

## ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПРИНЦИПИ СТВОРЕННЯ ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ

Лобода Т.В.

Київська міська клінічна лікарні №12

*Резюме.* В статті узагальнені результати аналізу літературних джерел про об'єднаний єдиний медичний простір та виявлені пріоритетні питання щодо його формування.

*Ключові слова:* єдиний медичний простір, система охорони здоров'я, медичне забезпечення.

**Вступ.** Дослідження можливості утворення єдиного медичного простору можна поділити на ті, що стосуються певної територіальної його ознаки та ті, що акцентують увагу на структурно-функціональних характеристиках. При дослідженнях першого типу привертали увагу до спільних факторів формування здоров'я, та факторів ризику захворювання населення території, регіону або мегаполісу [1, 2]. Друга група досліджень системи єдиного медичного простору дозволила виявити пріоритетні питання, такі як організаційно-правові засади, фінансово-економічні і кадрові щодо формування системи медичних закладів та тих, що їх обслуговують, в об'єднаному медичному просторі [3, 4].

Найбільш результативним і поглибленим щодо єдиного медичного простору є дослідження можливості інтеграції цивільної і військової медицини [5].

**Метою роботи** був аналіз організаційно-правових та економічних аспектів формування єдиного медичного простору України.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведений аналіз літературних джерел про об'єднаний єдиний медичний простір та виявлені пріоритетні питання щодо його формування, систематизація і аналіз законодавчо-нормативних документів, які стосуються охорони здоров'я.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

У роботах [6, 7] розкривається концепція функціонального об'єднання загальнонаціональних медичних ресурсів держави у єдиний медичний простір шляхом створення низки організаційно-правових та економічних передумов.

Наукове обґрунтування концепції теоретико-методологічних засад і практичних аспектів формування в Україні єдиного медичного простору як одного з інструментів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я базується на аналізі літературних даних щодо інтеграції медичних закладів в країнах Східної Європи [8], Російської Федерації [9, 10], Казахстану [11], Канади [12], а також досвіді у цьому плані Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації [13], управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації [14; 15] та інших.

Узагальнені результати системного аналізу літературних джерел та набутого практичного досвіду дають підстави стверджувати про

перспективність єдиного медичного простору України, що відповідає основним напрямкам перебудови системи охорони здоров'я, визначеним Законом України "Про місцеве самоврядування"(1998р.) та Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою Указом [14, 15] та інших.

Я.Ф.Радишем [5] проведено системний аналіз літературних даних та семантичне дослідження основних дефініцій категорійно-понятійного апарату про державне управління охороною здоров'я в єдиному медичному просторі України, що дало автору змогу сформулювати та ввести у науковий обіг їх узгоджені тлумачення:

«Єдиний медичний простір України у вузькому розумінні цього поняття - це система загальнонаціональної мережі лікувально-профілактичних закладів України різних форм власності, місією якої є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я».

Показано, що основні організаційні умови, виконання яких необхідне для створення єдиного медичного простору в Україні включають:

структурну перебудову системи надання медичної допомоги як системи первинної медико-санітарної допомоги, так і стаціонарної або вторинної [ 16];

створення консультативно-діагностичних і спеціалізованих лікувальних центрів та розроблення умов щодо можливості їх сумісного використання в системі страхової медицини та надання платних медичних послуг [17];

створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я - єдиного медичного інформаційного простору [18, 19, 20];

впровадження механізмів забезпечення та контролю якості медичної допомоги;

узгодження планів органів управління цивільною та відомчою медициною (медичні ресурси силових міністерств, міністерства транспорту) стосовно їх участі у спільних програмах лікувально-профілактичного забезпечення;

розробки та запровадження форм єдиної медичної звітності для всіх медичних установ держави незалежно від форм власності;

вирішення проблеми взаєморозрахунків за надання медичних послуг між Міністерством охорони здоров'я України та військовими госпіталями, а також між госпіталями силових міністерств України;

розробка та реалізація механізмів міжгалузевої взаємодії Міністерства охорони здоров'я України та відомчої медицини в тому числі і в умовах екстремальних ситуаціях [21, 22];

спільне вивчення науковцями Міністерства охорони здоров'я і лікарями силових міністерств причин виникнення спалахів та попередження окремих захворювань серед колишніх миротворців [23, 24, 25].

