с. 2).

Щоб досягти цього, потрібно реалізувати декілька покровових покращень, а саме:

- здійснювати інвестиції в електронну систему охорони здоров'я, працюючи над збором і обробкою медичних даних, аби мати спроможність надавати медичну допомогу ширшому колу пацієнтів;
- покращувати регуляторні політики, не зменшуючи при цьому якість лікування; підтримувати зсув до платежів, які засновані страховій медицині, замість договорів на основі оплати, які показують свою економічну неефективність. Як зазначають дослідники, *«бізнес моделі, які переформатовуються під страхову систему ризиків дозволяють реалізувати більшу гнучкість у розвитку та впровадження технологій від постачальників, які шукають більш ефективні засоби для покращення результатів при зменшенні загальних витрат»* (с. 2).

Дослідники Deloitte також вказують на те, що з пандемія COVID-19 дала поштовх до переформатування лікарень, які мають адаптуватися до викликів сучасності. Як стверджується у звіті, сучасна медична індустрія має безпрецедентний рівень співпраці між урядами і медичними організаціями, що прискорює розвитку медичної науки. Як наслідок, дослідники бачать шість елементів медичної системи, які відчують трансформації внаслідок появи нових викликів в лікуванні:

- надання медичної допомоги,
- діджитал-трансформація,
- медичні технології,
- сталість охорони здоров'я
- навколишнє середовище,

- зміни робочого середовища,
- нові регуляторні практики (с. 5).

Ці елементи потрібно враховувати при довгостроковому плануванні реформ у наданні медичної допомоги.

Провівши аналіз досвіду країн з трансформації охорони здоров'я у післявоєнний період, а також дослідивши рекомендації міжнародних організацій щодо реформи медичних закладів і змін у наданні медичної допомоги, ми простежили, як змінюється роль лікарень і надання медичної допомоги внаслідок післявоєнних реформ, з урахуванням технологічного прогресу і нових загроз для громадського здоров'я.

Встановлено за даними аналізу міжнародного досвіду, що внаслідок військових дій, країни, які мали такий досвід, всі без виключення втрачають ліжковий фонд і медичних фахівців, проте, провівши правильно реструктуризацію лікарень та стимулюючи переорієнтацію на розвиток первинної медичної допомоги та амбулаторного сектору, враховуючи спроможності використання інформаційно-електронних систем, можна покращити доступ до медичної допомоги без фінансування будівництва нових лікарень задля відновлення інфраструктури.

Крім того, результати вивчення міжнародного досвіду вказують на потребу переглянути підходи до вливання в систему медичних та інших кадрів з врахуванням орієнтації на запровадження нових технологій та нові потреби населення у медичній допомозі. Більшість країн стикалися з проблемами забезпечення кадровим потенціалом, в т. ч. це стосувалося і управлінських кадрів, які могли бути спроможними втілювати необхідні зміни та координувати розподіл максимально обмежених ресурсів.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### **2.1. Обмеження проведення дослідження в умовах війни**

Враховуючи те, що дослідження здійснюється під час активної фази військових дій, виникла низка обмежень при спробі збору даних і проведенні даного дослідження.

Леві & Сідел (2016) у своєму дослідженні наголошують на викликах, які супроводжують дослідження впливу військового конфлікту на здоров'я населення. Так, такими обмеженнями і викликами може бути відсутність системи збору даних, соціальний розкол, вимушена міграція, упередження в наданнях звітності, складність в розрізненні військово і цивільного населення, недостатня увага до захворюваності та смертності цивільного населення, хаос війни, відсутність уваги до здоров'я цивільного населення ворожої сторони, вплив дистанційно керованих систем зброї та залежність від авіабомбардування. Для того, аби досліджувати вплив військового конфлікту на здоров'я, автори радять документувати спостереження в сфері громадським здоров'ям, проводити епідеміологічні дослідження або швидко оцінку перебігу подій (с. 207-208).

В Україні ж до початку війни спеціалісти Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у відкритому доступі надавали дані, які стосувалися діяльності і фінансування закладів охорони здоров'я, а саме заключення договорів, кількість працівників і пацієнтів, кошти, які перераховувались закладам. Після 24 лютого поточного року частина медичних закладів опинилася під окупацією, а дані, наявні у відкритому доступі могли бути використані проти них, тому доступ до офіційного сайту НСЗУ обмежений і частина інформації втрачена для аналізу.

Також постійні кібер-атаки на сайти МОЗ України, урядових органів та структур негативно вплинули на можливість отримання інформації про діяльність системи охорони здоров'я.

Також, за рахунок того що військові дії все ще знаходяться у активній фазі і атаки на заклади охорони здоров'я продовжуються, виникають складнощі у документуванні фактів у реальному часі. Те саме можна сказати про переміщення медичних працівників із зони бойових дій та за межі країни.

## **2.2. Опис кабінетного дослідження**

З огляду на наявність обмежень проведення дослідження у зв'язку з війною, дослідження проведено як кабінетне, яке має на меті проаналізувати систему охорони здоров'я у період військового стану на основі аналітичної структури ВООЗ, яка покликана здійснити оцінку системи охорони здоров'я за шістьма елементами, за наявними даними у відкритому доступі.

Станом на час на проведення дослідження використано переважно звіти міжнародних організацій та повідомлення МОЗ України та інших державних установ і закладів, а також дані громадських організацій, які фіксують документування атак на заклади охорони здоров'я (наприклад, Українським центром охорони здоров'я (УНС).

За основу використано рекомендації посібника ВООЗ «Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies» (2010). Посібник сформований задля того, аби виконувати функцію моніторингу систем охорони здоров'я та допомагати фахівцям, які визначають політики охорони здоров'я, швидко реагувати на існуючі проблеми і прогалини. За інформацією ВООЗ, така методологія дозволяє прослідкувати прогрес в наданні медичних послуг, оцінити продуктивність системи, задоволеність отриманими послугами серед населення, а також допомагає опрацювати систему підзвітності (с. 5).

Кабінетне дослідження проведено за основними блоками, відповідно до аналітичної структури ВООЗ та включатиме інформацію лише за окремими блоками, інформація щодо яких є відкритою та доступною для вивчення та аналізу в умовах воєнних дій в Україні.

