

Бойчак М. П.

ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ



**ПЕРШИЙ ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ МО УКРАЇНИ,
ГЕНЕРАЛ-МАЙОР МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ,
ОДИН З ІНІЦІАТОРІВ РЕФОРМУВАННЯ
ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ**

*Присвячується до 80-річчя
з дня народження*

Національний
науковий державний
бібліотечний фонд
вданим за дорученням
нашесні її книги, по
здоров'я та благополуччя
громади - працівників бібліотеки - від
автора.

19.03.25 р.

З повагою, В.Г. /Григор'єв М.Р./

Бойчак М. П.

ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ



**ПЕРШИЙ ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ МО УКРАЇНИ,
ГЕНЕРАЛ-МАЙОР МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ,
ОДИН З ІНІЦІАТОРІВ РЕФОРМУВАННЯ
ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ**

*Присвячується до 80-річчя
з дня народження*

Автор

Бойчак М. П.

доктор мед. наук, професор, генерал-майор медичної служби,
професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії,
заслужений лікар України

Робоча група:

Бортнік Н. М.

завідувач редакційно-видавничого відділу
Національної наукової медичної бібліотеки України

Самчук Л. І.

головний бібліограф відділу наукової бібліографії
Національної наукової медичної бібліотеки України

Відповідальна за випуск

Остапенко Т. А.

в. о. генерального директора
Національної наукової медичної бібліотеки України,
заслужений працівник культури України

Книга присвячена першому головному терапевту МО України, генерал-майору медичної служби, одному з ініціаторів реформування військово-медичної служби Миколі Миколайовичу Вовкодаву. У книзі висвітлюється життєвий і професійний шлях військового лікаря – українця за походженням. Книга розрахована на широке коло читачів.

Б77 Бойчак М. П. Вовкодав Микола Миколайович. Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби, один з ініціаторів реформування військово-медичної служби : біогр. нарис / Бойчак М. П. ; [робоча група: Бортнік Н. М., Самчук Л. І. ; відп. за вип. Остапенко Т. А.]. – Київ, 2024. – 184 с.

© Бойчак М. П., 2024

ПЕРЕДМОВА 5

ГЛАВА 1.

**НАВЧАННЯ, ПРОХОДЖЕННЯ СЛУЖБИ (НАЧАЛЬНИК ТЕРАПЕВТИЧНОГО
 ВІДДІЛЕННЯ, ПРОВІДНИЙ ТЕРАПЕВТ ВІЙСЬКОВИХ ГОСПІТАЛІВ)
 У РАДЯНСЬКІ ЧАСИ 7**

- 1.1. Школа, Київський медичний інститут, Військово-медичний факультет при Куйбишевському медичному інституті 7
- 1.2. Служба в Групі радянських військ у Німеччині 12
- 1.3. На Факультеті керівного медичного складу Військово-медичної академії імені С. М. Кірова 14
- 1.4. В Іркутському військовому госпіталі 16
- 1.5. Другий раз у Групі радянських військ у Німеччині 18

ГЛАВА 2.

**ПРОВІДНИЙ ТЕРАПЕВТ 408 ОКРУЖНОГО ВІЙСЬКОВОГО ОКРУГУ
 ТА ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ КИЇВСЬКОГО ВІЙСЬКОВОГО ОКРУГУ 22**

ГЛАВА 3.

**ДІЯЛЬНІСТЬ М. М. ВОВКОДАВА НА ПЕРШОМУ ЕТАПІ (1991–1996 рр.)
 РЕФОРМУВАННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ.
 ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ МО УКРАЇНИ 34**

- 3.1. Формування перших органів управління військово-медичною службою та їх начальники. Головний терапевт МО України 34
- 3.2. Участь М. М. Вовкодава у підготовці військово-медичних кадрів 40
- 3.3. Вихід військово-медичної служби з підпорядкування Тилу ЗС України 44
- 3.4. Перші кроки реформування військово-медичної служби 48

ГЛАВА 4.

**ДІЯЛЬНІСТЬ М. М. ВОВКОДАВА НА ДРУГОМУ ЕТАПІ (1997–2000 рр.)
 РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ 52**

- 4.1. Продовження реформ. Концепція основних напрямків реформи військової охорони здоров'я 52
- 4.2. Підготовка і захист кандидатської дисертації 54
- 4.3. Внесок М. М. Вовкодава у розробку реформ військово-медичної служби 56
- 4.3.1. Інтегрована система охорони здоров'я військовослужбовців 57
- 4.3.2. Територіальна система медичного забезпечення 59
- 4.3.3. Питання управління територіальною системою, створення власної вертикалі управління 61
- 4.3.4. Територіальна система медичного забезпечення на воєнний час 63
- 4.3.5. Створення і функціонування Київського військово-медичного центру 64

4.3.6.	Створення і функціонування Вінницького військово-медичного центру	67
4.3.7.	Питання фінансування закладів охорони здоров'я МО України	68
4.3.8.	Економія фінансових і матеріально-технічних ресурсів у діяльності військово-медичних закладів	70
4.3.9.	Формуляри лікарських засобів у військових госпіталях	74
4.3.10.	Планування медичного забезпечення з фінансово-економічної точки зору	75
4.3.11.	Запровадження медико-економічних стандартів	76
4.3.12.	Організація відділень невідкладної терапії – ефективний спосіб організації лікувально-діагностичного процесу	79
ГЛАВА 5.		
ДІЯЛЬНІСТЬ М. М. ВОВКОДАВА НА ТРЕТЬОМУ ЕТАПІ (2001–2005 рр.) РЕФОРМУВАННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ		82
5.1.	«Військово-медична» дискусія між М. М. Вовкодавом і В. В. Паськом на сторінках газети «Народна армія»	82
5.2.	Чому не просувалися реформи військово-медичної служби?	86
5.3.	«Военное дело» М. М. Вовкодава	92
5.4.	Чого не вчать у медичному вищому навчальному закладі?	94
ГЛАВА 6.		
ОСТАННІЙ РІК СЛУЖБИ М. М. ВОВКОДАВА		99
6.1.	Зміст листів М. М. Вовкодава до керівництва МО України	99
6.2.	У Департаменті охорони здоров'я МО України. Дежавю	103
ГЛАВА 7.		
НА ЗАСЛУЖЕНОМУ ВІДПОЧИНКУ		105
7.1.	Листи військового пенсіонера М. М. Вовкодава до Міністра оборони України А. С. Гриценка	111
7.2.	Створення військово-медичних клінічних центрів регіонів	116
ГЛАВА 8.		
ХВОРОБА. ОСТАННІ МІСЯЦІ ЖИТТЯ		123
ГЛАВА 9.		
МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ ВОВКОДАВ ЯК ЛЮДИНА, ОФІЦЕР, ТОВАРИШ		125
ГЛАВА 10.		
СПИСОК ДРУКОВАНИХ ПРАЦЬ М. М. ВОВКОДАВА		149
ФОТОАЛЬБОМ		161

ПЕРЕДМОВА

У 2024 р. виповнилося 80 років з дня народження відомого військового лікаря, терапевта, організатора військово-медичної служби української армії Миколи Миколайовича Вовкодава.

Постать М. М. Вовкодава не проста, для багатьох за його життя вона була не зовсім зрозумілою – по суті він головний терапевт Міністерства Оборони, а по факту – займався питаннями реорганізації всієї військово-медичної служби, фінансування військової медицини, пропонував «якісь територіальні дільниці» у військових поліклініках, закликав до організації системи дільничних лікарів... Багато виступав, писав, дискутував, доводив свою позицію, шукав серед колег прихильників новацій у медицині. Ці новації були незвичайні для військового лікаря, інколи досить складні для розуміння, тож не завжди легко сприймалися, а в декого викликали відкритий супротив. Багато тем, яких торкався Микола Миколайович, були і для нього новими, непростими для сприйняття і розробки – адже освіту мав медичну, за плечима роки виключно терапевтичної практики, а не економічної, юридичної чи управлінської освіти. Тож те, що він писав, не завжди сприймалося легко, інколи було незрозумілим для його колег. Згадую наші часті зустрічі у гостинному кабінеті Миколи Миколайовича. Зазвичай він телефонував мені та просив завітати на каву (любив він цей напій і споживав немало). Найчастіше предметом розмов було обговорення якогось нового питання, яким він тільки став займатися. Коли Миколу Миколайовича слухаєш – нібито все зрозуміло і логічно, але коли через деякий час читаєш те, що він написав – виходило у нього це якось складно. Не всі розуміли написане. При всьому цьому людиною Микола Миколайович був напрочуд простою, цікавою, доброзичливою, з тонким почуттям гумору.

У мене склалося таке враження, що при житті ми всі недооцінили як самого Миколу Миколайовича, так особливо і його праці, які він писав. А чому? Тому що ми всі кудись поспішали, завжди було ніколи, всі переймалися справами і слухати або читати якісь складні речі,

зовсім нові для багатьох з нас, не завжди просто. Але пройшов час, багато того, про що говорив і писав наш старший колега, вже працює, або ми починаємо розуміти, що саме зараз потрібно запроваджувати ті новації, про які він говорив ще 15–20 років тому. До речі, багато з того, що пропагував, доводив і переживав Микола Миколайович – зараз успішно, на мій погляд, впроваджує Міністерство охорони здоров'я України, особливо це стосується питань фінансування медицини. Скільки жартували з його подушного фінансування надання медичної допомоги, до речі, як і з принципу «гроші ідуть за пацієнтом» на початку українських реформ у медицині, а на сьогодні це вже реальність. Правильним є прислів'я: «Що маємо – не цінимо, втративши – жалкуємо».

Тож не зайвим буде повернутися до життя та діяльності М. М. Вовкодава, до його праць, його державницького підходу, до всього, чим він займався, знаходячись на військово-медичній службі.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

ГЛАВА 1

НАВЧАННЯ, ПРОХОДЖЕННЯ СЛУЖБИ (НАЧАЛЬНИК ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ, ПРОВІДНИЙ ТЕРАПЕВТ ВІЙСЬКОВИХ ГОСПІТАЛІВ) У РАДЯНСЬКІ ЧАСИ

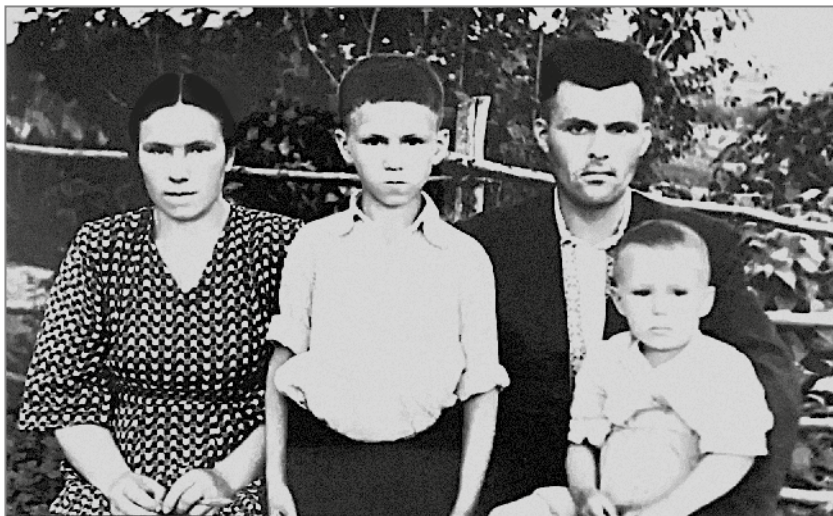
«Тільки той помер, про кого забули»

С. Рахманінов

І.І. ШКОЛА, КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ, ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ПРИ КУЙБИШЕВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ

Микола Миколайович Вовкодав народився 24 липня 1944 р. у стародавньому історичному селі України – Паволоч (Поволоч) Попільнянського району Житомирської області. Ознайомлюючись з історією цього села, можна вивчати історію України. Достатньо сказати, що Паволоч завжди було епіцентром боротьби українського народу зі своїми ворогами – польською шляхтою та московитами. Це було полкове містечко для Паволоцького полку – одного з десяти полків, що розташувалася на Правобережній Україні у другій половині XVII ст. (після Зборівського договору 1649 р. між Б. Хмельницьким і Польщею). Полк тих часів був не тільки військовою одиницею, хоча і досить великою (декілька тисяч людей), але й адміністративно-територіальною одиницею – щось на зразок губернії у Московії. Пригадую, Микола Миколайович любив розповідати про своє село, про своїх батьків, пишався своєю мамою батьківщиною. Його батьки – прості сільські люди. Батько працював у колгоспі, мати була вчителькою. У них був ще один молодший син Віктор і молодша донька Інна.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



Сімейне фото Вовкодавів (зліва направо):
мати – Віра Йосипівна, старший син – Микола (12 років),
батько – Микола Данилович, молодший син – Віктор (6 років), 1956 р.

У 1961 р. Микола закінчив середню школу, у 1961–1963 рр. навчався у Київському медичному училищі №2. Навчання в училищі не закінчив, мабуть зрозумів, що то був не його рівень освіти і мрій, тому у 1963 р. вступив до Київського медичного інституту. Вчився добре, розуміючи, що це професія на все життя, від якої залежало і його майбутнє. Був активним у громадському відношенні студентом, входив до складу комсомольського бюро, був профоргом курсу. Після 4-го курсу перевівся на Військово-медичний факультет при Куйбишевському медичному інституті, на якому опановував спеціальність військового лікаря.

