

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

УДК 614.2:616-082

© В. І. БУГРО, 2016

В. І. Бугро

ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Обґрунтування і розробка оптимізованої функціонально-організаційної моделі вторинної медичної допомоги у стаціонарних умовах.

Матеріали і методи. З використанням методів системного підходу, системного і контент-аналізу, медико-статистичного, опрацьовано законодавчі акти з питань місцевого самоврядування в Україні та матеріали медичної статистики закладів охорони здоров'я Івано-Франківської, Черкаської, Чернігівської областей.

Результати. Обґрунтовано, розроблено і представлено за допомогою методу описового моделювання оптимізовану модель вторинної медичної допомоги в стаціонарних умовах, основним елементом якої є міжтериторіальна спеціалізована лікарня (МТСЛ), створена на існуючих нормативних засадах місцевого самоврядування, шляхом об'єднання і концентрації ресурсів вторинної стаціонарної медичної допомоги декількох територіальних громад, з блоком інтенсивного і планового лікування, без розпорощення ресурсів на самостійні лікарні планового та відновного лікування, на утримання кожної з яких необхідні додаткові немедичні витрати.

Висновок. Запропонована модель відповідає нормативним засадам децентралізації місцевого самоврядування та підвищує можливості забезпечення якісної і доступної медичної допомоги.

Ключові слова: вторинна медична допомога, місцеве самоврядування, міжтериторіальна спеціалізована лікарня, ресурси.

Вступ. Питання раціонального використання ресурсів охорони здоров'я за умов надання якісної медичної допомоги вирішується впродовж тривалого часу. Резервами підвищення ресурсної ефективності визначено, зокрема, упорядкування мережі лікарняних закладів та скорочення ліжкового фонду, створення госпітальних округів, однак очікуваних результатів не отримано [1-8].

Разом з тим, побудова демократичного суспільства в Україні супроводжується децентралізацією та реформою державного управління, що відкриває нові можливості для реформування системи охорони здоров'я. Як зазначено у Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», метою державної політики у цій сфері є кардинальне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Низкою законів України, прийнятих Верховною радою у 2014-2015 роках, визначені

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

нормативні засади подальшого реформування медичної допомоги, коли територіальні громади в результаті добровільного об'єднання отримують право самостійно вирішувати питання забезпечення її належного рівня на визначеній території. Це вимагає розробки адекватних наявним ресурсам моделей оптимізації вторинної медичної допомоги у стаціонарних умовах, як найбільш затребуваної населенням та затратної в системі охорони здоров'я, в чому і полягає актуальність дослідження.

Мета дослідження. Обґрунтувати та розробити оптимізовану функціонально-організаційну модель вторинної медичної допомоги у стаціонарних умовах.

Матеріали і методи. Використані нормативно-правові акти, що регулюють місцеве самоврядування в Україні (6 од.), результати власного дослідження організації вторинної медичної допомоги у Івано-Франківській, Черкаській, Чернігівській областях (ф. № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 2014 рік», 62 од.; ф. № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого», 2302 од.; електронні версії форм № 066/о «Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару», 366313 од.).

Методи дослідження: системного підходу, системного і контент-аналізу; медико-статистичний, описового моделювання.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що законодавство України в частині регулювання місцевого самоврядування в Україні дозволяє територіальним громадам самостійно вирішувати питання місцевого значення, до яких належить і охорона здоров'я. Зокрема, як зазначено у Законі України від 05.02.2015 № 157-VIII «Про добровільне об'єднання територіальних громад», територіальні громади суміжних сіл, селищ, міст мають право добровільного об'єднання, одним з принципів якого є досягнення економічної ефективності.