Блок 1. Лідерство/управління: аналіз ситуації щодо адаптації організаційної

практики до потреб воєнних дій, зокрема налагодження використання ресурсів, наявність спроможності належно використовувати робочий час персоналу, можливість виміряти задоволеність пацієнтів та постачальників, доступ до ресурсів та управління ними;

Блок 2. Фінансування охорони здоров'я: чи продовжується фінансування програм охорони здоров'я відповідно до повоєнного часу, чи відповідають фінансові витрати плановим, наскільки можна стверджувати про ефективне використання бюджету, чи достатньо фінансових ресурсів для забезпечення стійкості системи у військовий стан, а також чи вдається зменшити військові втрати і ввести економічно ефективні заходів, які диктуються військовими діями;

Блок 3. Медичні кадри: чи вистачає кваліфікованого персоналу, чи здійснюються атаки на військовий персонал і які заходи безпеки впроваджуються, чи вдається проводити навчання і тренінги медичних працівників для навчання надання допомоги в надзвичайних ситуаціях, чи зберігається мотивація медичних працівників;

Блок 4. Медична продукція/технології: чи вистачає відповідних ліків, медичних матеріалів, медичних апаратів та обладнання, чи збережені логістичні поставки, вироблення фармацевтичної продукції, чи наявні ліки в аптеках, чи впроваджуються новітні технології діагностики пацієнтів, що продиктовано військовим станом;

Блок 5. Інформація: наскільки здійснюється моніторинг та оцінка медичних послуг, чи діють станом на сьогодні сучасні та відповідні інструкції та протоколи, чи є доступ до Інтернету в місцях активних бойових дій, окупованих територіях, наскільки зараз працює проста та ефективна система звітності;

Блок 6. Надання послуг: чи можна говорити про задоволеність пацієнтами доступом до медичних послуг, чи вдається забезпечити своєчасне обслуговування, чи спостерігається дискримінація пацієнтів, що могло бути спричинене війною, чи вплинула війна на спосіб комунікації лікаря з пацієнтом.

На основі отриманих результатів кабінетного дослідження і аналізу міжнародних публікацій та досліджень запропоновано рекомендації для адаптації системи охорони здоров'я до нових умов і військових дій.

### РОЗДІЛ 3

## РЕЗУЛЬТАТИ КАБІНЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Беручи до уваги методологію дослідження та враховуючи обмеження його проведення, які було зазначено в попередньому розділі, представлено результати аналіз за доступними блоками з урахуванням поточної гуманітарної ситуації в Україні.

Щодо організації і надання медичних послуг: станом на середину червня за даними ООН в Україні працює близько 300 гуманітарних організацій, які надають допомогу населенню, серед них 136 організацій які сприяють в забезпеченні медичної допомоги (ОСНА, червень 2022).

Близько 9 млн. людей в Україні вже отримали доступ до гуманітарної допомоги, яка була надана агентствами ООН та партнерськими гуманітарними організаціями. Близько 3 млн. людей змогли отримати доступ до медичних послуг, і отримали медичні засоби та медикаменти, які були надані гуманітарними організаціями (ОСНА, червень 2022).

Найбільше потребують гуманітарної допомоги станом на середину червня мешканці, які знаходяться у Харківській (близько 2 мільйонів), Дніпропетровській (близько 600 тисяч), Київській (близько 600 тисяч), та Львівській областях (понад 500 тисяч). Так само, продовжується допомога щодо транспортування поранених з України до країн Європи за підтримки ЄС, і за останніми даними кількість пацієнтів становить 500 чоловік. Організація «Лікарі без кордонів» працює над тим, аби евакуйовувати поранених з території Східної України. Спеціально облаштований медичний потяг за два місяці дозволив евакуювати 690 важкопоранених зі Сходу (ОСНА, червень 2022).

Також МОЗ України спільно з Академією сімейної медицини, за підтримки ВООЗ, організували проект з підтримки закладів, що надають первинну медичну допомогу, шляхом організації мобільних медичних пунктів для жителів міст Бучі, Гостомеля, Макарова, Бородянки, Димера, Іванківа (ВООЗ, червень 2022). Цей

проект може бути прикладом того, як організація та надання медичної допомоги на деокупованих територіях адаптується під реалії, викликані війною, при цьому акцентуючи увагу на підтримці саме цієї ланки, враховуючи потреби населення цього регіону.

Щодо фінансування охорони здоров'я на період війни, то НСЗУ продовжує здійснювати виплати закладам охорони здоров'я за програмою медичних гарантій. Станом на сьогодні, за інформацією ВООЗ, НСЗУ працює над довгостроковим фінансовим планом з урахуванням військових дій, задля того, аби зрозуміти потреби у кожному регіоні і адаптувати фінансування і програми. Передбачається, що головними компонентами, на які буде спрямована підтримка, залишаються адаптація електронної системи та моніторингу, удосконалення програми медичних гарантій, визначення вартості медичних послуг (ВООЗ, червень 2022).

Реалізація цих цілей дозволить оцінити реальний фінансовий стан у медичній сфері. Але разом з цим, ключовим залишається те що держава продовжує сплачувати медичним закладам за послуги, що дозволяє забезпечувати доступ до медичної допомоги для населення. Відкритим залишається питання забезпечення населення медичною допомогою в зоні активних бойових дій та на тимчасово окупованих територіях, проте в разі опрацювання фінансового плану ці критерії мають бути враховані.

МОЗ України активно працює над наслідками подолання кризи в системі охорони здоров'я: *«МОЗ вже розпочало створення плану розвитку та відновлення зруйнованих закладів охорони здоров'я та відбудови медичної галузі загалом. При цьому нова мережа медзакладів формуватиметься з урахуванням кращих європейських стандартів і практик. Лікарні будуватимуться відповідно до принципу госпітальних округів та поділятимуться на надкластерні, кластерні, загальні та пункти первинної медичної допомоги»* (МОЗ: Світовий банк підтримує Україну на шляху відбудови медичної галузі та впровадженні новітніх технологій 2022).