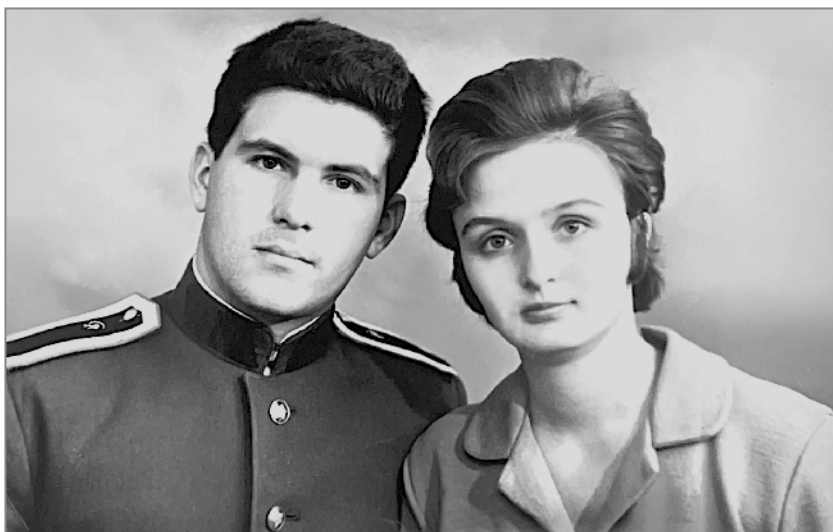


Микола Вовкодав,
студент Київського
медичного інституту,
1965 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**Микола Вовкодав – студент Київського медичного інституту
(середній ряд, крайній справа), 1964 р.**



**Слухач Військово-медичного факультету Куйбишевського медичного інституту
Микола Вовкодав з дружиною Людмилою, м. Самара (Куйбишев), 1967 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



Сімейне фото Вовкодавів, мати – Віра Йосипівна (крайня зліва)
тримає на руках першого онука – Ігоря, 1968 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

Перед від'їздом до Куйбишева Микола одружився, його вірною супутницею життя стала чарівна українка Людмила (народилася і виросла у мальовничому містечку Ржищів на правому березі Дніпра) – сьогодні наша колега, завідувачка лабораторії клініки амбулаторної допомоги Головного військового госпіталю МО України. Людмила саме закінчила Київське медичне училище №2 (фармацевтичний факультет у 1966 р.) та влаштувалася на роботу в одну з аптек Києва. Для батьків рішення молодих одружитися та їхати до далекого Куйбишева було несподіваним, але воно було прийнято і дороги назад не було. Вже у Куйбишеві у них народжується син Ігор (1967 р.).

Навчався М. Вовкодав добре, усі державні іспити склав на «відмінно». Факультет закінчив у 1969 р., у випускній характеристиці значилося: «Обладает организаторскими способностями и навыками воспитательной работы... Правдив, принципиален... Вывод аттестационной комиссии: Целесообразно использовать в должности командира взвода-преподавателя». Так і сталося коли відбувався розподіл випускників. Ця та інші службові характеристики на М. М. Вовкодава, які ми будемо наводити далі, люб'язно були надані дружиною Миколи Миколайовича, за що ми їй дуже вдячні.



**Микола Вовкодав з дружиною Людмилою та сином Ігорем,
м. Самара (Куйбишев), 1968 р.**

1.2.

СЛУЖБА В ГРУПІ РАДЯНСЬКИХ ВІЙСЬК У НІМЕЧЧИНІ

Молодий лейтенант отримав призначення до навчального медико-санітарного батальйону, на посаду командира взводу – викладача школи молодших медичних спеціалістів медичної служби Групи радянських військ у Німеччині (ГРВН). Навчальний медсанбат знаходився при Головному груповому госпіталі ГРВН – у містечку Беліце. На посаді командира взводу М. М. Вовкодав прослужив з 1969 до 1972 р. Як пригадує дружина Миколи Миколайовича, це були важкі роки служби, що забирала майже весь час, з ранку до ночі. Постійні заняття з підлеглими, підготовка



Микола Вовкодав
1969 р.

до наступних занять, часті чергування, стрільби, полігони, постійні перевірки – вільного часу майже не залишалося. Взвод М. Вовкодава завжди займав перші місця у бойовій та політичній підготовці. Інакше і не могло бути, адже на омріяну лікувальну роботу тоді можна було потрапити, досягнувши значних успіхів на попередньому місці служби.

Через рік служби (1970 р.), як вимагалось, молодий старший лейтенант отримує характеристику: «За період служби командиром взвода-преподавателем, его взвод занимал одно из лучших мест в части. Сдавал проверки на «отлично». Обучение и воспитание личного состава проводит на высоком уровне. Имеет склонность к лечебной работе. Вывод: целесообразно использовать на лечебной работе в должности врача-ординатора терапевтического отделения госпиталя (поликлиники)».

Як завжди бувало в армії, відпускати з посади офіцера, який добре налагодив службу, не хотіли. Проте тоді ще враховували рекомендації, зі службових характеристик, то не одразу, але все ж таки довелося командуванню батальйону направити старшого лейтенанта медичної служби на спеціалізацію з терапії, яку він пройшов у 1972 р., тут

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

же на місці – у 65-й Інтернатурі медичного складу ГРВН, що базувалася при Груповому госпіталі у Беліце.

У 1972 р. отримує омріяне призначення на лікувальну роботу – начальником терапевтичного відділення 639-ї військової поліклініки групового підпорядкування, що знаходилася у м. Вюнсдорф, за 50 км від Беліце і займалася, в основному, наданням медичної допомоги командуванню ГРВН (дислокувалося теж у Вюнсдорфі) та членам їх родин. Там же знаходилося Військово-медичне управління ГРВН (начальник управління – генерал-майор медичної служби І. В. Селіванов). Це було місце, де часто приймали пацієнтів з числа командування ГРВН головний терапевт і головний хірург ГРВН. Як для молодого фахівця, це була надзвичайно відповідальна і важка робота. Крім професійних лікарських навичок, необхідне було також вміння спілкуватися з пацієнтами-високопосадовцями. Це у підручниках з деонтології говориться, що підхід до всіх пацієнтів має бути однако-вий, проте у житті – все інакше. Не дивлячись, що це фактично була



**Микола Вовкодав з дружиною Людмилою,
м. Вюнсдорф, Німецька Демократична Республіка (НДР), 1972 р.**

перша терапевтична посада М. Вовкодава, і він робив перші кроки на цій стежі, природні риси характеру – уміння ладити з людьми, кмітливість, співчуття і співпереживання до хворої людини дозволили йому швидко знайти своє місце у цьому не простому лікувальному закладі.

Начальником поліклініки був учасник Другої світової війни, полковник медичної служби О. П. Фролкін – досвідчений військовий лікар, який пізніше (з 1974 до 1986 р.) буде очолювати 41-шу гарнізонну поліклініку Київського військового округу, і Микола Миколайович зустрінеться зі своїм колишнім начальником вже у Києві. У 639-й поліклініці (1978–1983 рр.) терапевтом працювала також О. В. Гуцал, з якою Микола Миколайович пізніше працюватиме вже у Київському госпіталі. У Німеччині у лікарського подружжя Вовкодавів народжується і другий син – Андрій (1973 р.). Дружина – Людмила Миколаївна у ці роки здобуває вищу освіту, навчаючись на біологічному факультеті Київського університету імені Т. Г. Шевченка.

1.3.

НА ФАКУЛЬТЕТІ КЕРІВНОГО МЕДИЧНОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ІМЕНІ С. М. КІРОВА

У 1974 р. здійснюється мрія військового лікаря – капітан медичної служби М. М. Вовкодав вступає на Факультет керівного медичного складу (відділення терапії) Військово-медичної академії імені С. М. Кірова. 1974 рік для Академії був знаковим – на Факультеті розпочалася підготовка фахівців з вищою військово-медичною освітою. Тобто ті офіцери, що закінчували Факультет, отримували другу вищу освіту (першу отримували, закінчивши військово-медичний факультет при медичному інституті, чи факультет підготовки лікарів Військово-медичної академії імені С. М. Кірова). Крім того, факультет отримав нову назву. Замість Факультету удосконалення лікарів він став називатись Факультетом керівного медичного складу. Тоді ж до управління Факультету були введені дві посади начальників курсів. Одним з них став підполковник медичної служби І. Г. Чернецов – безпосередній начальник для М. Вовкодава, підтримку якого М. Вовко-

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

дав відчувати протягом усього перебування в Академії. Навчання було цікавим, адже здійснилося бажання – стати грамотним терапевтом. Базовою кафедрою, де проходили основні заняття з терапії, була кафедра вдосконалення лікарів №2, яку очолював професор, генерал-майор медичної служби Валентин Олександрович Лісовський. На кафедрі у ті роки працювали відомі вчені: професори, полковники медичної служби І. В. Шастін, Г. М. Яковлев, А. І. Іванов, В. В. Щедрунов та інші. Клінічною базою для кафедри була міська лікарня №20. Основними науково-практичними напрямками, що розроблялися на кафедрі були: кардіологія, функціональна діагностика і гастроентерологія. Це були роки, коли з'явилися нові підходи до лікування інфаркту міокарда, зокрема напрацювання поетапної системи його лікування. У подальшому отримані знання та лєнінградський досвід лікування хворих на інфаркт міокарда, згодилися М. М. Вовкодав, коли, будучи провідним терапевтом у військових госпіталях, прийшлося запроваджувати його у практику.

Навчання в Академії було цікавим, успішним і надзвичайно корисним для терапевта-початківця. М. Вовкодав був одним з кращих слухачів Факультету. Його старання були гідно оцінені, про що



М. М. Вовкодав під час навчання на факультеті керівного медичного складу у Військово-медичній академії ім. С. М. Кірова (другий ряд, крайній зліва), м. Ленінград (Санкт-Петербург), 1976 р.

свідчать рядки з атестації начальника курсу: «Очень внимательный и отзывчивый к больным. К лечебному процессу относится с высоким чувством ответственности. Особую склонность проявил к ведению больных кардиологического профиля. Очень развито врачебное мышление. Настойчиво работает над изучением специальной монографической литературы. Вывод: может быть назначен на должность начальника кардиологического отделения военного госпиталя». Начальник Факультету Академії генерал-майор медичної служби В. Г. Кузнецов додав: «Перспективный офицер-специалист, может быть назначен начальником терапевтического отделения, ведущим терапевтом 400-кочного военного госпиталя».

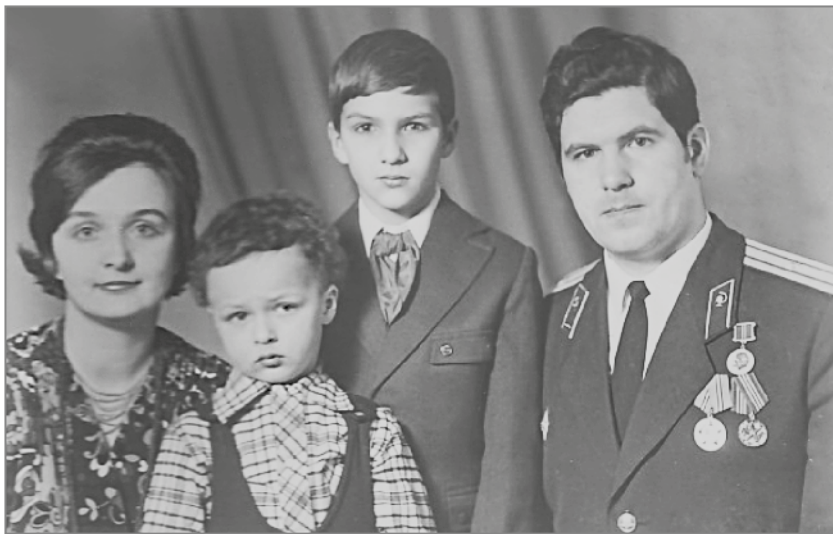
Два роки пролетіли непомітно і ось нове призначення – тепер у Забайкальський військовий округ, начальником терапевтичного відділення 325-го Іркутського військового госпіталю. Як пригадає дружина – Людмила Миколаївна, це призначення було для родини, як гірм серед ясного неба, адже чекали направлення у Київ. Питання було вирішено, всі про це знали, не було ніяких сумнівів, що може бути інакше. Саме так йому було обіцяно в Академії як одному з кращих випускників. Особливо велику підтримку мав з боку начальника курсу – Ігоря Георгійовича Чернецова, який цінував слухача М. Вовкодава за його старанність у навчанні (можна сказати жадобу до навчання), високу дисциплінованість, цілеспрямованість. Але хто навчався в Академії, той знає, що раніше заплановані в Академії призначення інколи кардинально змінювалися після приїзду на розподіл випускників якогось одіозного начальника з Москви. Так мабуть сталося і тоді. Тож довелося їхати до далекого Іркутська.