Постановою Кабінету Міністрів України від 08.04.2015 № 214 затверджено «Методику формування спроможних територіальних громад». Спроможними визначені територіальні громади сіл (селищ, міст), які в результаті добровільного об'єднання здатні самостійно або через відповідні органи місцевого самоврядування забезпечити належний рівень надання послуг, зокрема у сфері охорони здоров'я, з урахуванням кадрових ресурсів, фінансового забезпечення та розвитку інфраструктури відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Постановою Кабінету Міністрів України від 13 жовтня 2015 р. № 1077-р., розпорядженнями Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2015 р. № 999 (в редакції від 4 грудня 2015 р. № 1281-р) та від 12 серпня 2015 р. № 899 (в редакції від 23 грудня 2015 р. № 1345-р) затверджені перспективні плани формування територій громад відповідно Івано-Франківської, Черкаської та Чернігівської областей, де проводилось авторське дослідження. В межах існуючих адміністративних територій заплановано 14 об'єднань територіальних громад сіл, селищ і міст районного значення Івано-Франківської, 20 – Черкаської та 20 – Чернігівської областей.

Законом України від 17.06.2014 № 1508-VII «Про співробітництво територіальних громад» громадам дозволяється співробітничати шляхом укладання відповідного договору з метою спільного фінансування (утримання) або утворення суб'єктами співробітництва підприємств, установ та організацій комунальної форми власності - інфраструктурних об'єктів, а

також спільного органу управління ними. Держава бере на себе зобов'язання стимулювання співробітництва громад шляхом надання субвенцій місцевим бюджетам суб'єктів співробітництва у пріоритетних сферах державної політики та фінансування співробітництва за рахунок місцевих бюджетів суб'єктів співробітництва, самооподаткування та інших не заборонених законодавством джерел, зокрема, державного бюджету, міжнародної технічної та фінансової допомоги, кредитних ресурсів.

Одержані результати авторського дослідження засвідчили, що в межах чинного законодавства визначені територіальні громади будуть спроможними забезпечити доступність первинної і спеціалізованої вторинної медичної допомоги у амбулаторних умовах та в умовах денних стаціонарів, мережа яких сформована і розвинена за часів проведення реформи до 2014 року, в разі їх подальшого розвитку.

Існуюча стаціонарна вторинна медична допомога потребує оптимізації з метою забезпечення її якості та доступності відповідно до потреб населення громад за умови раціонального використання наявних ресурсів.

Так, в Івано-Франківській, Черкаській, Чернігівській областях впродовж періоду, охопленого дослідженням (2004-2014 роки) зберігався надлишок ліжкового фонду та надмірне споживання населенням стаціонарної медичної допомоги. Незважаючи на скорочення числа лікарняних ліжок у Івано-Франківській області з 12 351 до 11 003, або з 89,1 до 79,8 на 10 тис. нас., у Черкаській – з 11 456 до 10 178, або з 85,6 до 80,8 на 10 тис. нас., а у Чернігівській – з 12 817 до 11 152, або з 108,7 до 104,5 на 10 тис. нас., у жодному регіоні норматив їх кількості, який складав до грудня 2015 р. відповідно 76, 80,0, 80,0 на 10 тис. нас., не дотримувався, а з грудня 2015 р., при прийнятому нормативі 60,0 на 10 тис. нас., це призвело до ще більшого зростання кількості надлишкових ліжок.

У кожній області зайнятість ліжка не досягала планової і рівнялась у 2014 році відповідно 317,3, 331,7 та 326,9 замість 340 днів, зберігались високі рівні госпіталізації (22,9, 24,8, 27,1 на 100 осіб), що перевищували середньоукраїнські показники.

Встановлено, що питома вага усіх категорій хворих, госпіталізованих до цілодобового стаціонару відповідно до нормативних критеріїв (хворих, які надійшли у важкому стані, вагітних, роділь, породіль, новонароджених без патології, дітей віком до одного року, пацієнтів, госпіталізованих за епідемічними показаннями та з метою проведення хірургічних втручань з приводу екстреної і планової хірургічної допомоги) складала у Івано-Франківській області лише 50,7%, Черкаській – 49,2%, Чернігівській – 48,2%.