розробка і впровадження нових стандартів підготовки кадрів з управління охороною здоров'я з врахуванням необхідності створення єдиного медичного простору як в Україні, так і в окремих сучасних мегаполісах [ 26].

Результати дослідження умов формування єдиного медичного простору дають підстави стверджувати, що економічними та правовими засадами, які уможливають його створення та забезпечують ефективну життєдіяльність, є

визначення механізмів фінансування галузі та законодавчо-нормативне закріплення принципів діяльності функціонально об'єднаної системи охорони здоров'я [27, 28].

Існуючий фінансово-економічний стан охорони здоров'я України характеризується недостатністю державного бюджету та диспропорцією у фінансуванні медичної допомоги; нераціональним його використанням; недоурахуванням та відсутністю механізмів забезпечення оптимального використання загальних видатків на охорону здоров'я; відсутністю економічних стимулів для реформ у державному секторі [16, 29]. Стратегічним напрямом покращання фінансового стану галузі є запровадження багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я, в тому числі надання вторинної медичної допомоги [16, 30].

Як окрему проблему в єдиному медичному просторі слід розглядати майбутнє запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в зв'язку з тим, що принципово змінюється фінансування надання медичних послуг, з'являються нові багатоканальні можливості оплати медичної допомоги, в тому числі і вторинної медичної допомоги [31].

Потребує вирішення такий аспект інтеграції закладів охорони здоров'я як узаконення дій шляхом юридичного закріплення принципів існування об'єднаної системи охорони здоров'я в єдиному медичному просторі та механізмів її діяльності [32].

Дослідники виокремлюють два шляхи вирішення. Перший з них - виокремлення нормативно-правових актів з регулювання суспільних відносин при наданні медичних послуг в окрему галузь права, другий - адаптування до національних вимог систем права медичної служби таких прогресивних країн як Велика Британія чи Канади [32].

Систематизація і аналіз законодавчо-нормативних документів, які стосуються охорони здоров'я, особливо при функціонуванні останньої в єдиному медичному просторі, показує, що доцільно використати законодавче поле, яке існувало раніше, привівши його у відповідність із суспільними вимогами [33, 34].

Безумовно, необхідна адаптація національного законодавства в галузі охорони здоров'я до правових стандартів Ради Європи та Європейського Союзу.

Важливим є врахування особливостей, що впливають на утворення їх моделі фінансування - приватної або суспільної (колективної чи державної).

Вирішення завдань щодо чіткої орієнтації України на членство в Європейському Союзі вимагає від державних службовців у галузі охорони здоров'я оперування глибокими і всебічними знаннями стандартів медичної допомоги в країнах Європейського Союзу, умов європеїзації управління охороною здоров'я.

Правові проблеми охорони здоров'я в єдиному медичному просторі мають певну специфіку, що пояснюється складністю взаємозв'язків сучасної медицини і права. В умовах єдиного медичного простору систему охорони

здоров'я слід розглядати не як окрему галузь права, а як структурну складову спільного права на принципах функціональної взаємодії - збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення. Такий підхід об'єднує сукупність правових норм, що регулюють діяльність галузі охорони здоров'я. При цьому є необхідним інформування громадськості та спеціалістів щодо законодавства в охороні здоров'я, а також підготовки фахівців з правових питань охорони здоров'я [35].

Важливим аспектом в процесі утворення єдиного медичного простору є також функціонально-структурний аналіз медичних ресурсів України, які становлять матеріально-технічні засади інтеграції закладів охорони здоров'я.

Проаналізовано показники, які характеризують структуру охорони здоров'я [35, 36]. Мережа становила заклади і установи державної, комунальної та приватної форм власності закладів та установ охорони здоров'я, яка на початок 2006 р. включала 28,4 тис. серед яких 3,2 тис. лікарень, 7,4 тис. амбулаторно-поліклінічних закладів, 555 санаторіїв, 855 закладів державної санітарно-епідеміологічної служби та майже 200 вищих медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти та науково-дослідних установ [3, 37]. У галузі охорони здоров'я зайнято близько 1,3 млн осіб, в тому числі 222,3 тис. лікарів та 530,5 молодших спеціалістів із медичною освітою.