1.4. В ІРКУТСЬКОМУ ВІЙСЬКОВОМУ ГОСПІТАЛІ

Служба у цьому старовинному, добре відомому військовому госпіталі (1976-1981 рр.) була хоча і важкою, проте гарною школою для випускника Академії. Мені добре знайомий цей госпіталь. Коли М. М. Вовкодав у 1981 р. замінявся з Іркутська, я у цей рік прибув до Забайкальського військового округу, а пізніше, будучи його головним

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

терапевтом, неодноразово доводилося відвідувати госпіталь в Іркутську. Госпіталь на 400 ліжок був базовим для округу, мав у своєму складі два терапевтичних відділення. Начальник одного з відділень був одночасно провідним терапевтом госпіталю. Саме цю посаду обіймав і М. М. Вовкодав. Госпіталь із 150-річною історією мав свої традиції, добре підготовлених фахівців. У свій час він мав статус окружного госпіталю, був клінічною базою Іркутського медичного інституту, тут працювали відомі іркутські професори, військові лікарі, тож відносно ще молодому терапевту, необхідно було відповідати цьому професійному рівню. Благо, що обласне місто з медичним інститутом, гарною медичною бібліотекою, праця з досвідченими лікарями, сприяли цьому. Служба була не легкою, з одного боку – самостійна робота у великому госпіталі терапевтом, який щойно «став на ноги» після навчання в Академії, необхідність приймати відповідальні рішення щодо важких хворих, а з іншого боку – велике фізичне навантаження, оскільки терапевтичні відділення були переповнені хворими, у тому числі важкими. І знову робота з ранку до пізнього вечора, чергування по госпіталю,



Микола Вовкодав з дружиною Людмилою та синами Ігорем і Андрієм під час служби в Іркутському військовому госпіталі, м. Іркутськ, 1979 р.

виклики до важких хворих в будь-який час і в будь-який день, а ще й особливості військової служби – робота у військах, перевірки, навчання, лікування хворих з числа командного складу та членів їх родин... Хто служив – той знає, що значить працювати з членами родин, хто не служив – того йому не бажаємо.

Як і на попередніх місцях служби М. М. Вовкодав залишив після себе добрий слід і заслужив гарні слова у характеристиці: «Обладает хорошими организаторскими качествами, систематически повышает свои знания, активный рационализатор, освоил экспертную работу. Терапевтическое отделение, которым он руководит, занимает в социалистическом соревновании всегда 1-е место, а коллектив награжден переходящим Красным Знаменем. Обладает хорошей работоспособностью, очень требователен к себе и подчиненным. Достоин прохождения службы за границей».

Закінчувався 5-річний термін служби у віддаленому районі і Миколі Миколайовичу була запропонована заміна до Групи радянських військ у Німеччині.

1.5.

ДРУГИЙ РАЗ У ГРУПІ РАДЯНСЬКИХ ВІЙСЬК У НІМЕЧЧИНІ

Знову Німеччина, тепер служба на посаді начальника терапевтичного відділення-провідного терапевта армійського госпіталю 2-ї гвардійської танкової армії у м. Ліхені (1982–1984 рр.), де підполковник медичної служби М. М. Вовкодав теж зарекомендував себе позитивно, про що свідчить чергова офіцерська характеристика начальника госпіталю підполковника медичної служби І. Грамма: «Имеет очень хорошую теоретическую и практическую профессиональную подготовку. Постоянно следит за новинками отечественной и зарубежной медицинской литературы. Внедряет в практику работы новые методы обследования и лечения больных. Хорошо знает функциональную диагностику. Отлично знает военно-врачебную экспертизу. Восприимчив к новому. Много внимания уделяет уюту в отделении».

Гарні стосунки склалися у М. М. Вовкодава з командуючим 2-ї танкової армії генерал-лейтенантом В. М. Шуральовим (у подаль-

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

шому генерал армії, Заступник Міністра оборони СРСР, головний інспектор МО СРСР) та з начальником медичної служби 2-ї танкової армії полковником медичної служби І. М. Чижом (призначений у 1983 р., у майбутньому - начальник ГВМУ МО РФ, генерал-полковник медичної служби). Добре знаю цього офіцера по спільному навчанню на Факультеті керівного медичного складу Військово-медичної академії імені С. М. Кірова (1979–1981 рр.), з блискучим проходженням військової служби, у нас він був начальником відділення організаторів, відмінником навчання, закінчив Академію із золотою медаллю. Він був вимогливим керівником, який умів сам працювати і організувати своїх підлеглих на виконання поставлених завдань, тому, мабуть, служба під його керівництвом була не легкою, але разом з тим цікавою і повчальною.

Провідний терапевт Групового госпіталю ГРВН полковник медичної служби І. К. Асаулюк знав М. М. Вовкодава по службі у Німеччині, пригадував, що до нього звернувся нещодавно призначений головний терапевт ГРВН професор, полковник медичної служби



**Микола Вовкодав (у центрі) на спільних навчаннях з колегами з НДР,
м. Ліхен, НДР, 1983 р.**

В. Б. Антонов відносно його думки щодо подальшої служби підполковника медичної служби М. М. Вовкодава. Молодшому колезі з армійського госпіталю була дана позитивна характеристика. Начальник медичної служби ГРВН генерал-майор медичної служби Р. С. Абдраштов теж не заперечував, тож у 1984 р. відбулося призначення М. М. Вовкодава на вищу посаду – армійським терапевтом 1-ї гвардійської танкової армії, штаб якої знаходився у Дрездені.

Характер роботи на посаді армійського терапевта різко змінився – у його підпорядкуванні були терапевтичні відділення армійського госпіталю, терапевти у шести медико-санітарних батальйонах, терапевти окремого медичного загону (у ГРВН при кожній армії був розгорнутий такий загін), робота у військах, яка тоді набирала особливого значення (розгортання лабораторій, кабінетів функціональної діагностики, організації дієтичного харчування, диспансеризації тощо).

Лікувальною роботою займався менше, більше доводилося опікуватися організаційними питаннями, роботою у штабі армії з ранку і до пізнього вечора. А ще часті навчання у польових умовах (тактико-спеціальні, тактико-стройові, показові навчання, командно-штабні і військово-медичні тренування), перевірки підлеглих військово-медичних закладів і частин. Звичайно, не можна сказати, що армійський терапевт не займався лікувальною роботою, зрозуміла річ, що займався, але це був трохи інший рівень лікувальної роботи. Це був не рівень роботи ординатора, чи начальника терапевтичного відділення, це були консультації важких і незрозумілих для терапевтів хворих як в армійському госпіталі, так і в медико-санітарних батальйонах, окремому медичному загоні. Консультації очні (з виїздом на місце до важких хворих у медичних закладах) і заочні (телефонні), це прийняття рішень щодо подальшого лікування важких хворих,



Микола Вовкодав
м. Дрезден, НДР,
1984 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

взаємодія з головним терапевтом Групи у питаннях лікувальної роботи, вирішення складних питань військово-лікарської експертизи. Ніхто не знімав з армійського терапевта і роботи, вже конкретно як лікуючого лікаря, з надання медичної допомоги командуванню армії та членам їх родин. Як армійський терапевт часто контактував з головним терапевтом Групи В. Б. Антоновим, з яким у Миколи Миколайовича у подальшому склалися дружні стосунки, познайомився з командувачем 1-ї танкової армії генерал-лейтенантом В. В. Осиповим, який потім став командувачем Київського військового округу і вони ще зустрінуться у Києві.

Влітку 1985 р., не добувши одного року до закінчення терміну служби за кордоном, підполковник медичної служби М. М. Вовкодав отримав можливість продовжити службу в Києві на посаді провідного терапевта 408 ОВГ, змінивши полковника медичної служби О. С. Годунова, який був звільнений зі служби за віком.



Микола Вовкодав (третій зліва) з дружиною Людмилою Миколаївною (в центрі з квітами) після закінчення служби в НДР, перед від'їздом до Києва, м. Дрезден, НДР, 1985 р.

ГЛАВА 2

ПРОВІДНИЙ ТЕРАПЕВТ 408 ОКРУЖНОГО ВІЙСЬКОВОГО ОКРУГУ ТА ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ КИЇВСЬКОГО ВІЙСЬКОВОГО ОКРУГУ

Довгоочікуване призначення на рідну Україну, до омріяного славетного Київського госпіталю, нарешті відбулося. На рідному місці, як кажуть, і стіни допомагають. Хоча Київський окружний госпіталь за статусом і за суттю був для М. М. Вовкодава вищим і складнішим з точки зору медичної практики, ніж ті військово-медичні заклади, у яких він служив раніше, проте, його інтелект, ерудиція, природна кмітливість, уміння працювати з людьми, солідний організаційний і лікарський досвід, дозволили провідному терапевту швидко влитися у колектив лікарів госпіталю. Він знайшов спільну мову з начальником госпіталю полковником медичної служби О. І. Чижиковим, заступником начальника госпіталю, начальником медичної частини полковником медичної служби А. І. Сліпченком. Дружно співпрацював з провідним хірургом госпіталю доктором медичних наук, полковником медичної служби І. П. Томашуком.

Через два місяці служби у госпіталі у характеристиці на провідного терапевта начальник госпіталю полковник медичної служби О. І. Чижиков писав: «Свое дело знает и любит, быстро освоился в новом коллективе. Внес ряд новых предложений по организации лечебно-диагностической работы. Умело руководит работой терапевтов госпиталя».

Важливою була і підтримка керівництва військово-медичної служби Київського військового округу – начальника генерал-майора медичної служби В. М. Фадеева, його заступника (з 1989 р. начальника служби) полковника медичної служби Г. В. Циганка, головного терапевта Київського військового округу полковника медичної служби О. О. Качанка, головного хірурга округу доктора медичних наук, про-

фесора, полковника медичної служби Ф. Г. Новикова, з 1988 р. – доктора медичних наук полковника медичної служби В. Я. Білого.

Доречним стало і тримісячне підвищення кваліфікації «Избранные вопросы терапии» (вересень–грудень 1985 р.) на Військово-медичному факультеті при Центральному інституті удосконалення лікарів у Москві (відомий в той час як ЦОЛИУВ). Навчання проходило в основному на кафедрі терапії, яку очолював головний терапевт МО СРСР професор, генерал-майор медичної служби Є. В. Гембіцький. Знайомство з головним терапевтом Міністерства оборони Євгеном Владиславовичем Гембіцьким – чарівною, інтелігентною людиною, одним з кращих представників військової терапії, думаю багато що дало Миколі Миколайовичу. Знаю це по собі, адже багато разів пощастило спілкуватися з цим чудовим військовим лікарем, справжнім професором. Корисним було спілкування з викладачами кафедри – професорами Є. Є. Гогіним, О. І. Хазановим, А. І. Парфьоновим, доцентами В. Г. Алексеевим, Л. М. Печатниковим, О. І. Синопальниковим та іншими. Заняття проходили, в основному, на базі Головного військового клінічного госпіталю імені М. Н. Бурденка, тож знайомство з його клініками і відділеннями було вельми корисним для М. М. Вовкодава. Отримав також можливість побувати та ознайомитися з роботою інших центральних військових госпіталів і поліклінік. У характеристиці після навчання вказувалося, що він ознайомився також з роботою Московського НДІ швидкої допомоги імені М. В. Скліфосовського, НДІ гематології і переливання крові, Інститутом хірургії імені О. В. Вишневського, відвідував засідання Московського наукового товариства терапевтів. Формальний екзаме́н після закінчення навчання здав на «відмінно».

Повернувшись до Києва, довго спокійно працювати не довелося – 26 квітня 1986 р. «вибухнув» Чорнобиль. Як провідний терапевт госпіталю, М. М. Вовкодав брав участь в організації медичної допомоги у зоні аварії буквально з перших днів, виділяючи терапевтів і лаборантів до складу медичних бригад, що відбували до Чорнобиля, а з 10 травня особисто відправився в зону аварії для виконання обов'язків головного терапевта оперативної групи 2-го сектору (відповідальний Київський військовий округ), що територіально знахо-

дився на південь від атомної електростанції. Відрядження планувалося на 26 днів, а реально його «вахта» у Чорнобилі тривала 33 доби. У підпорядкуванні головного терапевта оперативної групи перебували 7 окремих медико-санітарних батальйонів, розгорнутих за повною схемою, за штатом воєнного часу і всі медичні пункти з військами, що були задіяні у ліквідації наслідків аварії у 2-му секторі – зоні відповідальності Київського військового округу.

Коло обов'язків головного терапевта оперативної групи було досить широким. Необхідно було організувати надання кваліфікованої медичної допомоги у медико-санітарних батальйонах, що комплектувалися лікарями і медичними сестрами, призваними із запасу, і не мали досвіду як військово-медичної служби, так і терапевтичного досвіду взагалі; налагодити військово-лікарську експертизу; організовувати проведення профілактичних оглядів осіб, що прибували у 30-км зону; спостереження за станом здоров'я керівництва сектору; консультувати важких хворих і хворих з незрозумілим діагнозом у медсанбатах, лазаретах і медичних пунктах військових частин; налагодити евакуацію хворих наземним і повітряним транспортом з військових частин 30-км зони до медико-санітарних батальйонів та Київського військового госпіталю.

Робочий день головного терапевта тривав з 7 годин ранку і до 23 вечора. Напруга – нервово-психічна і фізична були настільки великими, що не дивлячись на висококалорійне харчування, гарні умови для відпочинку вночі (спали у добре обладнаних вагончиках) відчувалася постійна втома і сонливість. Не допомагали і тонізуючі фармакологічні засоби, що широко застосовувалися у ті дні.