Доведена необґрунтованість госпіталізації до відділень центральних районних і міських лікарень: терапевтичного профілю у 15,0±3,4% - 70,6±6,4% випадків, хірургічного профілю – у 8,4±2,7% - 40,7±6,7% випадків, та більша за середньоєвропейську тривалість перебування хворих на ліжку – від 9,7±3,7 до 13,3±8,4 днів в залежності від досліджуваного закладу охорони здоров'я. Виявлено, що від 26,4±4,6% до 58,2±5,5% випадків госпіталізацій у неврологічні стаціонари досліджуваних закладів припадали на хронічних хворих у стадії ремісії, які потребували відновного лікування. Констатовано низьку інтенсивність лікування хворих з необґрунтованою госпіталізацією, оскільки обсяг та характер складності сестринських процедур (1-3 паралельні

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

ін'єкції впродовж дня), а також кратність лікарського спостереження пацієнтів (один раз на добу у ранковій годині) не потребували їх цілодобового перебування у стаціонарі, але на них марно витрачався відповідний обсяг коштів.

Дослідженням доступності доказових технологій до пацієнтів засвідчено, що найменш доступною виявилася медична допомога хворим з геморагічними, ішемічними інсультами, інфарктом міокарда. Тільки в шести з 14 центральних районних лікарень Івано-Франківської області виявлені можливості проведення комп'ютерної томографії головного мозку, лише в одній введена штатна посада (0,25 ставки) лікаря-нейрохірурга. У Черкаській області станом на 2014 рік взагалі не було встановлено жодного комп'ютерного томографа у центральних районних лікарнях, у Чернігівській – лише у трьох. На вторинному рівні у кожній з досліджуваних областей виявились відсутніми ресурсні і технологічні можливості проведення перкутанного коронарного втручання при гострому інфаркті міокарда. Таким чином, низький рівень матеріально-технічного забезпечення вторинної медичної допомоги унеможливував виконання вимог чинних нормативних медико-технологічних документів галузевого рівня при клінічних станах, які становлять найбільшу загрозу життю. Це суперечить принципу забезпечення доступності медичної допомоги, а отже, спроможності територіальних громад за даним критерієм.

Питання доцільності подальшого скорочення ліжкового фонду областей розглядалось в межах проведеного соціологічного опитування як складової авторського дослідження. Більшість респондентів відповіли ствердно, обравши різні шляхи раціонального використання ліжок: 47,3±3,9% респондентів Івано-Франківської, 49,6±4,4% - Черкаської, 54,5±4,5% - Чернігівської областей вважали, що скорочення необхідно проводити з урахуванням дійсних потреб населення в стаціонарній допомозі, а відповідно 26,9±3,4%, 41,7±4,4% і 32,5±4,2% опитаних – що необхідно скорочувати ліжка, які не використовуються на повну потужність. Також переважна більшість учасників опитування, незважаючи на позитивні оцінки функціонування вже існуючих стаціонарзамінних видів медичної допомоги, вважали за необхідне подальший більш активний їх розвиток: розширення показань до госпіталізації в денні стаціонари, збільшення в них кількості ліжок, поліпшення матеріально-технічного забезпечення. Такі пропозиції висловили 68,3±3,6% респондентів Івано-Франківської, 78,0±3,7% - Черкаської та 82,1±3,5% - Чернігівської областей.

Таким чином, доведено, що раніше застосовувані напрями упорядкування мережі лікарняних закладів та скорочення ліжкового фонду як складові реформування галузі є недостатньо ефективними засобами впливу на підвищення раціональності використання ресурсів стаціонарного сектору вторинної медичної допомоги. Матеріально-технічні та кадрові можливості територіальних громад не спроможні забезпечити надання якісної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару хворим з загрозливими для життя станами, що прямо впливає на рівень смертності населення громади. Крім того, за існуючого стану справ, частина ресурсів витрачається на ліжка, які займають хворі з показаннями до лікування в умовах денного стаціонару, вдома або у відділеннях відновного лікування.