Зменшення витрат на охорону здоров'я досягається шляхом створення стаціонарзамінюючих форм медичної допомоги (центри амбулаторної хірургії, денні стаціонари і стаціонари вдома). Виявлено, що завдяки денним стаціонарам спостерігається зниження рівня госпіталізації хворих. Було надано медичну допомогу у стаціонарах вдома на 40% випадків більше в порівнянні з 1999 р. (майже 1,4 млн хворих). Кількість денних стаціонарів за останні три роки збільшилася із 2,8 до 3,6 тис.; кількість місць у них зросла з 36 до 47 тис. [37]. Без зниження рівня та якості надання медичної допомоги суттєво зменшились рівень витрат на госпіталізацію хворих у стаціонари лікарень та бюджетні видатки на їх утримання [15].

Разом з тим, слід відмітити актуалізацію і поширення ПМСД як в сільській місцевості, так і в крупних містах [38]. Кількість сімейних лікарів збільшилась порівняно з 1999 р. у 4,5 раза [39]. Стаціонарну медичну допомогу надають 3,2 тис. лікувальних закладів із загальною потужністю 466 тис. ліжок. Рівень госпіталізації на даний час становить 19,7 на 100 тис. жителів [36].

Однак, відповідно сучасним тенденціям розвитку галузі охорони здоров'я спостерігається значне скорочення кількості лікарень різного типу (на 14,7%) та їхнього ліжкового фонду (на 29,6%). Відмічають, що це не призвело до покращання стану галузі, державні витрати на охорону здоров'я (у % до ВВП) за цей час зросли. Здоров'я населення погіршується, народжуваність протягом цього періоду продовжувала знижуватися, смертність – зростати [40].

Поступово відбувається оптимізація структури та потужності ресурсів галузі, в результаті чого знову розширилась мережа лікувально-профілактичних закладів та зросла забезпеченість лікарями і середнім медичним персоналом на 10 тис. населення. Ці заходи дали змогу наблизити показник забезпеченості ліжками до середньосвропейського (85,9 на 10 тис. населення) і одночасно

інтенсифікувати його роботу: поліпшити показники зайнятості ліжка (у 1996 р. - 302 дні, у 2001 р. - 330 днів) та середнього перебування хворого на ліжку (у 1996 р. - 16,8 дня, у 2001 р. - 14,6 дня) (39).

Разом з тим, показник індексу людського розвитку в Україні за даними ВООЗ залишається стабільно низьким. Україна за середньою тривалістю життя займає передостаннє місце в Європі.

Відповідно політиці ВООЗ, потребує вирішення також проблема надання медико-соціальної допомоги безнадійно хворим, розширення діяльності хоспісів, оскільки у структурі видатків для надання медичної допомоги онкологічним хворим витрати на допомогу безнадійно хворим є недостатніми [29]. Разом з тим, щорічні фінансові витрати з надання медичної допомоги безнадійно хворим становлять 4,4% від загального бюджету, що виділяється на охорону здоров'я. З метою оптимізації державного управління у сфері медико-соціальної допомоги безнадійно хворим пропонується створення в складі Міністерства праці та соціальної політики служби паліативної допомоги. За формою власності ці заклади можуть бути комунальними, приватними чи спільними підприємствами міста.

В цілому, недержавний сектор в ресурсному потенціалі єдиного медичного простору України розглядається як важлива складова загальнонаціональної системи охорони здоров'я. Діяльність недержавної медицини на даний час оцінюється позитивно як населенням України, так і регіональними органами управління охороною здоров'я [41]. Структурно-функціональне включення лікувально-профілактичних закладів недержавних форм власності до єдиного медичного простору України дає можливість забезпечити реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я у більш повному обсязі. Розвинуті зарубіжні країни мають значний позитивний досвід спільного вирішення завдань охорони здоров'я мережами як державних, так і недержавних лікувально-профілактичних закладів, які складають єдиний медичний простір [42].

Так, наприклад, у Франції та Канаді державна і приватна форми надання медичної допомоги працюють на засадах гармонійного співіснування [43, 44].

Збільшення можливостей для забезпечення надання якісних послуг з охорони здоров'я у повному обсязі має медична служба Міністерства оборони України [45]. Це твердження науково обґрунтоване на прикладі доцільності залучення до єдиного медичного простору держави ресурсів медичної служби Збройних Сил України [5].

З метою створення сучасної, економічно високоефективної системи медичного забезпечення Збройних Сил України, яка б повністю відповідала вимогам Військово-медичної доктрини, а головне, належним чином враховувала інтереси держави та військовослужбовців, - продовжується реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України відповідно умовам мирного і воєнного часу [46]. Одним з основних завдань такого реформування є інтеграція системи медичного забезпечення Збройних Сил України із загальнодержавною системою охорони здоров'я населення

Україні, тобто включення ресурсів військової медицини до єдиного медичного простору держави [47].