До війни в Україні в рамках реформування системи охорони здоров'я, розпочато модернізацію лікарняного сектору, були сформовані госпітальні округи,

розроблялися підходи щодо запровадження кластерної системи мережі закладів. Зокрема, у 2017 році урядом затверджено перелік та склад госпітальних округів Донецької області. Було створено 6 госпітальних округів: Слов'янський, Бахмутський, Краматорський, Покровський, Волноваський, Маріупольський (Розпорядження Кабінету Міністрів України №995-р). Аналогічна ситуація щодо розбудови госпітальних округів використано і у інших областях.

До початку воєнних дій в окремих областях за підтримки міжнародних організацій були проведені масштабні роботи щодо проведення поточного ремонту та технічного переоснащення, яке відбулось внаслідок проведеної реорганізації (ООН, 2019).

МОЗ України наполягає у масштабній інфраструктурній перебудові, а також перепрофілювання закладів охорони здоров'я. Однак, експерти вказують на потребу в додаткових оцінках щодо фінансування та організацію масштабних інфраструктурних відбудов, враховуючи той факт що потрібні покривати потреби в доступі до медичної допомоги вже зараз, тому даний проект має містити за собою додаткові короткострокові рішення для організації медичної допомоги для населення, що знаходиться в умовах війни й потребує лікування зараз, особливо що стосується тимчасово переміщеного населення.

При цьому, варто не забувати про виклики для пацієнтів, які існували до війни, і серед них це були витрати пацієнтів з кишені. Зазначимо, що в Україні частка витрат з кишені є найбільшою серед країн Європи (Світовий Банк, 2017), в загальних видатках охорони здоров'я, частка внеску домогосподарств протягом 2010-2015 рр. коливалася в межах 40%-49% (Прус, 2017). При цьому, частка витрат на лікарські засоби є найбільшою.

Саме тому з квітня 2017 року в Україні почала діяти програма «Доступні ліки», або урядова програма реімбурсації, яка вже четвертий рік дозволяє пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою чи діабетом II типу отримувати ліки з переліку безоплатно, чи сплачувати частину вартості (постанова Кабінету Міністрів України №152). Однак, охоплення програмою областей було нерівномірною і залишало за собою виклики для населення Східних областей

(ВООЗ, 2019).

Тому питання забезпечення населення ліками поки не піднімалося, проте в довгостроковій перспективі ми можемо очікувати зменшення програми урядової програми «Доступні ліки» й передбачити труднощі щодо доступу до програми для населення, де інфраструктура міст була зруйнована.

Наприклад, за інформацією, поданому у звіті ВООЗ (червень 2022), аптеки Херсонської області перебувають у кризовому стані, адже близько 90% аптек є зачинені, а решта великих аптечних мереж також повідомляє про рішення припинити роботу на території області. Ціни ж на медикаменти збільшилися у п'ять разів. Тому справжнім викликом зараз є збереження роботи аптек і організація постачання ліків для населення. Можна очікувати, що аналогічна ситуація спостерігається в інших районах активного ведення бойових дій, і в довгостроковій перспективі нестача медикаментів несе серйозну небезпеку для здоров'я населення.

Стосовно вакцинації населення та належного доступу до обов'язкових вакцин, то МОЗ України продовжує інформаційні кампанії для нагадування про календар щеплення, одна за інформацією ВООЗ, у червні в Івано-Франківській області повідомляли про нестачу вакцин проти Гепатиту В, поліомієліту, туберкульозу та дифтерії, й що доставка необхідних вакцин очікується на липень-серпень. Це може викликати стурбованість, адже при недостатній кількості вакцин і неможливості пацієнтам отримати доступ до вакцинації, в Україні можуть швидше поширюватись інфекційні захворювання, що може створювати додаткове навантаження на систему охорони здоров'я.

Саме тому МОЗ України звернулося до представників ВООЗ з проханням про постачання додаткових партій вакцин для потреб медичної системи та вакцинації медиків. Також ВООЗ повідомляє про те, що за даними МОЗ України розпочався моніторинг поширення холери, а медична система готова до ймовірного сплеску захворювання, і має необхідні медичні засоби в запасі задля того, аби запобігти розвитку хвороби. Разом з тим, Львівська міська державна адміністрація вже розробила план на випадок поширення холери у Львівській області (ВООЗ, травень 2022).

Ще одну загрозу цього року несе поліомієліт для населення України. У травні ВООЗ звітувало про позитивний результат на поліомієліт у двох дітей, а також про відстеження вірусу у 19 контактів, що проходив безсимптомно. На жаль, всеукраїнська кампанія вакцинації від поліомієліту, яка була запланована на початок лютого, і мала забезпечити вакцину проти поліомієліту для 140 000 дітей віком від 6 місяців і 6 років, які не мали щеплень, не була реалізована. За інформацією ВООЗ, станом на сьогодні програма була відновлена, але охоплює до половини дітей, які потребують щеплення (ВООЗ, травень 2022).

Разом з тим, вакцинація проти COVID-19 продовжується, однак характеризується низьким рівнем тестування та, як наслідок, низькою поширеністю. Наприклад, станом на початок червня було зафіксовано 271 випадок захворюваності за добу, тоді як до початку війни в лютому фіксувалося до 25 тисяч захворювань на добу. Пункти вакцинації залишаються працювати у всіх регіонах, де цьому не перешкоджають бойові дії. При цьому ВООЗ попереджає, що *“Ризик спалахів захворювань, таких як холера, COVID-19 та кір, зріс через брак чистої питної води, скупчення людей у колективних центрах і бомбосховищах, а також через низькі показники вакцинації”* (ВООЗ, травень 2022).

Щодо потреб для населення, то МОЗ України інформує про 15 мільйонів осіб, які потребуватимуть психологічної підтримки у зв'язку з війною, та близько 3-4 мільйонів людей, які потребуватимуть медикаментозної підтримки для лікування психологічних розладів (Близько 3-4 мільйонів українців потребуватимуть ліків через психічні розлади внаслідок війни, 2022). Таке збільшення потреб у психологічній допомозі потребуватиме додаткових витрат з державного бюджету і розширення програми медичних гарантій, з урахуванням потреб з організації психологічних консультацій для дорослих та дітей.