Проведений аналіз нормативної бази місцевого самоврядування та результатів власного дослідження покладено в основу розробки оптимізо-

ваної моделі вторинної медичної допомоги в стаціонарних умовах. Оптимізована модель ґрунтується на принципах децентралізації управління за умов співробітництва об'єднаних територіальних громад в частині забезпечення населення доступною та якісною стаціонарною медичною допомогою вторинного рівня як складової інтегрованої мережі медичної допомоги даної території.

Оптимізація може бути забезпечена шляхом реструктуризації наявного ліжкового фонду через об'єднання стаціонарного сектору закладів охорони здоров'я (міських, центральних районних, районних лікарень), суміжно розташованих у географічному просторі об'єднаних територіальних громад, на базі однієї з таких лікарень, і таким чином, концентрації їх матеріально-технічних і кадрових ресурсів, дооснащення їх необхідними технологіями та ресурсами з метою забезпечення доступності медичної допомоги хворим з гострими подіями у головному мозку та інфарктами міокарду. Активного подальшого розвитку потребує амбулаторна медична допомога і стаціонарзамінні технології вторинної і первинної медичної допомоги, система фінансування охорони здоров'я на задіяних територіях.

В якості основного функціонально-структурного елемента моделі запропонована міжтериторіальна спеціалізована лікарня вторинної допомоги (МТСЛ), внутрішня структура якої містить наступні підрозділи:

1. Адміністративно-господарча частина.
2. Блок інтенсивного лікування.

Показання: потреба у інтенсивному лікуванні за вимогами діючих галузевих і локальних медико-технологічних документів та за результатами оцінки важкості хворих на основі стандартизованих шкал.

Відділення:

- приймально-діагностичне;
- операційний блок;
- екстреної хірургії з ліжками кардіохірургії, оториноларингології, офтальмології, урології;
- хірургічне гнійно-септичне; екстреної гінекології з ліжками патології вагітності;
- пологове;
- токсикології і невідкладної травматології;
- інсультне;
- терапевтичне;
- інфекційне (боксоване);
- патології та інтенсивного виходжування новонароджених;
- педіатричне.

3. Блок планового лікування.

Показання: долікування після переведення з відділень блоку інтенсивного лікування; важкий стан і стан середньої важкості в разі гострих захворювань та загострення хронічних за показаннями, визначеними діючими галузевими і локальними медико-технологічними документами; планове хірургічне і ортопедичне лікування (оперативні втручання на периферичних судинах, органах зору, вуха, горла, носа, травлення і черевної порожнини, при непухлинних захворюваннях прямої кишки, на передміхуровій залозі, жіночих статевих органах, планові акушерські операції, операції на

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

кістково-м'язовій системі, шкірі та підшкірній клітковині), фізіологічні пологи, інфекційні захворювання, які потребують ізоляції у стаціонарі.

Відділення:

- приймально-діагностичне;
- хірургічне з травматологічними, оториноларингологічними, офтальмологічними і урологічними ліжками;
- гінекологічне;
- пологове;
- терапевтичне;
- педіатричне;
- неврологічне;
- інфекційне (боксоване).

4. Клініко-діагностичний центр.

4.1. Відділення консультативного прийому (лікарями-спеціалістами).

4.2. Діагностичне відділення (клінічна лабораторія; кабінет функціональної діагностики; кабінет рентгенологічної діагностики; кабінет ультразвукової діагностики; відділення ендоскопічної діагностики) – цілодобове.

4.3. Денний стаціонар з хірургічним блоком (хірургічні, терапевтичні, педіатричні ліжка).

4.4. Фізіотерапевтичне відділення (кабінети: електролікування; лікувальної фізкультури; масажу).

5. Відділення відновного лікування з денними стаціонарами (розташовуються на територіях об'єднаних громад-учасників договору про співробітництво у приміщеннях стаціонарних відділень колишніх центральних районних, районних лікарень): кардіологічне; неврологічне; ортопедичне; загального профілю; хоспіс.

6. Центральна стерилізаційна.