Професор, полковник медичної служби у відставці Ю. М. Скалецький пригадує один цікавий епізод, про який йому розповів Микола Миколайович. У ті часи до Чорнобиля приїжджали керівники держави різного рівня, цікавилися станом надання медичної допомоги. Одного разу до Чорнобиля завітав генерал армії І. О. Герасимов, на той час головнокомандувач Південно-Західного стратегічного напрямку, а перед цим – командувач Київського військового округу (1975–1984 рр.). Серед багатьох питань, що йому доповідав головний терапевт 2-го сектору, було повідомлення щодо великої частоти

змін в аналізах крові у ліквідаторів, які виявлялися лаборантами при масових обстеженнях населення і військовослужбовців. Мова тоді йшла про зміни з боку «білої» крові (лейкопенія, ті, чи інші зміни лейкоформули). І. О. Герасимов вислухав уважно доповідь і потім запропонував повторити ці аналізи. Як не дивно було – виявилось, що у багатьох випадках при повторному дослідженні аналізи крові були нормальними. Мабуть великий життєвий досвід керівника дозволив запропонувати правильне рішення – сумніваєшся – перевіряй. Воно було і не дивно, що лаборанти допускалися помилок – велике навантаження давало себе знати. Очевидці розповідали, що лікарі-лаборанти і лаборанти постійно ходили з червоними від напруги очима.

Після повернення до Києва М. М. Вовкодав приступив до обов'язків провідного терапевта, проте і тоді лівова частка його часу використовувалася на організацію та надання допомоги ліквідаторам аварії. Госпіталь до 24 червня 1986 р. приймав не тільки звичайних хворих, але і осіб, що отримали дозу зовнішнього опромінення від 25 бер і більше. Для їх обстеження на базі кардіологічного відділення (начальник – полковник медичної служби Г. С. Луговський) було розгорнуто спеціалізоване радіологічне відділення. За необхідності такі ліквідатори проходили обстеження і в інших відділеннях госпіталю. Сам провідний терапевт, перебуваючи у Чорнобилі, отримав дозу опромінення, що перевищувала 25 бер. Тоді Микола Миколайович не госпіталізувався для обстеження, як пригадує дружина Людмила Миколаївна, все обстеження було амбулаторним.

Пізніше, влітку 1986 р., були повторні, різні за тривалістю, відрядження у зону аварії, на цей раз уже як провідного терапевта 408 ОБГ, з метою надання терапевтичної допомоги, як з точки зору організаційної, так і консультативної роботи.

Науковий підсумок роботи М. М. Вовкодава у Чорнобилі – результати більше ніж 1000 обстежень ліквідаторів, було надруковано у таємному номері «Військово-медичного журналу». Пізніше, уже за незалежної України (1995), вийде ще декілька його праць, присвячених гострій променевої хворобі: «Функціональний стан серцево-судинної системи хворих у період віддалених наслідків гострої променевої хвороби», «Гематологічні показники у віддалений пе-

ріод в осіб, які перенесли гостру променеву хворобу», «Стан імунологічної реактивності у хворих після гострої променевої хвороби».

Кінець 1980-х років у Київському військовому госпіталі був досить напруженим. На його базі ЦВМУ СРСР проводило низку заходів, у яких безпосередню участь довелося брати провідному терапевту. Це були збори головних фахівців МО СРСР (головних інфекціоністів – 1986 р., головних терапевтів – 1987 р., головних травматологів – 1988 р., головних терапевтів – 1989 р., фахівців з медичного постачання – 1990 р., заступників начальників окружних військових госпіталів з медичної частини і начальників окружних поліклінік – 1991 р.). Зупинимося тільки на зборах головних терапевтів округів, груп військ і флотів МО СРСР, у підготовці і проведенні яких М. М. Вовкодаву довелося брати безпосередню участь.

Збори 1987 року проводилися 24 і 25 червня. Їх учасниками стали 58 головних терапевтів. Метою зборів було проведення аналізу досвіду медичного забезпечення військ, що брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. У рамках цих зборів було проведено також засідання терапевтичної секції ЦВМУ за темою: «Діагностика, лікування і профілактика вісцеральних і метаболічних ускладнень при політравмі у різних клімато-географічних умовах». Аналізувався афганський досвід. Збори проходили під керівництвом головного терапевта МО СРСР професора, генерал-лейтенанта медичної служби Є. В. Гембіцького. Учасниками і доповідачами були відомі радянські військові терапевти – професори: генерали медичної служби Г. К. Алексєєв, Є. Є. Гогін, В. Г. Владімиров, професори, полковники медичної служби Є. В. Єрмаков, Є. І. Сафронов, Л. М. Клячкін, М. М. Кирилов, А. А. Новицький. З доповідями виступали також терапевти Київського госпіталю і терапевти з інших військових округів.

На М. М. Вовкодава лягла вся підготовча, «чорнова» робота: перевірка та надання допомоги начальникам своїх відділень у підготовці доповідей, приведення терапевтичних відділень госпіталю у належний стан для показу їх учасникам зборів, загальна організація зборів. Проведений захід отримав високу оцінку керівництва ЦВМУ МО СРСР, а Микола Миколайович у цьому році отримує військове звання полковника медичної служби.

Через два роки, у 1989 р., на базі Київського госпіталю знову проводилися збори головних терапевтів округів, груп військ і флотів та чергове засідання терапевтичної секції Вченої медичної ради ЦВМУ МО СРСР. На цей раз збори проводив новий головний терапевт МО СРСР професор, генерал-майор медичної служби В. Т. Івашкін. Вони були присвячені актуальним проблемам діагностики, лікування та профілактики ішемічної хвороби серця в армії. У роботі зборів брали участь відомі терапевти, кардіологи – професор, генерал-лейтенант медичної служби Г. М. Яковлев, професор В. С. Работніков; фахівці ГВКГ імені М. Н. Бурденка – В. М. Ключев, В. М. Ардашев, М. В. Корнеєв, Ю. Б. Нестеренко, А. Л. Господаренко та інші; фахівці інших центральних військових госпіталів та центральних поліклінік МО СРСР.

В. Т. Івашкін виступив з доповіддю «Современные проблемы ишемической болезни сердца. Состояние и задачи по совершенствованию кардиологической помощи в Вооруженных силах СССР», Г. М. Яковлев повідомив «О клинических вариантах ишемической болезни сердца», головний терапевт Київського військового округу полковник медичної служби О. О. Качанко представив учасникам зборів доповідь «Организация диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни сердца в Киевском военном округе».

Терапевти госпіталю знайомили учасників зборів з роботою кардіологічних відділень госпіталю. На той час Київський госпіталь був одним з найкращих у ЗС СРСР у питаннях інтенсивного та етапного лікування інфаркту міокарда, автоматизації функціональних методів дослідження в кардіології, застосуванні лазерного та ультрафіолетового опромінення крові у лікуванні кардіологічних хворих.

На другий день учасників зборів було ознайомлено з роботою воєнно-санітарного потягу.

М. М. Вовкодав, як і під час зборів у 1987 р., провів значну підготовчу роботу. До початку зборів були капітально відремонтовані: кардіологічне відділення, інфарктне відділення, відділення функціональної діагностики, аудиторія кардіологічного корпусу.

Мені, учаснику тих зборів, як головному терапевту Забайкальського військового округу, запам'ятався показ кардіологічних відділень госпіталю, які проводив М. М. Вовкодав. Звичайно, що в першу

чергу нас цікавила конкретна практична робота інфарктного відділення, яке на той час працювало на рівні кращих кардіологічних центрів Києва. Організація цього відділення вражала своєю новизною. Приємне враження залишилось також саме від облаштування кардіологічних відділень. Вони запам'яталися затишком, якоюсь академічністю, високими світлими коридорами і палатами, чудовою колекцією портретів видатних вітчизняних терапевтів, що була розміщена на першому поверсі кардіологічного корпусу. Як мені потім стало відомо, до створення та придбання цієї колекції безпосередньо долучився провідний терапевт госпіталю.

М. М. Вовкодаву також належала ідея та створення меморіальної дошки, присвяченої видатному київському терапевту професору В. П. Образцову, який у свій час, будучи військовим лікарем, служив у Київському військовому госпіталі. Меморіальна дошка урочисто була відкрита головним терапевтом МО СРСР професором В. Т. Івашкіним у присутності учасників зборів та запрошених кардіологів Києва.

Неможливо уявити службу радянського військового лікаря будь-якого рангу і посади без участі у польових навчаннях. Їх у житті М. М. Вовкодава було багато, особливо у ГРВН. Не обійшлося без них і в Київському військовому окрузі. Назвемо тільки деякі з них: 1987 р. – «Розгортання і організація роботи воєнного польового госпіталю для легкопоранених», 1989 р. – «Евакуація поранених та хворих з трьох фронтів Південно-Західного напрямку у тил країни», 1990 р. – «Розгортання і організація роботи Воєнно-польового хірургічного госпіталю». У всіх цих навчаннях, на тих чи інших посадах брали участь терапевти госпіталю і, відповідно, провідний терапевт госпіталю.

Кінець 1980-х – початок 1990-х припав на кінець радянської імперії – початок незалежності України, час складний для людей, у тому числі і для військових. Непростим він виявився і для М. М. Вовкодава. Не склалися стосунки з начальником госпіталю полковником медичної служби Ф. Д. Тебешевським, який у 1986 р. змінив О. І. Чижикова, втім у цього начальника не склалися стосунки і з більшістю особового складу госпіталю, що супроводжувалися постійними взаємними образами і конфліктами. Тільки після колективного листа офіцерів

госпіталю на ім'я Командувача військами округу, цей керівник був звільнений з посади у 1991 р.

На кінець 1980-х прийшлася і зміна колег-хірургів госпіталю і Київського військового округу, з якими провідному терапевту доводилося працювати, як кажуть, пліч-о-пліч. У 1987 р. у ГРВН (Німеччина) замінився головний хірург округу професор, полковник медичної служби Ф. Г. Новіков, замість нього у 1988 р. було призначено доктора медичних наук, полковника медичної служби В. Я. Білого. У 1989 р. за віком звільнився провідний хірург госпіталю доктор медичних наук, полковник медичної служби І. П. Томашук, замість нього у цьому ж році в госпіталь прибув кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби А. С. Чебурахін. Усі хірурги-керівники були з вченими ступенями та званнями, тільки терапевти – головний терапевт округу О. О. Качанко і провідний терапевт М. М. Вовкодав не мали таких вчених заслуг. Важко сказати зараз, чи викликала ця різниця у Миколи Миколайовича певний професійний чи амбіційний дискомфорт. Враховуючи його впевненість у своїх знаннях, професійних та службових можливостях, думаємо, що якоїсь неповноцінності у зв'язку з цим він не відчував. Як пригадує дружина Людмила Миколаївна, її чоловік завжди, починаючи зі студентської лави, не розлучався з медичними книгами та журналами, багато читав, уже з самого ранку щось виписував, конспектував, робив якісь помітки з думок, чи з прочитаного. Пізніше все це виліється у чисельні наукові праці, дисертацію. Стартував у науці пізно, проте, як на мене, наздогнав і навіть перегнав у досягнутому багатьох своїх колег. Врешті-решт – справа не в наукових ступенях та званнях, справа у цінності та практичному значенні наукових досягнень. На наукових працях М. М. Вовкодава зупинимося далі.

Важливою його ініціативою як провідного терапевта, стало відновлення Київського військового госпіталю як клінічної бази для кафедри госпітальної терапії №1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця на чолі із завідувачкою кафедри К. М. Амосовою. Ця кафедра є історичним продовжувачем кафедри госпітальної терапевтичної клініки Університету Св. Володимира, яка весь час базувалася у Київському військовому госпіталі і її керів-

никами були такі знамениті професори як С. П. Алферєв, Ф. Ф. Мерінг, Ю. І. Мазон, В. Т. Покровський, К. Г. Трітшель, К. Е. Вагнер, Т. Г. Яновський, В. В. Виноградов.

Відповідальною за роботу у госпіталі від кафедри була призначена доцент Л. Л. Сидорова. Завдячуючи цій співпраці, значно активізувалася наукова робота у терапевтичних відділеннях госпіталю. Терапевти стали працювати над дисертаціями. На сьогодні з кафедри вийшло 2 докторських і вже більше 20 кандидатських дисертацій, захищених терапевтами госпіталю. Зазначу, що саме завдяки Людмилі Леонідівні Сидоровій, її інтелекту, знанням та досвіду, безмежно щирій душі, були захищені ці дисертації. Активізувалась участь терапевтів у роботі різноманітних науково-практичних конференцій, з'їздів, конгресів, у тому числі за кордоном.

Необхідно зауважити, що у кінці 1980-х відбулася зміна і начальника медичної служби Київського військового округу. У листопаді 1989 р. за віком звільнився генерал-майор медичної служби В. М. Фадєєв, замість нього був призначений полковник медичної служби Г. В. Циганок. Останній, як на мій погляд, зіграв важливу роль у подальшій службі М. М. Вовкодава.

У кінці 1988 р. (листопад–грудень) Миколу Миколайовича підвело здоров'я, внаслідок жовчнокам'яної хвороби у нього розвинулась механічна жовтяниця. Хірургами госпіталю він був прооперований – виконана лапаротомія та холецистектомія. Проте, як не рідко буває з колегами у медицині – не обійшлося без проблем та невдач: у процесі операції у черевній порожнині залишили серветку, тож потрібно було повторне хірургічне втручання. Усі перипетії навколо цього лікування, а їх було чимало, усе, що пережила родина Миколи Миколайовича та хірурги, що його оперували, залишимо історії.