Аналіз показав, що медична служба Збройних Сил України готова брати участь у формуванні єдиного медичного простору держави [5]. Воєнна медицина як оборонна складова держави має відповідати сучасним вимогам.

Матеріально-технічними ресурсами для цього є Українська військово-медична академія, Науково-дослідний інститут проблем військової медицини, розгалужена мережа лікувальних закладів госпітальної системи, потужна санітарно-епідеміологічну службу, комплекс військових санаторіїв, стоматологічна служба, військово-лікарська експертиза, патолого-анатомічна і судово-медична служби Збройних Сил України. Персонал перерахованих закладів є висококваліфікованим.

У Київському військовому гарнізоні на базі Київського військово-медичного центру, який надає висококваліфіковану вторинну медичну допомогу, консультації тощо, функціонують госпітальні системи Збройних Сил України [48].

Організація медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, членів їх сімей та пенсіонерів Міністерства оборони виходить далеко за межі оборонного відомства й інтегрується в єдиний медичний простір України [5; 48]. Наводяться данні, що військово-медична служба виконує завдання з медично-соціального захисту понад 1 млн громадян. Крім того цивільне населення України також звертається за медичною допомогою до військових госпіталів. Так, за період з 1997 р. по 2000 р. у Головному військовому клінічному госпіталі Міністерства оборони України дістали високоспеціалізовану медичну допомогу понад 20 тис. цивільних пацієнтів [46].

Аналіз структурно-функціональних складових системи медичного забезпечення Збройних Сил України свідчить, що наявні у медичній службі МО України сили і засоби можуть суттєво доповнити ресурси єдиного медичного простору держави [5].

Автори концепції створення єдиного медичного простору дійшли висновку, що найбільш оптимальною формою його організації може бути система медичного забезпечення за територіальним принципом [49], що надає можливість оптимального надання медичної допомоги цивільному населенню і військовослужбовцям Збройних Сил [50]. Досвід, набутий військовими лікарями надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях, свідчить про необхідність в певних екстремальних умовах на обмежених територіях об'єднання зусиль медичних підрозділів двох відомств - цивільного та військового [39].

Важливим аспектом організації відносин у галузі охорони здоров'я в єдиному медичному просторі України є розробка і впровадження управлінських механізмів міжвідомчої взаємодії [39, 51].

Управлінські механізми взаємодії закладів системи охорони здоров'я різних відомств повинні спиратися на кластерну природу взаємодії між закладами різних рівнів надання медичної допомоги і різної відомчої приналежності [52]. Аспект управління в межах єдиного медичного простору,

як загальнодержавної функціональної структури ресурсів цивільної (державної та приватної) і відомчої медицини, є важливим для спрямування діяльності окремих закладів на досягнення єдиної мети в галузі охорони здоров'я [53, 54].

Я.Ф.Радишем [5] зроблено аналіз основних механізмів подолання організації роз'єднаності і наведені наступні пропозиції:

створити організаційну структуру з координації діяльності усіх компонентів (підсистем) єдиного медичного простору;

законодавче забезпечити діяльність системи охорони здоров'я України на основі удосконалення нормативно-правової бази з урахуванням особливостей єдиного медичного простору.

Конкретизуючи наведені пропозиції автор розкриває найважливіші напрями діяльності координаційного органу в структурі Міністерства охорони здоров'я України, до яких віднесено:

формування нормативно-правової бази функціональної взаємодії цивільної (державної та приватної), а також відомчої медицини в єдиному медичному просторі України;

визначення напрямів діяльності лікувально-профілактичних закладів цивільної та відомчої медицини в єдиному медичному просторі України;

координація на регіональному рівні функціональної діяльності закладів єдиного медичного простору за територіальним принципом;

підготовка кадрів відповідно потребам спільної дії цивільної і відомчої медицини.