Однак, залишається відкритим питання, чи достатньо в Україні фахівців, які можуть надати психологічну допомогу, адже психологія традиційно також являється більшою в частці приватних провайдерів, тому НСЗУ має врахувати цю особливість при формуванні нових пакетів послуг.

Так само в пріоритеті МОЗ України залишається підтримка і навчання

медичних фахівців, враховуючи сьгоднішні потреби медичної системи. Так, для лікарів активно проводяться навчання для лікування масових травм. Наприклад, сім тренінгів по лікуванню травм і масових уражень були проведені для фахівців з екстреної медицини в Київській області, і заплановано ще більше тренінгів також для фахівців з Чернігівської області у наступні місяці. Так само МОЗ України звертає увагу на можливе використання хімічної зброї, а тому відповідні тренінги для розуміння, як бути готовим до хімічних опіків були проведені в Києві, Дніпрі, а також в центрах екстреної медицини в Донецькій і Луганській областях (ВООЗ, червень 2022). Відповідні навчання дозволяють підготувати медичних фахівців до можливих сценаріїв необхідності лікування хворих з хімічними опіками, та допомагає сформуванню закладів, які, у разі потреби, можуть залучатися до надання допомоги.

Для того, аби дізнатися потреби домогосподарств в медичній допомозі, ми можемо використати результати опитування ВООЗ та партнерів з кластеру охорони здоров'я домогосподарств, які проживають в притулках чи в інших тимчасових місцях перебування.

Так, за результатами опитування, яке проводилось в середині квітня 2022 року, *«при оцінці на рівні домогосподарства: серед 276 інтерв'ю – 43% респондентів повідомили, що принаймні один член їхнього домогосподарства потребує медичних послуг, з яких 45% повідомили про серйозні проблеми з доступом до лікування, причому безпека та транспорт є двома найбільш поширеними перешкодами. Крім того, 61% осіб повідомили, що вони не можуть зв'язатися з сімейними лікарями особисто, по телефону чи онлайн; при оцінці на рівні громади/притулку: серед 103 інтерв'ю – близько 41% респондентів повідомили про серйозні проблеми з доступом до медичних послуг, причому вартість ліків (67%) та транспорт (48%) є одними з найбільш поширених перешкод. Майже дві третини (63%) повідомили, що хтось у їхній громаді/притулку мав серйозні проблеми з доступом до ліків, причому серцево-судинні ліки є найбільш часто згадуваними, а вартість (80%) і аптечний запас (65%) зазначені як найбільші перешкоди для доступу до ліків»* (ВООЗ, травень 2022).

Таким чином, аналізуючи опитування вище, простежується велика необхідність в доступі до лікарських засобів, і проблема полягає не лише у збільшенні вартості медичних засобів, а й в їх відсутності. Особливо гостро ця ситуація простежується у людей з серцево-судинними захворюваннями, які мають продовжувати курс лікування.

При цьому, понад половину опитаних повідомили про труднощі зв'язатися з сімейним лікарем. З початку війни НСЗУ оголосило, що всі тимчасово переміщені особи можуть звертатись до сімейних лікарів за місцем перебування, без необхідності перезаключити декларацію. Це мало дозволити забезпечити надходження коштів до тих центрів первинної медичної допомоги, які перебували в зоні активних бойових дій, проте продовжували надавати медичну допомогу, але це створило додаткове навантаження на сімейну ланку на Заході України, де сімейні лікарі мали б обслуговувати додаткових пацієнтів безоплатно.

Результати опитування свідчать, що для пацієнтів, які були змушені тікати від війни, все ще залишаються труднощі в доступі до сімейного лікаря, що створює перепону до отримання консультації спеціаліста та безоплатного медичного лікування.

Майже половина опитаних повідомила, що для них основними бар'єрами на шляху до доступу до медичної допомоги становлять саме небезпека та відсутність транспортного сполучення. На жаль, в регіонах ведення активних бойових дій курсування громадського транспорту припинене, а у випадку загрози постійних обстрілів, пацієнти змушені перебувати у сховищах весь час, і при відсутності особистого транспорту, шлях до лікарні може виявитися нездоланим.

До того ж, в зонах ведення бойових дій може бути відсутній інтернет та електроенергія, що унеможлиблює навіть використання телемедицини для консультації з лікарем. Це свідчить про те, що люди змушені відмовлятися від лікування заради особистої безпеки, що ставить може призвести до розвитку хронічних захворювань.

Таким чином, проаналізувавши доступну інформацію за шістьма блоками, за якими здійснюється моніторинг системи охорони здоров'я за методологією ВООЗ,

використавши оперативні звіти міжнародних організацій, нам вдалося зібрати і проаналізувати стан кожного з будівельних блоків національної системи охорони здоров'я: лідерства та управління, фінансування, медичних кадрів, медичної продукції, інформації та надання послуг.

Результати проведеного дослідження вказують на те, що МОЗ України за підтримки міжнародних партнерів виконує координуючу і керівну роль в організації і забезпеченні медичної допомоги, що зменшує ризики розвитку паралельного надання медичної допомоги, і допомагає координувати зусилля всіх партнерів.

Фінансування медичних послуг, за яке відповідає НСЗУ, продовжується на основі програми медичних гарантій, і здійснюється спільна робота НСЗУ та ВООЗ щодо розробки нової системи фінансування, яка дозволить врахувати потреби кожного регіону при формуванні нової програми медичних гарантій.

Щодо стану медичних кадрів, МОЗ України разом з міжнародними партнерами активно проводить навчання медичного персоналу, проте відсутня інформація про те, скільки фахівців були змушені припинити роботу і виїхати за кордон, скільки фахівців стали тимчасово переміщеними особами. Дашборди НСЗУ не працюють і не оновлюються, щоб оцінити проблему в реальному часі. Але дані з опитування, проведеного міжнародними організаціями, свідчить що більше половини домогосподарств не можуть зв'язатися з сімейним лікарем, що може бути сигналом до відтоку медичних кадрів.

Наявні проблеми простежуються в доступі до ліків та вакцин. Як пацієнти, так і обласні департаменти повідомляють про нестачу або зростання цін на ліки, що ускладнює лікування хворих. Також, логістичні поставки медикаментів ускладнені через бойові дії.