7. Патолого-анатомічне бюро (відділення).

Відмінністю запропонованої МТСЛ від закладів охорони здоров'я в межах існуючих моделей реформування вторинної медичної допомоги (госпітальні округи) є дотримання принципу об'єднання лікарень, але без розпорощення ресурсів на лікарні планового та відновного лікування, на утримання кожної з яких необхідні додаткові немедичні витрати (на утримання управлінського персоналу, на окрему діагностичну базу та кадрові ресурси). Крім того, об'єднання в одній лікарні виокремлених відділень для лікування хворих у край важкому, важкому та стані середньої важкості (за показаннями) забезпечить надання медичної допомоги високопрофесійними кадрами, а за умови госпіталізації хворих за строгими показаннями дозволить раціонально використовувати кадрові, технологічні та матеріально-технічні ресурси.

До запропонованої структури МТСЛ включено денний стаціонар у складі клініко-діагностичного центру, де можуть проходити доліковування хворі після виписки з стаціонару планового лікування або за направленням лікарів-консультантів. Особливістю структури запропонованої МТСЛ є також введення до її складу, але з розташуванням у приміщеннях стаціонарних відділень колишніх центральних районних, районних лікарень відділень відновного лікування та хоспісу. У відділеннях відновного лікування проходять реабілітацію хворі після виписки з відділень блоку інтенсивного та планового лікування за відповідним профілем.

Не підтримано запровадження лікарень медико-соціального призначення (сестринського догляду), які пропонувались як складові у структурі госпітального округу. На думку автора, вони повинні увійти до мережі закладів соціального захисту населення.

МТСП мають стати невід'ємною складовою системи медичної допомоги, за яку відповідальні об'єднання територіальних громад. На територіях громад - учасників договору про співробітництво забезпечується доступність медичної допомоги до населення шляхом надання амбулаторної медичної допомоги та позалікарняної стаціонарної за рахунок:

- типової в сільській місцевості за своєю організацією первинною медико-санітарною допомогою, яка вже склалася в Україні за період реформування галузі (Центри первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторії сімейного лікаря, ФАП);

- функціонування клініко-діагностичних центрів на базі колишніх центральних районних, районних лікарень;

- денних стаціонарів при центрах первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторіях сімейного лікаря та Клініко-діагностичних центрах.

Забезпечення географічної доступності населення до МТСП забезпечується системою заходів, спрямованих на покращення стану доріг, укомплектованість закладів первинної і вторинної ланки санітарним авто-транспортном, якісне функціонування системи екстреної медичної допомоги та планування можливого об'єднання ресурсів вторинної медичної допомоги з урахуванням нормативного терміну доставки хворих до закладу охорони здоров'я.

Висновок. Запропонована оптимізована функціонально-організаційна модель вторинної медичної допомоги в стаціонарних умовах відповідає нормативним засадам децентралізації місцевого самоврядування та надає можливість використати повноваження місцевих громад в частині забезпечення якісної і доступної медичної допомоги шляхом об'єднання наявних ресурсів. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності запропонованої моделі.

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – ВОЗ, 2010. – 128 с.

2. Мокрицька А. Б. Структурні диспропорції та проблеми фінансування вітчизняної охорони здоров'я // Матеріали наукової конференції професорсько-викладацького складу «Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах світової економічної кризи» (Тернопіль, 15 квітня 2009 року) — Тернопіль: Тернопільський національний економічний університет, 2009. — С. 97–103.

3. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 [Електронний ресурс]. — Київ, листопад 2014 року. — Режим доступу : <http://uoz-zak.gov.ua/uploads/doc/1/4/9/149.pdf>.

4. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта. - Stefanie Ettelt, Ellen Nolte, Sarah Thomson et al. - М.: Реал Тайм, 2009. – 64 с.

5. Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення [Електронний ресурс]. / Кабінет Міністрів України. — Офіц. вид. — К., 2015. — 1024. — (Нормативний документ КМУ України. Постанова). — Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1024-2015-%D0%BF>.