### **Висновки**

Поняття єдиного медичного простору, таким чином, утворене з врахуванням особливостей відомчої медицини, її організації і управління, але базисною вважається система охорони здоров'я Міністерства оборони України, її ресурсний і кадровий потенціал. Не зважаючи на відмінності в організації цивільної частини системи охорони здоров'я, припускається досягнення спільної мети - виявлення, вимірювання, накопичення та аналіз і інтерпретація прогнозної інформації, яка характеризує епідеміологію певної території, несприятливий вплив екологічних факторів тощо. Саме на спільності ризиків як для цивільного, так і військового населення місцевості об'єднуються дії суб'єктів єдиного медичного простору, який може бути віднесений до рівня території країни, регіону та великого міста. Останній випадок можна визначити як організацію єдиної медичної системи муніципального рівня. В Україні останнім часом відбувається реформування моделі медичної допомоги на муніципальному рівні з метою її адаптування до суспільних вимог та суспільно-економічних змін в державі. Зміни, які відбуваються в організації медичної системи на муніципальному рівні, торкаються таких аспектів як матеріально-технічні ресурси, кадрове забезпечення та необхідний принцип управління, який би забезпечував ефективність сфери охорони здоров'я, забезпечував планування, оцінку і контроль використання ресурсів в межах єдиного медичного простору міста для досягнення задоволення потреб населення в ефективній медичній допомозі.

## Література

1. Andrulis D.P. Community, service, and policy strategies to improve health care access in the changing urban environment / D.P.Andrulis // Am. J. Public Health. – 2000. – Vol.99, N6. – P.858-862 .
2. Hordijk M. Participatory governance in Peru: exercising citizenship / M.Horfijk // Environ. Urban – 2005. – Vol.17, N1. – P.219-236.
3. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З.С.Гладун. – Тернопіль:Укрмед.книга, 1999. – 312 с.
4. Сміянов В.А. Оптимізація моделі системи медичної допомоги населенню в умовах перебудови галузі: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.02.03 / В.А.Сміянов. – Київ, 2006. – 24 с.
5. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: Генезис та тенденції розвитку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з держ. упр.: спец. 25.00.01 / Я.Ф.Радиш. – Київ, 2003. – 38 с.
6. Щепин О.П. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации / О.П.Щепин, Е.А.Тишук // Здравоохран.Росс.Федер. – 2001. - №6. – С.3-7.
7. Журавель В.І. Механізми державного регулювання систем охорони здоров'я / В.І.Журавель, В.Г.Присенко, В.Ц.Чорномаз // Одеськ.мед.журн. – 2005. - №2. – С.4-9; 123,124.
8. Пліш Б.А. Державне управління охороною здоров'я в країнах Східної Європи: досвід та можливість використання в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. наук з держ. упр. / Б.А.Пліш. – Київ, 2005. – 20 с.
9. Онищенко Г.Г. Современные проблемы особо опасных инфекций в России и мире / Г.Г.Онищенко // Здравоохран.Росс.Федер. – 2005. – №4. – С.21-26.
10. Шашина Т.А. Методические подходы к оценке региональных факторов экспозиции городского населения / Т.А.Шашина, С.М.Новиков, А.В.Мацюк, Н.Г.Ландо // Гиг. и санитар. – 2007. - №5. - С. 20-24.
11. Ким С.В. О восстановлении сети медицинских организаций в Казахстане / С.В.Ким, Т.Ш.Адбилдаев, С.Ж.Омарбекова // Здравоохран.Росс.Федер. – 2005. - №3. – С.50-52.
12. Некрасова Л.С. Система здравоохранения Канады / Л.С.Некрасова // Мед.Укр. – 1995. №3. – С.10-11.
13. Слабкий Г.А. Организация медицинской помощи взрослому городскому населению / Г.А.Слабкий. – Донецк:ООО “Лебедь”, 2000. – 346 с.
14. Слабкий Г.А. Специализированная медицинская помощь городскому населению / Г.А.Слабкий. – Донецк:ООО “Лебедь”, 2000. – 402 с.
15. Грузева О.В., Здоров'я людини та його зв'язок з факторами і умовами життя / О.В.Грузева, М.П.Донець. – Київ:ФАДА, ЛТД, 2004. – 142 с.
16. Ліннако Е. Методологія розрахунку вартості для постачальників медичних послуг в Україні : проект ЄС “Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні” / Е.Ліннако, С.Дяченко – Київ, 2006. – 69 с.
17. Рудень В.В. Диспропорція між бюджетним фінансуванням медичної галузі та станом здоров'я населення України як необхідність



запровадження економічних методів управління у практичній охороні здоров'я / В.В.Рудень, О.М.Сидорчук, Т.Г.Гутор // Укр.мед.часопис. – 2006. - №5. – С.11-16.