Так само ми спостерігаємо проблеми з дотриманням календаря щеплень і наявністю вакцин в Україні, що може призвести до серйозних наслідків, як спалах епідемій, особливо в місцях скупчення людей, про що попереджають представники ВООЗ. Україна взяла на себе зобов'язання не допустити поширення інфекційних захворювань в Україні, адже з плином біженців за кордон проблема можна також торкнутися сусідніх країн і стати справжнім викликом для громадського здоров'я в

Європі.

Стосовно інформаційних технологій, то війна спричинила труднощі в обміні інформацією між закладами через перебої в доступі до інтернету та електроенергії для ведення електронної документації. Також, документи у відкритому доступі могли бути використані ворожими військами задля утримання приватної інформації про керівників закладів, рахунки, пацієнтів, тощо, що стало проблемою для окупованих територій. У звітах міжнародних організацій відсутня інформація, як лікарні були змушені переорієнтувати свою роботу, враховуючи ці виклики.

Надання медичних послуг залишається найбільшим викликом для системи охорони здоров'я, що підтверджується і результатами опитувань домогосподарств. Про зменшення доступу до послуг охорони здоров'я вказали понад 50% пацієнтів, які мали б таку потребу.

## РОЗДІЛ 4

### РЕКОМЕНДАЦІЇ З ОГЛЯДУ НА ПОТОЧНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Проаналізувавши досвід систем охорони здоров'я у період війни та виклики, які супроводжували країни після необхідності відбудови охорону здоров'я в країнах, визначено декілька основних викликів, які з попереднього досвіду можуть вплинути на проблеми розвитку охорони здоров'я в Україні. Серед таких викликів це, в першу чергу:

- трансформація медичних закладів
- доступ до медичної допомоги
- відтік медичних кадрів.

Проведене вище кабінетне дослідження також вказало на прогалини в забезпеченні населення лікарськими засобами та вакцинами, а також виявило слабкість передачі інформації на випадок військових дій. Тож, які кроки потрібно зробити, аби покращити стан медичної системи.

По-перше, робота щодо реорганізації закладів охорони здоров'я має бути одним з пріоритетів на сьогоднішній день. Тож, проаналізувавши світовий досвід, ми знаємо що військові дії на території країни призводять до знищення медичної інфраструктури, і, як наслідок, скорочення кількості ліжок. Однак, замість того, аби витратити ресурси на відбудову лікарень, можна працювати над реорганізацією роботи лікарень, аби залишати на стаціонарному лікуванні пацієнтів у важкому стані, при цьому стимулювати амбулаторне лікування та телемедицину. Паралельно, потрібно продовжувати підсилення сімейної ланки та інвестувати в нові технології, що дозволятимуть пацієнтам проходити діагностичне лікування для попередження захворювань.

По-друге, потрібно адаптувати програму медичних гарантій до потреб кожного регіону, і додати пакет психологічної допомоги, який допоможе людям отримати доступ до консультацій зі спеціалістами, аби підтримувати своє здоров'я. Огляд

літератури показав, що нехтування проблемами психічного здоров'я серед людей, які пережили війну, впливає на збільшення витрат в охороні здоров'я.

По-третє, необхідно звернути увагу на забезпечення безперервних поставок лікарських засобів та моніторинг аптек на наявні засоби із переліку «Доступні ліки». Відбулося подорожчання більшості лікарських засобів, що може призвести до катастрофічних витрат для населення. Співпраця з аптеками може сприяти моніторингу наявності ліків і інформуванню пацієнтів, де їх можна отримати. Те ж саме стосується і вакцинації — пріоритетом мають залишатися адвокаційні кампанії з метою промоції вакцинації і вчасне забезпечення вакцинами регіонів.

По-четверте, війна спричинила додаткові навантаження на медичних працівників, які змушені працювати більше, при чому часто наражаючись на небезпеку. Деякі медичні працівники були змушені стати внутрішньо переміщеними особами, або виїхати за кордон. Праця лікарів залишається затребуваною за кордоном, тому, аналізуючи досвід країн, ми можемо очікувати на відтік медичних кадрів, що може різко вдарити по медичній системі. Тому, крім базових речей як виплата заробітної плати і забезпечення умов для роботи, надання медичної допомоги має бути організовано таким чином, аби залучати окремо медичних працівників і спеціалістів з технічною кваліфікацією, а також робити акцент на амбулаторному лікуванні, аби зберігати час медичних працівників. При цьому, медичні працівники мають змогу долучитися до адвокації щодо підтримки розвитку медичної допомоги, що може допомогти державі краще розуміти потреби на місцях.

По-п'яте, військові дії показали, наскільки небезпечними можуть бути відкриті дані, якщо вони можуть бути використані в неправомірних цілях ворожою армією. Покращена інформаційна система обміну даними має бути облаштована надійним захистом, аби унеможливити витік інформації.

Загалом, досвід країн, які перенесли війну на своїй території, показує, що надзвичайно важливо збирати епідеміологічні дані, фіксувати атаки на заклади охорони здоров'я і медичних фахівців, моніторити показники захворюваності, де це можливо, адже все це допоможе більш ефективно спланувати подальші державні витрати в системі охорони здоров'я. Станом на сьогодні міжнародні партнери

допомагають Україні в здійсненні таких моніторинрів, що дозволяє вірити про прийняття зважених рішень на основі зібраних даних.

Україна до початку військових дій мала досвід реформування власної системи охорони здоров'я в прифронтових районах Донецької і Луганської областей. При дотриманні постійного моніторингу показників за кожною складовою системи охорони здоров'я, та за підтримки міжнародних партнерів, можна використати кращі світові практики, аби зробити переорієнтацію на потреби медичної галузі, викликані війною. Однак, перед тим як фокусуватися на довгострокових перспективах і плануванню кампаній щодо відбудови/реконструкції закладів охорони здоров'я, варто намагатися виправити недоліки, які існують сьогодні шляхом мінімального використання ресурсів.