М. М. Вовкодав як терапевт мав свій стиль роботи і, скажімо так – не зовсім банальний і вироблений його попередниками. Я би назвав цей стиль – стиль терапевта-організатора. Він любив у всьому порядок, доцільність, діяльність відділень і фахівців розглядав з економічної точки зору. Думаємо, що це з одного боку були вроджені якості, з іншого – набуте зі служби у Німеччині. Людина спостережлива і розумна, Микола Миколайович, спостерігаючи за життям, роботою

та побутом німецького народу, за діяльністю німецьких колег-медиків, виніс немало корисного для себе і старався кращі сторони їхнього життя перенести до нашого, у тому числі і в лікарській діяльності. Все це виливалося у бажання вдосконалювати як свою роботу, так і роботу підлеглих терапевтичних відділень.

Зробивши аналіз терапевтичних відділень госпіталю побачив, що хворі обстежувалися довго, відповідно кінцевий діагноз виставлявся пізно, що призводило до невиправданого тривалого лікування. Так, протягом 3 днів обстежувалося тільки 32,5% хворих, 4–6 днів – 32,5%, 7–10 днів – 16,4%, після 11 днів – 19,6%.

Система обстеження, що існувала у госпіталі, базувалася на черговості, а не на доцільній послідовності. При цьому порушувалася безперервність і логіка діагностичного процесу й без того розтягнутого двома вихідними днями. А ще діагностичний процес затягувався через надлишкові обстеження, які, крім того, призводили до перевантаження діагностичних відділень. За даними історій хвороби, 26% хворим проведені «зайві» обстеження. У середньому на 1 хворого припадало 5,8 надлишкових досліджень.

Скоротити діагностичний період пропонувалося за рахунок максимального обстеження хворого на догоспітальному етапі. Пропонувалося до 80% хворих, що надходили у плановому порядку, частково обстежувати у поліклініці; рівномірної госпіталізації протягом тижня, у тому числі у вихідні та святкові дні; за рахунок диспетчеризації заявок на обстеження та консультації; ефективного і швидкого обстеження у профільних відділеннях. Такі завдання були поставлені перед лікарями госпіталю і їх виконання у подальшому постійно контролювалося відповідними посадовими особами.

Результати цього аналізу та поставлені вимоги були озвучені М. М. Вовкодавом на черговій науково-практичній конференції лікарів Київського військового округу у 1988 р. і надруковані у матеріалах конференції.

Подібний аналіз провідним терапевтом був проведений з начальниками відповідних терапевтичних відділень, аби кожен з них мав уявлення щодо проблем у своєму підрозділі і цілеспрямовано вдосконалював лікувально-діагностичний процес.

На наступній конференції лікарів Київського військового округу (1991 р.) М. М. Вовкодав з кардіологами госпіталю доповідали про вдосконалення невідкладної кардіологічної допомоги. Проведеними клініко-організаційними заходами (інтенсифікація обстеження, відповідна підготовка персоналу, вдосконалення системи госпіталізації хворих, оптимізація процесу лікування тощо) вдалося досягти зниження рівня летальності хворих на інфаркт міокарда з 12% у 1987 р. до 10,8% у 1990 р.

Слід наперед зауважити, що подібні друковані праці організаційного, методичного характеру, пізніше – навіть полегічного характеру, будуть у науковій діяльності М. М. Вовкодава переважати у подальшому. Його стиль терапевта-організатора буде домінуючим не тільки у практичній роботі, але і в науковій.

Весною 1991 р. полковник медичної служби М. М. Вовкодав призначається головним терапевтом Київського військового округу, замість звільненого у запас полковника медичної служби О. О. Качанка. Це призначення мало певне відношення до мене, адже я, як головний терапевт Забайкальського військового округу, планувався у 1991 р. по заміні у Київський військовий округ на рівноцінну посаду головного терапевта замість О. О. Качанка. Проте, скоро з Москви прийшов запит, чи я погоджуся на посаду провідного терапевта 408 ОВГ. Звичайно я погодився. Прибувши 02 травня 1991 р. у Київ, застав передачу посади головного терапевта. Колишній головний терапевт О. О. Качанко знаходився ще у своєму робочому кабінеті, а М. М. Вовкодав – був ще у кабінеті провідного терапевта. Сказати, що я засмутився від того, що не став головним терапевтом Київського округу – так точно ні. Десять років служби у Забайкаллі, з них три останніх – на посаді головного терапевта Забайкальського



**Доповідь М. М. Вовкодава
на науковій конференції
лікарів Головного
військового госпіталю, 1993 р.**

округу, якщо чесно – мені були в «печінках». Постійні відрядження (літаки, потяги і автомобілі) по безкінечному забайкальському бездоріжжю та вічній мерзлоті (тисячі кілометрів від Північного льодовитого океану до південних кордонів Монголії, вся Читинська і Іркутська області, неосяжна Якутська АРСР та Монголія загальною площею більше ніж 6 млн кв. км – це території більше половини Європи, або шести таких країн як Україна) трохи втомили. ЗАБВО – це три розгорнутих загальновійськових армії, повітряна армія, війська ПВО, з'єднання центрального і окружного підпорядкування, всього біля 300 000 особового складу. Не буду відволікатися на забайкальські умови служби, це окрема тема, скажу лише, що пропозиція обійняти посаду провідного терапевта Київського військового госпіталю мене повністю задовольнила, тим більше, що досвід на аналогічній посаді вже був – три роки провідним терапевтом 321 Окружного військового госпіталю у Читі. Задовольнялося бажання повернутися до клінічної роботи.

Зустрів мене Микола Миколайович досить приязно і в подальшому у нас склалися гарні професійні та товариські стосунки. Ми ніколи не обговорювали своїх призначень. Я завжди, у тому числі в складні для мене часи (сімейні та службові), відчував від свого старшого колеги підтримку, за що завжди був і буду йому вдячний. Вважаю, що посаду головного терапевта округу він отримав абсолютно заслужено. Ми часто зустрічалися, обговорювали різні службові питання, Микола Миколайович звертався до мене за порадами, або «закидав» для дискусії якесь досить складне питання. Частіше всього мова йшла про організаційні питання терапевтичної служби, пізніше – щодо організації медичної служби взагалі.

Головним терапевтом Київського військового округу М. М. Вовкодав був всього декілька місяців. 24 серпня 1991 р. Україна стає незалежною державою і започаткувала створення Міністерства оборони і власних Збройних сил.

ГЛАВА 3

ДІЯЛЬНІСТЬ М. М. ВОВКОДАВА НА ПЕРШОМУ ЕТАПІ (1991–1996 рр.) РЕФОРМУВАННЯ ВІЙСЬКОВО- МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ. ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ МО УКРАЇНИ

3.1. ФОРМУВАННЯ ПЕРШИХ ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЮ СЛУЖБОЮ ТА ЇХ НАЧАЛЬНИКИ. ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ МО УКРАЇНИ

На початку 1992 р. (14 лютого) на базі медичної служби Київського військового округу було сформовано Управління медичного забезпечення штабу тилу ЗС України та відбулися відповідні призначення. Начальником цього управління призначено полковника медичної служби Георгія Васильовича Циганка (з 06.05.1993 р. – генерал-майор медичної служби), його заступником – полковника медичної служби Л. М. Павловського, головним терапевтом Управління – полковника медичної служби М. М. Вовкодава, головним хірургом – полковника медичної служби В. Я. Білого. 12.09.1992 р. це Управління було перейменовано на Військово-медичне управління (ВМУ) штабу Тилу ЗС України.

З цього часу розпочинається складне, насичене різними подіями, удачами та розчаруваннями життя М. М. Вовкодава. Це було життя – не спочивання на лаврах, а постійна боротьба за втілення своїх ідей і пропозицій, боротьба, часто, вибачаюсь, але це так – з обмеженими людьми у військовій формі, у тому числі на високих посадах.

Перші кроки Управління і головних фахівців були спрямовані на збереження кадрів лікарів, адже йшло безсистемне скорочення ко-

лишньої Радянської армії через відсутність стратегічного бачення майбутнього українського війська.

Від часу здобуття Україною в серпні 1991 року своєї незалежності бере свій початок розвитку і військова медицина нашої держави. Відповідно до прийнятих в Україні програмних документів (Концепції та Програми реформування і розвитку ЗС України) будівництво та розвиток ЗС України, а також системи медичного забезпечення поділяються на декілька основних етапів: I етап (1991–1996 рр.) – формування організаційних основ ЗС України; II етап (1997–2000 рр.) – Державна програма будівництва та розвитку ЗС України на період до 2005 р. (зупинена у 2000 р.); III етап (2000–2005 рр.) – Державна програма реформування та розвитку ЗС України на період до 2005 р.; IV етап (2006–2011 рр.) – Державна програма розвитку ЗС України на 2006–2011 рр.; V етап (2012–2014 рр.) – Державна програма реформування та розвитку ЗС України на 2012–2017 рр. (зупинена у 2014 р.); VI етап (2014–2021 рр.) – замисел оптимізації та реорганізації ЗС України (2014 р.), Плани утримання і розвитку ЗС України на 2015 та 2016 рр., Державна програма розвитку ЗС України на період до 2020 р.*

У відповідності до цих етапів будівництва і розвитку ЗС України та будучи тісно пов'язаними з ними відбувалися процеси формування, розбудови, становлення та розвитку медичної служби ЗС України.

Життя М. М. Вовкодава настільки було пов'язано з проблемами армії, її військово-медичною службою, що його важко відділити від змін та подій, що відбувалися в українській армії. Тож у подальшій розповіді щодо його життя та діяльності будемо теж притримуватись цієї хронології.

На першому етапі реформування армії (1991–1996 рр.) головним завданням військової медицини стало: створення сучасної системи медичного забезпечення, формування органу управління військовою медициною, розробка концепції основних напрямків будівництва військової охорони здоров'я.

* Осташенко Т. М., Жаховський В. О., Лівінський В. Г., Швець А. В. Історичні аспекти формування та розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України (до 30-річчя створення медичної служби Збройних Сил України) / *Український журнал військової медицини*. – Том 2, 4. 2021. – С. 166–181.

Професор, полковник медичної служби Я. Ф. Радиш перший етап розвитку медичної служби підрозділяє ще на три періоди: перший – листопад 1991 р. – листопад 1993 р., другий – листопад 1993 р. – жовтень 1994 р., третій – жовтень 1994 р. – 1997 р. Такий додатковий поділ пов'язаний також з діяльністю відповідних керівників військово-медичною службою: Г. В. Циганка, А. Г. Луріна та В. Я. Білого.*

Перший етап характеризувався завданнями значної складності, так як все робилися вперше. Чого лише вартувало реформування військової медицини трьох військових округів (Київського, Одеського, Прикарпатського), з'єднань і об'єднань Військово-повітряних сил, військ Протиповітряної оборони, 43 ракетної армії, Чорноморського флоту, залізничних військ, військово-будівельних частин та інших військових структур на території України – у медичну службу ЗС України. Медичні служби зазначених вище військових об'єднань були самостійними одиницями і підпорядковувалися начальникам тилу військових округів, а зі спеціальних питань – ЦВМУ МО СРСР. Постачання медикаментів та медичного обладнання було повністю централізованим.

Формувалося нове керівництво Міністерства оборони і Головного (пізніше – Генерального) штабу. Це нові люди, з якими потрібно було ефективно працювати, адже від них багато у чому залежала ефективність діяльності медичної служби. Першим Міністром оборони України призначається генерал-полковник К. П. Морозов (вересень 1991 р. – жовтень 1993 р.), першим начальником Головного штабу – генерал-лейтенант Г. В. Живиця (грудень 1991 р. – червень 1992 р.).

Для головних фахівців МО України, крім вирішення значних організаційних питань, накладалась велика кадрова проблема – одні офіцери медичної служби скорочувались, інші (офіцери-українці) прибували за власним бажанням в Україну для служби на Батьківщині. Вирішувалася доля багатьох людей, це не завжди було просто.

На цьому етапі відбувалося також створення Головного військового госпіталю МО України, власної національної системи освіти і науки, формування закладів протиепідемічної служби, системи медичного постачання тощо.

* Радиш Я. Нариси з історії медицини. Київ, 2009. С. 88–94.

Згадую ті часи, коли командування 408 ОБГ разом з головним терапевтом М. М. Вовкодавом і головним хірургом В. Я. Білим вирішували питання щодо формування Головного військового клінічного госпіталю. Підготовчий період трохи затягнувся, адже потрібно було вивчити структуру і штати головних військових госпіталів інших країн. Тоді, з Миколою Миколайовичем ми сформували перші терапевтичні і діагностичні підрозділи госпіталю. 25 вересня 1992 р. вийшла директива начальника Генерального штабу ЗС України щодо формування Головного військового клінічного госпіталю (ГВКГ) МО України.

Вперше в історії госпіталю було організовано нові терапевтичні відділення – гематологічне, нефрологічне, кардіоревматологічне. На базі відділень одного профілю створені центри: кардіологічний, неврологічний, інфекційний. Діагностичні відділення об'єднані в потужний лабораторний центр і центр променевої діагностики та лікування. Пізніше (у 1995 р.) були створені клініки, у тому числі змішані, до складу яких входили відділення терапевтичного і хірургічного профілю (абдомінальної хірургії і гастроентерології, урології і нефрології, пульмонології та інші).