18. Вороненко Ю.В. Реформування системи медичної освіти в світлі концепції “суспільство знань” / Ю.В.Вороненко, О.П.Мінцер // Укр.мед.часопис. – 2006. - №1.- С.6-13.

19. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень системи охорони здоров'я в Україні / Д.В.Карамішев // Медицина сьогодні и завтра. – 2006. - №1. – С.109-115.

20. Карамішев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми / Д.В.Карамішев. – Харків:Вид-во Хар.РНАДУ “Магістр”, 2006. – 304 с.

21. Литвинова О.Н. Поєднаний вплив чинників довкілля на захворюваність жителів великого міста (на прикладі міста Тернопілля): автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. мед. наук. / О.Н.Литвинова. – Київ, 2003. – 22 с.

22. Литвинова О.Н. Поєднаний вплив соціальних та екологічних чинників на захворюваність мешканців великого міста і управління цими процесами / О.Н.Литвинова // Вісн.соц.гіг. і організ.здоров'я Укр. – 2000. - №1. – С.22-25.

23. Радиш Я.Ф. Мистецтво результативного управління (проблемні лекції) / Я.Ф.Радиш, О.І.Щербак – Київ:Віпол, 2000. – 172 с.

24. Голик Л.А. Система оптимізації медичної допомоги у збройних силах України (наукове обґрунтування та реалізація): автореф.дис. на здобуття наук. ступеню д-ра мед. наук. / Л.А.Голик. – Київ, 2003. – 47 с.

25. Клішевич Б.А. Організаційно-методичні підходи до аналізу дефектів в організації медичної допомоги та їх причин у Збройних Силах України / Б.А.Клішевич, А.І.Денисюк, С.М.Башинський // Військ.мед.Укр. – 2004. – Т.4, №1-2. – С.30-40.

26. Вороненко В.В. Актуальні проблеми діяльності Української військово-медичної академії та перспективи покращання її функціонування / В.В.Вороненко, Б.А.Клішевич // Військ.мед.Укр. – 2005. – Т.5. №2. – С.15-29.

27. Белый В.Я. Об основных направлениях реформы военного здравоохранения / В.Я.Белый, Н.Н.Вовкодав // Матер.научн.-практ.конф. «Проблеми военного здравоохранения и пути его реформирования». – Киев:Логос, 1996. – С.4-18.

28. Бадюк М.І. Особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення об'єднаних сил швидкого реагування Збройних Сил України / М.І.Бадюк, О.В.Рудинський // Військ.мед.Укр. – 2004. – Т.4, №1-2. – С.15-19.

29. Плачинда О.И., Способ определения жизнеспособности и прогнозирования предстоящей продолжительности жизни человека / О.И.Плачинда, А.И.Нягу // Probl. старения и долголетия. – 2002. – Т.11, №2. – С.133-139.

30. Халиллулина А.С. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детей семей беженцев и вынужденных переселенцев / А.С.Халиллулина, С.А.Закирова, А.А.Пантин и др. // *Здравоохран.Рос.Федер.* – 2001. - №1. – С.14-71.
31. Москаленко В.Ф. Впровадження принципів Європейської політики “Здоров’я для всіх” в охорону здоров’я України та їх реалізація / В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко, І.В.Ковешнікова // *Стан здоров’я та діяльність медичної галузі.* – Київ, 2002. – С.158-165.
32. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров’я в Україні / В.М.Рудий. – Київ:Сфера, 2005. – 271 с.
33. Закони України про охорону здоров’я: зб.нормат.-прав.актів / уклад. О.В.Карпенко та ін.; ред. В.Ф.Москаленко, В.В.Костицький. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 463с.
34. Законодавство України про охорону здоров’я: зб.нормат.-прав.актів / упорядк. Пашутинський Є.К. – Київ:КНТ, 2004. – 207с.
35. Пакус И.А. Научное обоснование реструктуризации стационарной медицинской помощи городскому населению и разработка системы управления ее качеством: автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. мед. наук / И.А.Пакус. – М., 2002. – 49 с.
36. Таралло В.Л. До визначення умов реалізації в Україні політики ВООЗ для Європейського регіону “Здоров’я – 21”: Методичні підходи / В.Л.Таралло, П.В.Горський // *Буков.мед.вісн.* – 2003. – Т.7, №2. – С.189-193.
37. Поляченко Ю.В. Медико-социальное законодательство Украины: организационно-правовые аспекты управления в сфере охраны здоровья населения (состояние, проблемы и перспективы) / Ю.В.Поляченко, О.Б.Дынник, Е.Д.Кишинец, В.Н.Залесский // *Лік.справа.* – 2004. - №8. – С.3-8.
38. Поспелова В.Н. Научное обоснование консультативно-диагностических центров при многопрофильных стационарах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. / В.Н.Поспелова. – СПб, 2000. – 18 с.
39. Москаленко В.Ф. Реалізація Концепції розвитку охорони здоров’я населення України – стратегічний напрям розбудови галузі / В.Ф.Москаленко // *Стан здоров’я населення України та діяльність медичної галузі (2000).* – Київ, 2002. – С.9-16.
40. Рудень В.В. Диспропорція між бюджетним фінансуванням медичної галузі та станом здоров’я населення України як необхідність запровадження економічних методів управління у практичній охороні здоров’я / В.В.Рудень, О.М.Сидорчук, Т.Г.Гутор // *Укр.мед.часопис.* – 2006. - №5. – С.11-16.
41. Пантин А.А. Опыт оказания платных медицинских услуг в медико-санитарной части / А.А.Пантин, И.В.Поляков, Т.М.Зеленская [и др.] // *Здравоохран.Рос.Федер.* – 2001. -№1. – С.22-23.
42. Freudenberg N. Comparison of health and social characteristics of people leaving New York City jails by age, gender, and race/ethnicity: implications