6. Слабкий В. Г. Сучасний стан організації стаціонарної медичної допомоги населенню України та інших країн / Слабкий В. Г., Кризина Н. П., Пархоменко Г. Я. // Сучасні медичні технології — 2013. — № 2. — С. 150 — 151.

7. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання / Слабкий Г. О., Пархоменко Г. Я., Кондратюк Н. Ю., Торжевська О. М. // Укр. мед. часопис. — 2014. — 5 (103), IX/X [Електронний ресурс]. — Режим доступу : www.umj.com.ua.

8. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. — Київ, 2014. — 438 с.

В. И. Бугро

Обоснование оптимизированной функционально-организационной модели вторичной медицинской помощи в стационарных условиях

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев

Цель. Обоснование и разработка оптимизированной функционально-организационной модели вторичной медицинской помощи в стационарных условиях.

Материалы и методы. С использованием методов системного подхода, системного и контент-анализа, медико-статистического обработаны законодательные акты по вопросам местного самоуправления в Украине и материалы медицинской статистики учреждений здравоохранения Ивано-Франковской, Черкасской, Черниговской областей.

Результаты. Обоснована, разработана и представлена с помощью метода описательного моделирования оптимизированная модель вторичной медицинской помощи в стационарных условиях, основным элементом которой является межтерриториальная специализированная больница (МТСП), созданная на существующих нормативных основах местного самоуправления путем объединения и концентрации ресурсов вторичной стационарной медицинской помощи нескольких территориальных общин, с блоком интенсивного и планового лечения, без распыления ресурсов на самостоятельные больницы планового и восстановительного лечения, на содержание каждой из которых необходимы дополнительные немедические расходы.

Вывод. Предложенная модель соответствует нормативным основам децентрализации местного самоуправления и повышает возможности обеспечения качественной и доступной медицинской помощи.

Ключевые слова: вторичная медицинская помощь, местное самоуправление, межтерриториальная специализированная больница, ресурсы.

*V. I. Bugro***Rationale functionally optimized organizational model
secondary health care in a hospital****Shupyk National medical academy of postgraduate education**

The aim of the study was to substantiate and develop an optimized functional and organizational model of secondary care under stationary conditions. We used the following methods: systematic approach, system and content analysis, medical statistics. We studied the legislation on local government in Ukraine and materials for medical statistics of health facilities of Ivano-Frankivsk, Cherkasy, Chernihiv regions.

Results. Using descriptive modeling method there has been substantiated, developed and presented an optimized model of secondary care under stationary conditions. The main element of the model is the Inter-Territorial Specialized Hospital (ITSH), created on the existing regulatory framework of local government by combining the resources and the concentration of secondary hospital care of several territorial communities. The structure consists of blocks of intensive and hospital treatment. This makes it possible not to disperse the resources into independent hospitals of routine and restorative treatment, the maintenance of which requires additional non-medical expenses.

Conclusion. The proposed model meets the regulatory principles of decentralization of local government and increases the possibility of providing high quality and accessible health care.

Key words: secondary care, local government, inter-territorial specialized hospital, resources.

Відомості про автора:

Бугро Валерій Іванович - доцент кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 614.2-616.8

© А. Г. КИРИЧЕНКО, 2016

А. Г. Кириченко

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ
УЧАСНИКІВ АТО В УКРАЇНІ**

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем
інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ,

Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної
медицини, м. Дніпропетровськ

Вступ. Сьогодні наша держава вимушена проводити бойові дії у вигляді анти-терористичної операції на сході країни, після чого багатотисячні маси молодих людей після демобілізації потребують медико-соціального захисту.

Мета. Визначення та розкриття основних нормативно-правових механізмів, які забезпечують медико-соціальний захист учасників АТО.

Матеріали і методи. Інформаційною базою для розробки виступили державні закони та наукові праці фахівців, що дало можливість визначити основні поняття, проаналізувати чинні закони та нові здійсненні зміни до законодавчих актів.