Уже в жовтні 1993 р. ГВКГ провів свою першу науково-практичну конференцію, присвячену 20-річчю організації відділення невідкладної терапії госпіталю, видані тези доповідей під загальною редакцією генерал-майора медичної служби Г. В. Циганка. На конференції з двома доповідями виступив М. М. Вовкодав, присвяченими організації невідкладної допомоги у великому військовому госпіталі та необхідності створення автоматизованої системи управління (АСУ) з метою підвищення ефективності діагностики та лікування невідкладних станів та виявлення «вузьких» місць у роботі відділень інтенсивної терапії.

На цьому етапі головним терапевтом, крім вирішення кадрових питань, багато уваги приділялося організації роботи терапевтичних відділень з точки зору їх ефективності (скорочення діагностичного періоду в обстеженні, скорочення термінів лікування; мінімізація, в межах необхідного, обстеження, лікування тощо). З цією метою розроблялися стандартизовані історії хвороби, які були б придатними для автоматизованої обробки, стандартизовані бланки для рентге-

нівських, ендоскопічних, лабораторних, ультразвукових та інших досліджень. Для скорочення часу на заповнення історії хвороби вона була зроблена як формалізований документ, у якому результати об'єктивного обстеження хворого відображалися шляхом підкреслення уже готових (надрукованих) даних, при наявності патологічних змін – вписувалися рукою. Подібний документ – «Медична карта амбулаторного хворого» була відпрацьована і для поліклінік. Запропонована нова медична книга для офіцерів і для солдатів.

Чимало сил вимагала і робота у ВМУ штабу Тилу ЗС України. Перший начальник медичної служби ЗС України генерал-майор медичної служби Г. В. Циганок – унікальна людина у всіх відношеннях – і як військовий лікар високого рангу, і як організатор, і як керівник, і просто як людина. Георгію Васильовичу ми присвятили цілу главу у своїй книзі «История Киевского военного госпиталя» (Книга 3), тож відсилаємо читача до цього джерела.*

Те, що було зроблено ним, власне з невеликим колективом Управління (25 офіцерів і 7 службовців, це не ГВМУ 1998 р. у складі 45 офіцерів і 45 службовців), трохи більше ніж за рік, сьогодні навіть важко оцінити.

Довго розмірковував над питанням: чому успішний, досвідчений керівник, який тільки що отримав від держави високе звання генерал-майора медичної служби, у віці 57 років, був терміново усунений у листопаді 1993 р. з посади, а звільнений 23 лютого (!) 1994 р.? Також терміново, не дочекавшись наказу про звільнення попереднього керівника (він був виведений зі штату), було призначено нового керівника – полковника медичної служби А. Г. Луріна. Нарешті мені вдалося розговорити Георгія Васильовича – його звільнення було пов'язано зі зміною керівництва у Міністерстві оборони. На перипетіях цієї не дуже гарної історії вирішив не зупинятись, адже не про цих керівників йде мова.

Не менш неприємною історією стало і звільнення з посади начальника ВМУ, потім ЦВМУ штабу Тилу ЗС України генерал-майора медичної служби А. Г. Луріна. У пам'яті багатьох військових медиків

* Бойчак М. П. История Киевского военного госпиталя. Кн. 3. Киевский военный госпиталь во второй половине XX века. Главный военный клинический госпиталь Министерства обороны Украины. Киев, 2007. С. 671–681.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

залишилося заслуховування А. Г. Луріна 12 жовтня 1994 р. на нараді з керівним складом медичної служби ЗС України, яку проводив новий Міністр оборони В. М. Шмаров. На нараді були присутніми: начальник Генерального штабу генерал-полковник А. В. Лопата, заступник МО – начальник Тилу ЗС, Міністр охорони здоров'я В. О. Бобров, начальник Головного управління кадрів, начальник Головного фінансово-економічного управління, представники інших міністерств та відомств України, головні медичні фахівці Міністерства оборони, керівний склад медичної служби. Нарада відбувалася у клубі Головного військового госпіталю. Доповідь про стан медичного забезпечення ЗС України, організаційно-штатну структуру медичної служби на мирний та воєнний час, її відповідність поставленим завданням робив начальник ЦВМУ Тилу ЗС України генерал-майор медичної служби А. Г. Лурін.

У нас є копія протоколу цієї наради, згідно з якою було поставлено завдання розробити організаційно-штатну структуру медичної служби відповідно до територіального принципу забезпечення військ. Розглядалося багато питань щодо забезпечення медичних закладів медичним майном (апаратурою, медикаментами тощо), підготовки медичних кадрів, про місце військово-медичної служби в структурі ЗС України і навіть про сумісництво посад військовими лікарями та відповідну оплату.



Микола Вовкодав (у центрі) з головним хірургом Київського військового округу В. Білим (справа) і начальником 408-го Окружного військового госпіталю О. Козачонком, м. Київ, 1991 р.

Ці питання були важливими, але не секрет, що проводилася ця нарада заради одного – зняття з посади А. Г. Луріна, що і сталося. У протокольному дорученні Міністра оборони України до цієї наради від 19.10.1994 р. виконання її рішень доручалося учасникам наради, у цьому списку вже було прізвище В. Я. Білого, який 17.10.1994 р. був призначений начальником ЦВМУ Тилу ЗС України. 20.10.1994 р. вийшов наказ Міністра оборони України №250 «Про проведення організаційних заходів», згідно з яким ЦВМУ Тилу ЗС України виводилося зі складу Тилу ЗС України, переформовувалося у ГВМУ Генерального штабу ЗС України і підпорядковувалося начальнику Генерального штабу ЗС України. Таким чином, не пробувши і року на посаді, проте встигнувши отримати звання генерал-майора медичної служби, А. Г. Лурін у жовтні 1994 р. був знятий з посади і звільнений зі Збройних сил України.

Цю історію ми пригадуємо через те, що протягом лише двох років М. М. Вовкодаву та його колегам довелося пережити складні зміни у вищих ешелонах керівництва МО України та у військово-медичній службі (три Міністри оборони, три начальники Головного штабу, три начальники Тилу і, власне, три начальники медичної служби ЗС України). Не думаю, що це був психологічно простий період служби для головного терапевта МО України, адже йому доводилося брати безпосередню участь у цих процесах. Далі ми зупинимось на основних напрямках роботи М. М. Вовкодава на першому етапі розвитку і реформування військово-медичної служби.

3.2. **УЧАСТЬ М. М. ВОВКОДАВА У ПІДГОТОВЦІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КАДРІВ**

На перший етап становлення та розвитку військово-медичної служби припадає також створення в Україні національної системи військово-медичної освіти та науки. У Постанові Кабінету Міністрів України «Про реформу системи військової освіти» №490 від 10.08.1992 р. йшлося про створення Військово-медичного відділення при Українському державному медичному університеті імені О. О. Богомольця. З цією метою, відповідно до наказу начальника

ГШ ЗС України від 13.01.1993 р. було сформовано організаційне ядро (ця дата стала Днем заснування Української військово-медичної академії), почалося опрацювання штату Військово-медичного відділення, сформовані основні кафедри, проведено перший набір слухачів і ад'юнктів (липень-серпень 1993 р.). Надалі Постановою Кабінету Міністрів України «Про створення Української військово-медичної академії» №820 від 16.10.1995 р. було офіційно визнано факт заснування Української військово-медичної академії (УВМА).

Підготовці і перепідготовці військово-медичних кадрів усіх рівнів, структурі УВМА, принципам її управління та функціонування присвячена стаття М. М. Вовкодава (із співавторами) – «Українська військово-медична академія», що вийшла у 1996 р. У роботі підкреслювалося, що створення УВМА виконано не стандартним класичним шляхом, а шляхом функціонального об'єднання в єдиний навчально-науковий та лікувально-профілактичний комплекс (об'єднання) існуючих організаційних структур навчальних закладів, наукових, лікувальних і профілактичних установ медичної служби силових міністерств і відомств України з максимальним використанням наявної навчально-матеріальної бази. Така структура Академії була створена за умов економічних труднощів держави на той період.

На початку формування Військово-медичного відділення (ВМО) при Українському державному медичному університеті імені О. О. Богомольця (УДМУ) – як першого етапу функціонування УВМА М. М. Вовкодав тісно співпрацював з його начальником, доктором медичних наук, доцентом, полковником медичної служби Б. А. Клішевичем. Борис Антонович добрими словами згадує Миколу Миколайовича, з яким служив у Групі радянських військ у Німеччині, будучи головним патологоанатомом радянської групи військ у Німеччині (1980–1985 рр.). Вони у ті роки дружно працювали, часто зустрічались, мали багато спільних контактів під час проведення клініко-анатомічних конференцій, в процесі повсякденної роботи. Такі ж дружні та творчі стосунки залишилися у них під час спільної діяльності уже в Україні. Борис Антонович завжди відчував підтримку Миколи Миколайовича, як в процесі організації роботи Військово-медичного відділення, так і взагалі по службі.

М. М. Вовкодаву і Б. А. Клішевичу належить пріоритет щодо необхідності підготовки військових лікарів загальної практики – як основної лікарської спеціальності в територіальній системі медичного забезпечення військ. Військово-медичне відділення, а пізніше УВМА готували різних фахівців (за 9 спеціальностями), проте не проводилася підготовка військових лікарів, що мали працювати безпосередньо у військах та амбулаторно-поліклінічній ланці медичної служби, як основного етапу лікувально-профілактичної допомоги. Більше того, доцільність їх підготовки не знаходила належної підтримки у низки медичних керівників. У доповіді М. М. Вовкодава і Б. А. Клішевича на 1-й ювілейній науково-практичній конференції ВМО при УГМУ, що відбулася у 1995 р. та відповідній статті – «Вимоги до підготовки військово-медичних кадрів на сучасному етапі», авторами викладені вимоги до підготовки таких фахівців.

Цікаво, що перший набір військових лікарів загальної практики відбувся у Військово-медичному відділенні УДМУ імені О. О. Богомольця вже у 1993 р. і навчалися вони на кафедрі військової терапії. Б. А. Клішевич пригадує, що тоді на кафедрі військової терапії були окремі цикли для підготовки лікарів загальної практики для сухопутних військ, для військово-морського флоту і для військово-повітряних сил. Проте відсутність законодавчої бази на державному рівні щодо підготовки таких лікарів не дала змогу зробити перший випуск лікарів загальної практики. Практично порушене питання було вирішено у жовтні 1998 р., коли в УВМА була організована кафедра військової загальної практики – сімейної медицини. Розуміння необхідності такої кафедри і заслуга у її відкритті належить також начальнику УВМА генерал-лейтенанту медичної служби В. В. Паську.*

Отже, перший досвід підготовки лікарів загальної практики на кафедрі військової терапії дозволив виявити особливості і складнощі навчання цих фахівців, необхідності певних законодавчих документів, як-то: «Положення про лікаря загальної практики», «Кваліфікаційна характеристика лікаря загальної практики» тощо.

* Воронко А. А., Куц Т. В., Ткаленко О. М. Кафедра військової загальної практики – сімейної медицини УВМА – 25 років досвіду підготовки військових лікарів загальної практики. *Військова медицина України*. 2018. Т. 18, Дайджест до ювілею УВМА. С. 123

Підготовці майбутніх лікарів загальної практики присвячена стаття М. М. Вовкодава (співавт. – Бойчак М. П., Козачок М. М.), у якій розглядалися завдання лікаря загальної практики у військовій частині, підкреслювалось, що вони відрізняються від завдань звичайного лікаря військової частини чи терапевта амбулаторно-поліклінічного закладу. Це вимагало певної перебудови навчання цих фахівців. Для їх підготовки не підходили ні кафедри терапії, ні амбулаторно-поліклінічні кафедри, які на той час функціонували. Для створення нової кафедри і підготовки лікарів загальної практики необхідні були зусилля всього колективу УВМА. Як ми зазначали вище така кафедра була створена у 1998 р.

У статті «Кадри як складова частина медичного забезпечення Збройних Сил України» М. М. Вовкодав і В. О. Жажовський розглядали проблему підготовки військових лікарів з точки зору територіально-дільничного принципу медичного забезпечення, провели аналіз укомплектованості кадрами в залежності від посад, від рівнів управління та надали пропозиції щодо поповнення поточного некомплекту.

Протягом чотирьох років М. М. Вовкодав виконував також обов'язки начальника кафедри військової терапії. З початку заснування на кафедрі військової терапії УВМА було тільки два штатних викладача – підполковник медичної служби М. М. Козачок і майор медичної служби М. О. Фандо. М. М. Вовкодав, як головний терапевт МО України, став тоді першим тимчасово виконуючим обов'язки начальника кафедри. Добре пам'ятаю ті часи, коли мені довелося виконувати як провідному терапевту ГВКГ обов'язки заступника начальника кафедри. Доводилось розпочинати все з нуля – розробляти навчальні плани і програми підготовки слухачів, плани-конспекти лекцій, практичних занять та інші документи, проводити заняття з першими слухачами. М. М. Вовкодав взяв на себе керівництво навчанням ад'юнктів. Перші кандидатські дисертації (С. І. Скляр, О. І. Лиховський) були захищені під керівництвом професора К. М. Амосової, кафедра якої, як ми вже зазначали, знаходилась на базі госпіталю. Пригадую, що наступним трьома ад'юнктами (В. Дяченко, В. Павлик, Г. Гальченко) Микола Миколайович запланував теми дисертацій з організації терапевтичної допомоги в українській армії – відповідно вони мали досліджувати

питання організації пульмонологічної, кардіологічної і гастроентерологічної допомоги. Постало питання щодо наукового керівника цими дисертаційними роботами. На кафедрі викладачів з відповідними науковими ступеннями не було, тож запросили для консультації з цього питання професора В. М. Коваленка як головного терапевта МОЗ України, завідувача кафедри терапії і ревматології Київської медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Він погодився з актуальністю вибраних тем, проте справа далі не пішла. У М. М. Вовкодава не було досвіду керівництва подібними роботами, професор В. М. Коваленко був зайнятий на основній роботі, тож довелося міняти теми на клінічні, які були потім успішно захищені.