for public health interventions / N.Freudenberg, J.Moseley, M.Labriola [et al.] // Publ. Health Rep. – 2007. – Vol.122, N6. – P.733-734.

43. Passchier-Vermeer W. Noise exposure and public health / W.Passchier-Vermeer, W.F.Passchier // Environ. Health Perspect. – 2000. – Vol.108, Suppl 1. – P.123-131.

44. Diez Roix A.V. Residential environments and cardiovascular risk 27 / A.V.Diez Roux // J. Urban Health. – 2003. – Vol.80, N4. – P.569-589.

45. Медик В.А. Методические основы комплексной оценки состояния здоровья населения / В.А.Медик // Мед.труда и пром.экол. – 2003. - №7. – С.3-8.

46. Білий В.Я. Військова медицина: була, є і повинна бути / В.Я.Білий // Народна армія. – 2000. - №64.

47. Шекера О.Г. Соціально-економічні аспекти формування системи медичного забезпечення Збройних сил України / О.Г.Шевчук. – Київ:ЕКМО, 2006. – 272 с.

48. Чебаненко Н. Показатели качества жизни населения г.Киева / Н.Чебаненко // Ліки Укр. – 2002. - №7-8. – С.51-54.

49. Мартусенко І.В. Територіальна організація медичного комплексу Вінницької області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. геогр. наук. / І.В.Мартусенко. – Київ, 2005. – 24 с.

50. Любінець О.В. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України / О.В.Любінець, І.Я.Сенюта // Укр.мед.часопис. – 2006. - №3. – С.5-10.

51. Бідний В.Г. Інтегрована модель ліжкового фонду великого міста і принципи управління нею / В.Г.Бідний, В.Л.Корецький // Мед. всесвіт. – 2002. – Т2, №1-2. – С.90-92.

52. Праник С.А. Отраслевые научно-клинические комплексы: становление, развитие и значение для здравоохранения (на примере Киевской больницы водников) / С.А.Праник // Наука і науковознав. – 2002. - №1. – С.64-70.

53. Мельникова Л.С. Социально-гигиенические и методологические основы развития законодательства в области здравоохранения: автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. мед. наук. / Л.С.Мельникова. – М., 2001. – 46 с.

### **ОБОСНОВАНИЕ И ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ ЕДИНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Лобода Т.В.**

*Резюме. В статье обобщены результаты анализа литературных данных об едином медицинском пространстве и выявлены приоритетные вопросы по его формированию.*

*Ключевые слова: единое медицинское пространство, система охраны здоровья, медицинское обеспечение.*

### **SUBSTANTIATION AND PRINCIPLES OF CREATION OF COMMON MEDICAL ENVIRONMENT**

**T. Loboda**

*Summary. The article summarizes the results of the analysis of literature where common medical environment is described. Priorities of it's creation have been defined.*

**Keywords:** Common Medical Environment, Health Protection System, Medical Support.