Саме тому, з урахуванням вище зазначених викликів, ми можемо запропонувати зміни до Програми медичних гарантій 2023, що є у відповідальності НСЗУ і залишається одним з пріоритетних напрямків роботи НСЗУ разом з ВООЗ. Тому, наступні пропозиції можуть бути корисними при формуванні Програми медичних гарантій (*ДОДАТОК А*):

- Первинна медична допомога:

впровадження коригувального коефіцієнту 1,25 до тарифу на медичні послуги, аналогічного до коефіцієнту, який існує на сьогоднішній день для населених пунктів, що мають гірський статус, до територій, які розташовані в зоні активних бойових дій та на відстані 60 км;

для сімейних лікарів, які заключили договори понад ліміт з тимчасово переміщеними особами, понижувальний коефіцієнт не застосовується до 129 відсотків ліміту включно;

здійснювати доплату внаслідок досягнення індикаторів якості за рівень вакцинації проти COVID-19 для дорослих, та дітей до 18 років згідно з календарем профілактичних щеплень.

Посилення первинної медичної ланки є одним з основних пріоритетів у дослідженні Бува & Вуорі (2007), а проблеми з доступом до медичних послуг і низький рівень вакцинації залишаються значними, відповідно до проведеного

кабінетного дослідження, тому дані зміни можуть стимулювати до покращення доступу населення до медичної допомоги, особливо в зоні бойових дій, і збільшити можливості лікарів працювати на місцях.

- Стационарна медична допомога:

Коефіцієнт 1,2 має бути застосований до надавачів медичних послуг, які надають медичні послуги на території активних бойових дій, або на відстані до 60 км, за пакетами Програми медичних гарантій: “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах”; “Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня”; “Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій”; “Стационарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2”.

Це дозволить збільшити фінансування для лікарень, які знаходяться в безпосередній близькості до зони бойових дій, і тим самим стимулювати медичних фахівців залишатися на місцях внаслідок використання додаткових ресурсів на трансформацію медичної допомоги в закладах, що відповідає рекомендаціям, описаним в праці Європейської обсерваторії за системами охорони здоров'я стосовно реформи лікарень.

- Психіатрична допомога

Для населених пунктів, які знаходяться на відстані до 60 км від зони бойових дій, дозволити створення мобільних мультидисциплінарних команд у відповідності до потреб населення.

Це дозволить попередити негативні наслідки психологічних травм для витрат в охороні здоров'я, описаних у праці Сабес-Фігуера *et. al* (2012).

## ВИСНОВКИ

Встановлено за результатами аналізу поточного стану системи охорони здоров'я низку викликів, які виникли внаслідок війни Російської Федерації проти України, починаючи з 24 лютого 2022. Це стосується обмеження доступу до медичних послуг у зв'язку з пошкодженням медичної інфраструктури, нестачею ліків та медичних фахівців. Війна вплинула на надання медичних послуг по всій країні, починаючи від втрати медичних закладів через окупацію на Сході і Півдні, до збільшення тягаря на медичні заклади Західної і Центральної України. Війна також створила додаткові загрози поширеності інфекційних захворювань, та створила додатковий тягар на населення, створюючи величезний психологічний тиск, що впливає на рівень здоров'я населення.

Враховуючи досвід країн, які пережили військові дії на своїй території, показано, що проблеми з медичною інфраструктурою, кваліфікованими кадрами і перериванням наданням послуг є типовими загрозами для медичної системи. Внаслідок цього, запропоновано окремі рекомендації для нівелювання ризиків, які виникли, потреба у розробці програм для підтримки кваліфікованих медичних працівників та заходів, які допоможуть убезпечити сталість надання послуг і укріплення ролі держави у реагуванні на надзвичайні ситуації.

Показано що, розробка політики при подальшій розбудові системи охорони здоров'я має базуватися на комплексній і деталізованій оцінці ситуації в залежності від довготривалості воєнних дій, відсотку територій, які були під окупацією і потребують відновлення, наявності достатньої чисельності медичних працівників та стабільних і достатніх джерел фінансування.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Bendavid, E., Boerma, T., Akseer, N., Langer, A., Malembaka, E. B., Okiro, E. A., ... & Wise, P. (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*, 397(10273), 522-532. [https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
2. Buwa, D., & Vuori, H. (2007). Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo. *The European Journal of Public Health*, 17(2), 226-230. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl114>
3. Debarre, A. (2018). Gaps in International Health Policy and Its Implementation in Armed Conflict. In *Hard to Reach: Providing Healthcare in Armed Conflict*. International Peace Institute. [https://www.ipinst.org/wp-content/uploads/2018/12/1812\\_Hard-to-Reach.pdf](https://www.ipinst.org/wp-content/uploads/2018/12/1812_Hard-to-Reach.pdf)
4. Garry, S., & Checchi, F. (2020). Armed conflict and public health: into the 21st century. *Journal of Public Health*, 42(3), 287-298. <https://www.doi.org/10.1093/pubmed/fdaa036>.
5. Deloitte. Hospitals in the future ‘without’ walls. What does this mean for health care delivery systems in the future? URL: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-care-without-walls.pdf> (last accessed: 20.06.2022).
6. Gesesew, H., Berhane, K., Siraj, E. S., Siraj, D., Gebregziabher, M., Gebre, Y. G., ... & Tesfay, F. H. (2021). The impact of war on the health system of the Tigray region in Ethiopia: an assessment. *BMJ Global Health*, 6(11). <https://www.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-00732>
7. Han, A. E. (2021). Education and Healthcare Reforms in Post-Conflict Setting: Case Studies in Kosovo. *Asian Journal of Humanity, Art and Literature*, 8(2), 85-94. <https://doi.org/10.18034/ajhal.v8i2.613>
8. IOM. Internal Displacement Report - General Population Survey Round 4 (29 April-3 May 2022). URL: <https://displacement.iom.int/reports/ukraine-internal-displacement-report-general-populati>

[on-survey-round-4-29-april-3-may-2022](#) (last accessed: 20.06.2022).