М. М. Вовкодав, виконуючи обов'язки начальника кафедри у період з 1993 до 1997 р., будучи головним терапевтом МО України, відіграв значну роль при комплектуванні викладацького складу кафедри кваліфікованими фахівцями-клініцистами, що мали уже досвід служби у військовій ланці та у наданні допомоги в екстрених ситуаціях. Як талановитий клініцист і досвідчений організатор медичної допомоги, він зумів об'єднати працівників кафедри для виконання поставлених завдань.

3.3. **ВИХІД ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ З ПІДПОРЯДКУВАННЯ ТИЛУ ЗС УКРАЇНИ**

У жовтні 1994 р. начальником ЦВМУ Тилу ЗС України, як ми уже зазначали, було призначено головного хірурга МО України, доктора медичних наук, полковника медичної служби В. Я. Білого (17.10.1994 р.).

ЦВМУ Тилу ЗС України було перейменовано у Головне військово-медичне управління (ГВМУ) Генерального штабу ЗС України. Начальник ГВМУ генерал-майор В. Я. Білий продовжив обіймати також посаду головного хірурга МО України.

М. М. Вовкодав 4.11.1994 р. був призначений Першим заступником начальника ГВМУ – начальником лікувально-профілактичного управління (Головним терапевтом).

Чому один керівник займав одночасно декілька посад мені, думаю і багатьом військовим медикам, не дуже зрозуміло. Але так сталося, тож не будемо гадати.

Продовжувалося реформування медичної служби. Першим вагомим результатом стало виведення військової медицини з прямого підпорядкування Тилу ЗС України і підпорядкування її спочатку начальнику ГШ ЗС України, пізніше - безпосередньо Міністру оборони України. Військово-медична служба розпочала формуватися як самостійний вид забезпечення військ.

Заради справедливості треба згадати, що першими цей крок зробили росіяни у 1992 р., коли начальником ЦВМУ МО СРСР був генерал-полковник медичної служби Е. О. Нечаєв. Наказом МО РФ від 01.03.1992 р. ЦВМУ було реорганізовано у ГВМУ МО РФ, а 16 жовтня того ж року наказом Міністра оборони введено нове положення про ГВМУ, згідно з яким воно було виведено з підпорядкування начальника Тилу ЗС РФ, і медична служба віднесена до окремого виду забезпечення (разом з бойовим, тиловим, технічним і морально-психологічним).^{*}

Тобто, Е. О. Нечаєв став першим на теренах колишнього СРСР військово-медичним керівником, який реалізував у життя віковічну мрію військових лікарів.

Як згадують досвідчені керівники військовою медициною Г. В. Циганок і Л. М. Павловський, розмови щодо виходу військової медицини з Тилу ЗС велися ще у радянські часи (перед розвалом СРСР) у бутність начальника ЦВМУ (потім ГВМУ) МО СРСР генерал-полковника медичної служби Е. О. Нечаєва (1989–1993 рр.). Г. В. Циганок отримав цю інформацію у безпосередній розмові з Е. О. Нечаєвим у 1990 р. під час проведення зборів керівного медичного складу ЗС СРСР на полігоні у Гончаровську. Л. М. Павловський, будучи начальником медичної служби 2-ї танкової армії у Групі радянський військ у Німеччині, обговорював це питання зі своїми колегами – начальниками медичної служби армій ГРВН, теж після чергових зборів. Питання, як

^{*} Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 10. 200 лет на службе здоровья воинов Русской армии / П. Ф. Гладких, А. Б. Белевитин, А. М. Шелепов, И. Т. Русев. Санкт-Петербург, 2007. 272 с.

кажуть – «висіло у повітрі». А потім було ГКЧП, розвал Радянського Союзу – вже було не до виходу медицини з Тилу.

Звичайно, що коли у роки розбудови української армії постало це питання і став готуватись вихід військової медицини з Тилу, вони (Г. В. Циганок і Л. М. Павловський) як перші керівники вже були готові до вирішення цього питання. Тож і порушили це питання. Їх активно підтримували головний хірург В. Я. Білий та головний терапевт М. М. Вовкодав. У нас зберігається копія рапорту тоді ще полковника медичної служби Г. В. Циганка на ім'я Міністра оборони України генерал-полковника К. П. Морозова від 12.02.1993 р., люб'язно наданий нам Л. М. Павловським. Наведемо витяг з цього рапорту: «... одной из специфических функций военно-медицинской службы (наряду с лечебной работой) является осуществление медицинского контроля за организацией и проведением практически всех видов боевой подготовки личного состава, условиями его размещения, быта, питания, режима труда и отдыха.

Действенность этого контроля во многом зависит от места, которое организационно занимает медицинская служба в структуре Вооруженных Сил государства...». Потім Г. В. Циганок у тексті рапорту і в таблиці, що додавалася до рапорту, приводив приклади країн, у яких військові медики «не сковані проблемами служебної залежності від однієї з структур Вооруженных Сил і підпорядковані безпосередньо першим лицам...», і далі писав: «Принцип организационной независимости военно-медицинской службы от контролируемых структур (тыла) реализованы в ВС России, где начальник ГВМУ МО РФ подчинен Первому заместителю Министра обороны, а начальники медицинской службы округов, армий, дивизий соответственно командующим, командирам... В целях совершенствования системы здравоохранения ВС Украины, конкретизации и информативности ее деятельности в интересах сохранения, укрепления и восстановления здоровья военнослужащих вывести из состава Тыла ВС Украины медицинскую службу и подчинить начальнику ГШ ВС Украины».

Репорт підписали начальник ГШ ЗС України тоді ще генерал-лейтенант А. В. Лопата і Перший заступник МО України генерал-полковник І. В. Біжан. Проте далі справа не пішла.

Ідея була відома і приваблива, але реалізувати її через шалений спротив керівників тилу було не легко. Ось тут-то і потрібно віддати належне головному хірургу і головному терапевту МО України В. Я. Білому і М. М. Вовкодаву, які зуміли допомогти подолати цей спротив.

Сьогодні ми з вдячністю згадуємо не тільки колег, що змогли досягти цього, але і їх керівників, які зрозуміли необхідність такого кроку – Міністра оборони України В. М. Шмарова і начальника Генерального штабу генерал-полковника А. В. Лопату. Вони зрозуміли, що не може лікар підпорядковуватися тому, кого він зобов'язаний контролювати. Армійські начальники високого рівня, які служили у ГРВН, добре пам'ятали, як начальник медичної служби Національної армії НДР (Volksarmee der DDR) ходив з книжкою штрафних квитанцій і мав право виписувати чималі штрафи командирів своєї частини за порушення санітарно-гігієнічних вимог. У нас же старшому лікарю полку ставилося в обов'язок усувати ті недоліки, які він сам і виявив: «Бруд у їдальні – вперед, лікарю, працюй».

У нашій розмові з колишнім начальником Генерального штабу А. В. Лопатою останній згадував, що ініціаторами виходу з Тилу були два полковники медичної служби – В. Я. Білий і М. М. Вовкодав, які звернулися до нього – тоді ще начальника Головного штабу, з проханням щодо підтримки виходу медичної служби з підпорядкування Тилу ЗС України. Анатолій Васильович уважно їх вислухав, зрозумів сутність питання і погодився підтримати. Він звернувся до Міністра оборони України К. П. Морозова, який, в принципі, був не проти, але запропонував трохи почекати, необхідно було сформувати хоча б основний склад Збройних сил. Пізніше, коли Міністром оборони став В. М. Шмаров, А. В. Лопата звернувся з цим же питанням до нього і отримав повну підтримку. Так медична служба ЗС України з 20.10.1994 р. перейшла з Тилу ЗС України у підпорядкування Генерального штабу ЗС України.

Це, однозначно, було досягненням, про яке мріяли багато поколінь військових лікарів. Можливо госпітальна ланка не так страждала від того, що була у підпорядкуванні тиловиків, проте військова ланка однозначно відчувала полегшення. Адже завдяки тому, що над

лікарем завжди знаходився тиловик, він (лікар) не тільки виявляв порушення в організації харчування, банно-прального обслуговування, у розміщенні військовослужбовців тощо, а й залучався до усунення виявлених недоліків. А якщо врахувати відсутність можливостей для професійного зростання у військових лікарів, то звичайно, що ця ланка не могла бути максимально використана у системі медичного забезпечення. Тож можна вважати, що вихід медичної служби з Тилу був великим досягненням тодішніх військово-медичних керівників і вищого військового керівництва.

3.4. ПЕРШІ КРОКИ РЕФОРМУВАННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Реально процеси реформування військово-медичної служби почалися з 1997 р., проте їх підготовка розпочалася раніше. У доповіді В. Я. Білого, М. М. Вовкодава і В. В. Паська у 1995 р. на ювілейній конференції, присвяченій 240-річчю заснування Київського військового госпіталю, були окреслені основні напрямки реформи. Дещо вже було зроблено:

- військово-медична служба виведена із підпорядкування Тилу ЗС України і зрівняна у правах зі службами бойового підпорядкування;
- розділено керівництво власне військово-медичною службою (підпорядкована ГШ ЗС України) і військовою охороною здоров'я (у центральному апараті МО України створено управління охорони здоров'я військовослужбовців).

Уже тоді ставилося завдання щодо створення територіальної системи медичного забезпечення військ, незалежно від їх відомчої приналежності. Вперше говорилося про зосередження військових лікарів у військово-лікувальних закладах і виведення їх в мирний час із складу військових частин.

Підкреслювалося, що на шляху до інтегрованої системи охорони здоров'я військовослужбовців за їх здоров'я мають відповідати усі служби забезпечення – матеріально-побутові, соціально-психологічні тощо. Необхідно розробити та забезпечити реальне виконання

державної програми зі створення для солдат і офіцерів таких умов служби, які б гарантували збереження їх здоров'я.

Медична реформа неможлива без створення власної системи підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації військово-медичних кадрів, а також наукового супроводження діяльності медичної служби.

На цій же конференції, у доповідях В. Я. Білого і М. М. Вовкодава та М. М. Вовкодава і Ю. М. Скалецького, вперше було обґрунтовано необхідність реформування медичного забезпечення Київського гарнізону. На основі аналізу використання лікарів та ліжкового фонду гарнізону ставилося питання щодо диференційованого лікування за періодами: інтенсивна терапія і реанімація; інтенсивне обстеження та лікування; відновлювальне лікування. В основу надання допомоги було задекларовано механізм лікарської територіальної дільниці, в основу якого покладено вимогу щодо збільшення питомої ваги хворих, що отримують допомогу в амбулаторних умовах. Територіальні дільниці мали бути об'єднані у терапевтичні відділення поліклінік. Реформування медичного забезпечення на гарнізонному рівні вимагало перш за все чіткої та ефективної системи первинної медичної допомоги. Чи не нагадують Вам, шановний читачу, нинішні реформи охорони здоров'я в Україні, які наші старші колеги пропонували ще більше ніж 20 років тому?

Автори реформ (В. Я. Білий, М. М. Вовкодав, В. В. Пасько) розгорнули активну роботу серед військової та військово-медичної спільноти щодо пропаганди та роз'яснення основних положень реформ. На сторінках газети «Народна армія» у 1994 р. ними була розміщена стаття «Концептуальні підходи до реформування військово-медичної служби», у якій в доступній формі розповідалось про зміст заходів, що планувалися відносно змін у військовій медицині, крім того М. М. Вовкодав виклав у цій же газеті свої бачення реформування Київського гарнізону.

Заради справедливості необхідно згадати, що створення територіальної системи медичного забезпечення належить до 1988 р., коли у ЗС СРСР було визнано, що перспективним напрямком вдосконалення діяльності медичної служби та її реорганізації було створення

«территориальной системы медицинского обеспечения (ТСМО)». З метою скорочення числа дрібних медичних формувань і створення базових медичних закладів у відповідних територіальних зонах ще тоді об'єднали 240 медичних закладів, у тому числі 30 госпіталів і лазаретів, 34 медичних депо і складів. З переходом на ТСМО військ стали більш економно використовуватися фінансові і матеріальні ресурси, значно підвищилась якість надання медичної допомоги і медичного постачання, рівень організації санітарно-епідемічного нагляду. Тоді теж була запроваджена децентралізація в управлінні військово-медичною службою, зокрема передача певних функцій управління медичної служби округу територіальним зонам. Цікаво, що тоді теж були створені вертикалі управління за кожним напрямком медичного забезпечення військ – лікувально-профілактичним, санітарно-гігієнічним і протиепідемічним, медичним постачанням. Теж була передбачена міжвидова інтеграція медичних сил і засобів у зоні відповідальності, раціональне використання можливостей медичних закладів інших міністерств і відомств. Пізніше процес формування ТСМО тривав вже у РФ. Детально про це можна прочитати у статті начальника ГВМУ МО РФ генерал-полковника медичної служби І. М. Чижа, надрукованій у 1995 році.*

Пригадую, будучи головним терапевтом ЗабВО у 1988–1991 рр., мені теж доводилося займатися цими питаннями. Дійсно були сформовані територіальні зони, визначено базові госпіталі, закріплено військові частини за госпіталями, розроблялася відповідна управлінська документація. Проте якогось завершального кінця цієї роботи, якщо чесно, не бачилося. Крім того, настав час ГКЧП, розпочався розвал СРСР. Але повернемося до України.