9. Levy, B. S., & Sidel, V. W. (2016). Documenting the effects of armed conflict on population health. *Annual review of public health*, 37, 205-218. <https://www.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021913>
10. Levy, B. S., & Sidel, V. W. (Eds.). (2008). *War and public health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195311181.001.0001>
11. OCHA. Ukraine Situation Report. 15 June 2022. URL: <https://reports.unocha.org/en/country/ukraine/> (last accessed: 20.06.2022).
12. Rieder, M., & Choonara, I. (2012). Armed conflict and child health. *Archives of disease in childhood*, 97(1), 59-62. <https://www.doi.org/10.1136/adc.2009.178186>
13. Sabes-Figuera, R., McCrone, P., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Colombini, N., ... & Priebe, S. (2012). Long-term impact of war on healthcare costs: an eight-country study. *PloS one*, 7(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029603>
14. Šimunović, V. J. (2007). Health care in Bosnia and Herzegovina before, during, and after 1992–1995 war: a personal testimony. *Conflict and health*, 1(1), 1-6. <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-1-7>
15. Trithart, A. (2019). A Healthcare System in Collapse. In *Stuck in Crisis: The Humanitarian Response to Sudan's Health Emergency*, 3-9. International Peace Institute. <https://www.jstor.org/stable/resrep19646.6>
16. WHO. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2010. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf> (last accessed: 20.06.2022).
17. WHO. World report on violence and health, 2002. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615> (last accessed: 20.06.2022).
18. WHO. War in Ukraine Situation Report from Ukraine Country Office. Issue No. 7. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354551> (last accessed: 20.06.2022).
19. WHO. War in Ukraine Situation Report from Ukraine Country Office. Issue No. 8. URL:

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5319-45083-64797>

(last accessed: 20.06.2022).

20. WHO. War in Ukraine Situation Report from Ukraine Country Office. Issue No. 9.

URL:

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5319-45083-65005>

(last accessed: 20.06.2022).

21. Близько 3-4 мільйонів українців потребуватимуть ліків через психічні розлади внаслідок війни. URL:

<https://espresso.tv/blizko-3-4-mln-ukraintsiv-potrebuvatimut-likiv-cherez-psikhichni-rozlad-i-vnaslidok-viyni> (дата звернення: 20.06.2022).

22. ВООЗ. Оцінка доступності основних лікарських засобів для амбулаторного лікування в Україні URL:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343084/WHO-EURO-2021-2770-42528-59326-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 20.06.2022).

23. ВООЗ. Оцінка програми “Доступні ліки” в Україні. URL:

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR\\_low\\_V7.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR_low_V7.pdf) (дата звернення: 20.06.2022).

24. Європейська обсерваторія за системами охорони здоров'я: Реформа больниць в новій Європі. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332215> (дата звернення: 20.06.2022).

25. Євсусяк, Т. Удосконалення системи організації колективної праці в закладі охорони здоров'я в контексті реформування медичної галузі [Текст] / Тарас Євсусяк // Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю [Тернопіль, 28 трав. 2021 р.] / редкол. : Р. Р. Августин, А. Ю. Васіна, Т. Л. Желюк [та ін.]; відп. за вип. М. М. Шкільняк. – Тернопіль : ЗУНУ, 2021. – Ч. 2. – С. 117-120. <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/43297>

26. Індекс здоров'я. Україна - 2019. Результати загальнонаціонального дослідження. Київ (2020) URL: [http://health-index.com.ua/HI\\_Report\\_2019\\_Preview.pdf](http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf) (дата звернення: 20.06.2022).

27. Коломієць, О. О., & Бойко, С. Г. (2018). *Виклики системі охорони здоров'я в умовах російської агресії. Стратегічні пріоритети*, (3-4), 84-91.
28. Кринична, І. П. (2021). Experience of public administration of the processes of reformation of the health protection system in the countries of Eastern Europe. *Академика. Серія: Соціологічні, Політичні, Історичні, Філософські, Філологічні науки*, 1(1), 49-53.
29. Лехан, В.М. та Крячкова, Л.В. та Заярський, М. І. (2018) *Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності*. Україна. *Здоров'я нації*, 4(52). С. 5-11.  
<http://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf>
30. Медікос дель Мундо. Вплив реформи охорони здоров'я на рівень надання послуг з охорони здоров'я на територіях, що постраждали від конфлікту у Донецькій та Луганській областях. URL:  
[https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/vpliv\\_reformi\\_ohoroni\\_zdorovya.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/vpliv_reformi_ohoroni_zdorovya.pdf) (дата звернення: 20.06.2022).
31. Миргород-Карпова, В. В. (2021). Особливості функціонування сімейної медицини та надання медичних послуг: досвід Європейського Союзу та уроки для України.
32. МОЗ: Світовий банк підтримує Україну на шляху відбудови медичної галузі та впровадженні новітніх технологій URL:  
<https://www.kmu.gov.ua/news/moz-svitovij-bank-pidtrimuye-ukrayinu-na-shlyahu-vidbudovi-medichnoi-galuzi-ta-vprovadzhenni-novitnih-tehnologij> (дата звернення: 20.06.2022).
33. МОЗ України: Під час війни пошкоджено 500 медзакладів, 40 з них - зруйновано. URL:  
<https://www.dw.com/uk/moz-ukrainy-povidomliaie-pro-poshkodzhennia-500-medzakladiv-40-z-nykh-zruinovano/a-61720855> (дата звернення: 20.06.2022).
34. ООН. Звіт аналізу ресурсів у сфері охорони здоров'я Краматорського та Покровського госпітальних округів Донецької області. URL:

<https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/Hospital-districts-report-UKR.pdf> (дата звернення: 20.06.2022).

35. Панфілова, Г. Л., & Цурікова, О. В. (2021). Організація ефективного фармацевтичного забезпечення хворих на неінфекційні захворювання як сучасний напрямок розвитку національних систем охорони здоров'я. <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/25362/1/160-161.pdf>

36. Постанова Кабінету міністрів України від 29 грудня 2021 р. №1440 Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.06.2022).

37. Постанова Кабінету міністрів України від 17 березня 2017 р. №152 Про забезпечення доступності лікарських засобів. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.06.2022).

38. Промова Президента України в Палаті депутатів в Люксембурзі. URL: <https://www.president.gov.ua/news/promova-prezidenta-ukrayini-v-palati-deputativ-lyuksemburgu-75533> (дата звернення: 20.06.2022).

39. Прус, Н. В. (2017). Особливості фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, (2), 66-71. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSUNU\\_2017\\_2\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSUNU_2017_2_14)

40. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №995-р Про затвердження і складу госпітальних округів Донецької області. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.06.2022).

41. Фомін, О. О., Назарова, О. С., & Леонова, Н. В. (2021). Оцінка ефективності діяльності медичних установ. In *The XIV International Science Conference «Theoretical foundations in practice and science», December 21–24, 2021, Bilbao, Spain. 612 p. ISBN-978-1-68564-523-6* (p. 407).

42. Чеботарьова Н., Чеботарьов В. (2021). *Медична реформа: вихідні інституціональні, організаційно-економічні засади та регіональні особливості реалізації (на прикладі Луганської області)*, Галицький економічний вісник. [http://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/35837/2/GEB\\_2021v70n3\\_Chebotarova\\_N-Medical\\_reform\\_initial\\_33-42.pdf](http://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/35837/2/GEB_2021v70n3_Chebotarova_N-Medical_reform_initial_33-42.pdf)

## ДОДАТКИ

*Додаток А*

Порівняльна таблиця до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, затверджено Постановою Кабінету міністрів України від 29 грудня 2021 р. №1440	
Текст Порядку	Пропозиції
<p>Глава 1. Первинна медична допомога</p> <p>20. Якщо медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 19 цього Порядку, застосовується коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації.</p>	<p>Глава 1. Первинна медична допомога</p> <p>20. Якщо медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 19 цього Порядку, застосовується коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації.</p> <p><b>Якщо медичні послуги з надання первинної медичної допомоги надаються в населених пунктах, які знаходяться в зоні бойових дій, або на відстані до 60 км, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених у пункті 19 цього Порядку, застосовується коригувальний коефіцієнт 1,25. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації.</b></p>
<p>22. Коригувальні коефіцієнти, зазначені в пункті 19 цього Порядку, не застосовуються до тарифу на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги за обслуговування</p>	<p>22. Коригувальні коефіцієнти, зазначені в пункті 19 цього Порядку, не застосовуються до тарифу на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги за обслуговування пацієнтів, що подали декларацію</p>

<p>пацієнтів, що подали декларацію понад ліміт.</p>	<p>понад ліміт, <b>окрім пацієнтів, які мають статус тимчасово переміщеної особи з 24 лютого 2022 року, від 100 до 129 відсотків ліміту.</b></p>
<p>25. Один раз на три місяці НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації. Розрахунок суми доплати за результатами проведеної оцінки досягнення індикаторів виконання умов договору здійснюється:</p> <p>з 1 березня 2022 р. — для рівня вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Розмір доплати розраховується як добуток суми вартості медичних послуг за два місяці, що передують періоду оцінки, і місяця, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації за відповідний період, який становить 0,05 за період оцінки станом на 1 березня та 0,025 за наступні періоди оцінки протягом строку дії договору;</p> <p>з 1 червня 2022 р. — для рівня вакцинації дітей до 6 років (включно) згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ. Розмір доплати розраховується як добуток суми вартості медичних послуг за два місяці, що передують періоду оцінки, і місяця, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації за відповідний період,</p>	<p>25. Один раз на три місяці НСЗУ проводить оцінку досягнення надавачами медичних послуг індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації. Розрахунок суми доплати за результатами проведеної оцінки досягнення індикаторів виконання умов договору здійснюється:</p> <p>з <b>1 січня 2023 р.</b> — для рівня вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Розмір доплати розраховується як добуток суми вартості медичних послуг за два місяці, що передують періоду оцінки, і місяця, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації за відповідний період, який становить 0,05 за період оцінки станом на <b>1 січня</b> та 0,025 за наступні періоди оцінки протягом строку дії договору;</p> <p>з <b>1 січня 2023 р.</b> — для <b>рівня вакцинації дітей до 18 років</b> згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим МОЗ. Розмір доплати розраховується як добуток суми вартості медичних послуг за два місяці, що передують періоду оцінки, і місяця, в якому проводиться така оцінка, та коригувального коефіцієнта за досягнення індикаторів виконання умов договору в частині проведення вакцинації за відповідний період,</p>

<p>який становить 0,025 протягом строку дії договору.</p>	<p>який становить 0,025 протягом строку дії договору.</p>
<p>Глава 3. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах, хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня, стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій, стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2</p> <p>3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, в якому надаються медичні послуги, передбачені пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”.</p>	<p>Глава 3. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах, хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня, стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій, стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2</p> <p>3) гірський коефіцієнт, який становить 1,2 і застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, в якому надаються медичні послуги, передбачені пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, у населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”.</p> <p><b>Коефіцієнт 1,2 застосовується до надавачів медичних послуг, які мають щонайменше одне місце надання медичних послуг, в якому надаються медичні послуги, передбачені пакетами медичних послуг, визначеними в цій главі, на території активних бойових дій, або на відстані до 60 км.</b></p>

Глава 23. Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами

97. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям з надання психіатричної допомоги мобільними мультидисциплінарними командами, які діють в порядку, затвердженому МОЗ, укомплектованими штатними медичними працівниками надавачів медичних послуг, які мають договір щодо надання стаціонарної психіатричної допомоги і відповідають специфікаціям та умовам закупівлі, у кількості не більше ніж одна мобільна мультидисциплінарна команда на 200 000 населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Глава 23. Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами

97. НСЗУ укладає договори щодо надання медичних послуг дорослим та дітям з надання психіатричної допомоги мобільними мультидисциплінарними командами, які діють в порядку, затвердженому МОЗ, укомплектованими штатними медичними працівниками надавачів медичних послуг, які мають договір щодо надання стаціонарної психіатричної допомоги і відповідають специфікаціям та умовам закупівлі, у кількості не більше ніж одна мобільна мультидисциплінарна команда на 200 000 населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці. **Для населених пунктів, які знаходяться на відстані до 60 км від зони бойових дій, дозволяється створення мобільних бригад у відповідності до потреб населення.**