У 1996 р. на науково-практичній конференції УВМА знову порушувалося питання реформування військово-медичної служби. У доповіді В. Я. Білого і М. М. Вовкодава була надана розгорнута картина стану медичного забезпечення у ЗС України, яка свідчила про неефективність використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів медичної служби. Були поставлені цілі і завдання

* Чиж И. М. Организационные основы построения территориальной системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил. *Военно-медицинский журнал*. 1995. №4. С. 18–25.

щодо реформування військової охорони здоров'я. У зв'язку з тим, що фінансування військової медицини було вкрай обмеженим з тенденцією до подальшого погіршення, у цих умовах виділялися пріоритетні напрямки реформи медичного забезпечення.

Серед цих напрямків виділені такі:

- Створення інтегрованої системи охорони здоров'я. Чітке розділення відповідальності за охорону здоров'я військовослужбовців між медичною службою і службами матеріально-технічного та соціально-психологічного забезпечення.
- Створення спеціалізованих військово-медичних центрів з метою ефективного використання сил і засобів медичної служби ЗС.
- Вперше поставлено завдання щодо розробки диференційованих нормативів фінансування з розрахунку на одного військовослужбовця.
- Реорганізація системи амбулаторної загально-профільної і спеціалізованої допомоги.
- Запровадження етапної медичної допомоги військовослужбовцям з метою забезпечення медичної та економічної ефективності лікування.
- Створення територіальних органів управління військово-медичною службою при базових військових госпіталях.

У подальшому ми будемо ще повертатися до цієї доповіді.

Перші роки служби хоча були складними, проте приємно було, що керівники Міністерства оборони України та держави гідно оцінили працю М. М. Вовкодава. У травні 1994 р. він отримав від Президента України Почесне звання «Заслужений лікар України», 03.07.1995 р. Указом Президента України йому присвоєно військове звання генерал-майора медичної служби.

На цей час отримали вищу освіту і сини Миколи Миколайовича – обидва закінчили Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Ігор – у 1994 р., Андрій – у 1997 р.), перші лікарські кроки вони робили у Головному військовому госпіталі, пізніше перейшли на самостійну роботу, сьогодні очолюють власні компанії.

ГЛАВА 4

ДІЯЛЬНІСТЬ М. М. ВОВКОДАВА НА ДРУГОМУ ЕТАПІ (1997–2000 рр.) РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

4.1. ПРОДОВЖЕННЯ РЕФОРМ. КОНЦЕПЦІЯ ОСНОВНИХ НАПРЯМКІВ РЕФОРМИ ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Початком другого етапу (1997–2000 рр.) в розвитку ЗС України прийнято вважати затвердження Указом Президента України від 20.01.1997 р. «Державної програми будівництва та розвитку ЗС України до 2005 р.», розробленої протягом 1996 р. Відповідно, у 1996 р. авторським колективом (Білий В. Я., Вовкодав М. М., Скалецький Ю. М., Хижняк М. І.) була розроблена «Концепция основных направлений реформы военного здравоохранения», яка була затверджена Міністром оборони України 03.03.1997 р. У цьому ж році затверджена також «Програма будівництва та розвитку медичної служби ЗС України на період до 2005 р.», погоджена з начальником ГШ ЗС України 25.06.1997 р. і затверджена Міністром оборони України. Відповідно до директиви МО України від 18.07.1998 р. ГВМУ ГШ ЗС України було переформовано у ГВМУ МО України.

Була поставлена остаточна крапка у питанні підпорядкування медичної служби. Директивою Міністра оборони України від 27.05.1998 р. «Про удосконалення органів управління медичною службою ЗС України» медичне забезпечення визнано як самостійний вид всебічного забезпечення ЗС України. Таким чином, військово-медицина офіційно вийшла з підпорядкування Тилу ЗС України.

На другому етапі відбувалося подальше реформування військово-медичної служби, здійснювався перехід органів управління ме-

дичних частин і закладів на нові організаційно-штатні структури, проводилося планове скорочення медичних частин і закладів. Тільки за 4 роки (1996–1999 рр.) медичною службою ЗС України проведено 529 організаційних заходів, у тому числі: розформовано і переформовано 141 військово-медичну частину, ліквідовано усі дитячі дошкільні заклади (49 закладів), що утримувалися медичною службою. У результаті проведення організаційних заходів у складі медичної служби кількість особового складу скоротилася на 767 військовослужбовців і 23475 працівників ЗС України (62% загальної чисельності).

У цей час (1998 р.) були розроблені й почали впроваджуватися управлінські вертикалі: лікувально-діагностична, санітарно-епідеміологічна та вертикаль медичного постачання. Не залишалася поза увагою і система підготовки кадрів та наукової діяльності. Зупинимося більш детально на сутності лікувально-діагностичної вертикалі, до розробки якої М. М. Вовкодав мав безпосереднє відношення, хоча як керівнику, у ранзі 1-го заступника начальника ГВМУ, доводилося займатися всіма питаннями медичного забезпечення.

Управління лікувально-профілактичним забезпеченням повинно здійснюватися управлінською вертикаллю: Головне військово-медичне управління – Головний військовий клінічний госпіталь – центральний госпіталь – базовий госпіталь – гарнізонний госпіталь. Лікувально-діагностичну роботу в медичних пунктах військових частин і закладів пропонувалося виконувати лікарям територіальних дільниць військових поліклінік.

На той час таку вертикаль не вдалося створити, адже між ГВМУ і ГВКГ, які мали забезпечувати безпосереднє організаційно-методичне керівництво лікувально-профілактичною вертикаллю, існував посередник – штаби командувань видів ЗС і оперативних командувань. Військові госпіталі залишалися під їх впливом і керівництвом, в особі своєї медичної служби.

Запропонована управлінська вертикаль не запрацювала і пізніше, коли вже не було оперативних командувань, коли були створені ВМКЦ. Утворилася нова вертикаль: ГВМУ–ВМКЦ–військові частини. Проте ця вертикаль теж не до кінця була сформована, адже питання фінансування військово-медичної служби як самостійного

виду забезпечення так і не було реформовано. У такій ситуації підконтрольне використання ресурсів неможливе, переважало закриття схвалення рішень щодо використання бюджетних коштів, яких завжди не вистачало. Не запрацював найважливіший принцип ефективного управління – кожен керівник військово-медичного закладу є повноправним розпорядником бюджету. При такій ситуації відокремлення від бюджету медичних керівників замінювалося передачею коштів іншим керівникам, які не несли прямої відповідальності за медичне забезпечення.

4.2.

ПІДГОТОВКА І ЗАХИСТ КАНДИДАТСЬКОЇ ДИСЕРТАЦІЇ

Підготовчою роботою до початку реформ у військовій медицині стало детальне вивчення стану медичного забезпечення ЗС України, яке ми отримали на початку незалежності та у її перші роки (1991–1994 рр.), адже системної роботи з її вдосконалення тоді не проводилося. Необхідно було вирішувати невідкладні питання у зв'язку зі скороченням ЗС України: вивести із підпорядкування ГВМУ дошкільні дитячі заклади (дитячі садки), скоротити чи реформувати військово-медичні заклади тощо.

Аби детально вивчити стан справ з медичного забезпечення військ М. М. Вовкодав з колегами приступив до дослідження здоров'я військовослужбовців, захворюваності, госпіталізації, трудовитрат та інших статистичних його показників в період з 1992 до 1995 р. Ці дослідження, виконані протягом декількох років, лягли в основу його кандидатської дисертації, приводяться нами у списку праць М. М. Вовкодава.

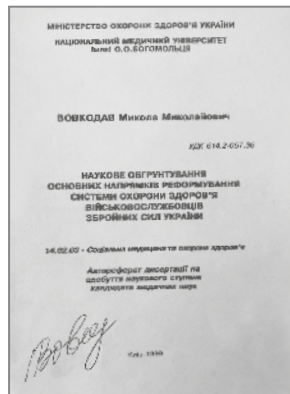
У зв'язку з отриманими даними була дана критична оцінка організаційної структури медичної служби ЗС України та її діяльності. Загалом, картина була негативна. Захворюваність військовослужбовців строкової служби у досліджуваній період не мала тенденції до зниження, була досить високою (1157%) і при значних втратах (840 випадків і 8703 днів на 1000 осіб). Важливими чинниками, що впливали на рівень захворюваності військовослужбовців

строкової служби, були: високий (1026 випадків на 1000 осіб) рівень загальної патологічної ураженості призовників, незадовільне матеріально-побутове забезпечення (питна вода в 15% проб не відповідала вимогам ГОСТу, гігієнічним нормам не відповідали 12 % казармених приміщень), шкідливі умови праці (зокрема в Ракетних військах), що призвело в одному з досліджених військових об'єднань до зростання рівня захворюваності з 275‰ в 1992 р. до 700‰ в 1995 р. Найбільший рівень захворюваності фіксувався у солдатів будівельних військ (1834‰) і військовослужбовців Військово-морських Сил (1722‰), де мали місце найбільш несприятливі санітарно-гігієнічні умови служби. Щорічно з армії звільнялося у зв'язку з захворюваннями біля 6000 військовослужбовців строкової служби. Найбільш висока захворюваність офіцерського складу була у військах Протиповітряної оборони (704‰).

У дослідженнях було показано, що частини і заклади військово-медичної служби ЗС України, побудовані за старою функціонально-організаційною структурою колишньої Радянської армії, в умовах суверенної України виявились неадекватними зростаючим вимогам охорони здоров'я та медичного забезпечення військовослужбовців, особливо строкової служби.

Результати цього дослідження стали підставою для розробки «Концепції основних напрямків реформи системи охорони здоров'я військовослужбовців», основу якої складав новий підхід – заміна відомчої системи медичного забезпечення військовослужбовців на територіальну незалежно від видів ЗС і родів військ.

Науково обґрунтована і втілена в практику функціонально-організаційна струк-



Автореферат дисертації
М. М. Вовкодава, 1999 р.



Посилання на відеозапис
захисту дисертації
М. М. Вовкодава, 29.04.1999 р.

тура якісно нового військово-медичного об'єднання – військово-медичного центру як елементу територіальної системи медичного забезпечення.

Запропоновано розподіл управління медичною службою на оперативне і адміністративне, що дозволяло створити інтегровану систему охорони здоров'я військовослужбовців та пенсіонерів МО України шляхом організаційно-функціонального об'єднання взаємозалежних сил і засобів військово-медичної та інших служб ЗС, а військово-медична служба мала набути подвійного підпорядкування: оперативного (за забезпеченням діяльності в умовах бойових дій) і адміністративного (за ефективним використанням ресурсів в умовах мирного часу). Далі ми зупинимося більш детально на кожному з цих напрямків чи складових реформування.

Вивчаючи праці М. М. Вовкодава, його доповіді керівництву МО України і ГШ ЗС України, виступи на зборах керівного медичного складу, наші особисті спілкування, складається враження, що саме він був ідеологом реформ і перетворень у медичній службі. Основні положення концепції реформи системи охорони здоров'я військовослужбовців, на яку ми будемо спиратись, розглядаючи професійну діяльність Миколи Миколайовича, були ним також оприлюднені при публічному захисті кандидатської дисертації «Наукове обґрунтування основних напрямків реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України» у 1999 р. у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця.

4.3.

ВНЕСОК М. М. ВОВКОДАВА У РОЗРОБКУ РЕФОРМ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Безумовно, що важко розділити внесок кожного учасника-ініціатора реформ військово-медичної служби, особливо це стосується його керівника – начальника ГВМУ МО України В. Я. Білого, з яким Микола Миколайович на перших етапах реформування дружно і в повному взаєморозумінні співпрацював. Тож будь-які реформи – це завжди колективна праця, але завжди є неформальний лідер,

навколо якого об'єднуються люди, які хотіли би щось змінити. Таким, на наш погляд, був М. М. Вовкодав.

Далі розглянемо основні напрямки реформування, що були запропоновані М. М. Вовкодавом та його колегами з ГВМУ, ГВКГ і УВМА, та їх результати. Що вийшло, що не вийшло?

4.3.1.

ІНТЕГРОВАНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

З перших років реформування військово-медичної служби її керівники порушували питання створення у ЗС України інтегрованої системи охорони здоров'я військовослужбовців, адже давно відомо, що його стан залежить не тільки і не стільки від медичного забезпечення, скільки від інших служб, що забезпечували діяльність медицини – матеріально-побутової, соціально-психологічної, фінансової тощо.

Медичних керівників хвилював низький стан здоров'я військовослужбовців, високий рівень загальної патологічної ураженості призовників; той факт, що за останні 6 років (з 1993 р. до 1999 р.) стали інвалідами під час проходження строкової служби 2980 військовослужбовців, загинули або померли 2161 військовослужбовець строкової служби та 12028 достроково звільнено зі служби внаслідок різних захворювань.

Оцінюючи ефективність роботи усіх ланок, що забезпечують належний стан здоров'я військовослужбовців, керівники ГВМУ (В. Я. Білий, М. М. Вовкодав) дійшли висновку, що охорона здоров'я в армійському середовищі, в основному, зводиться до відшкодування збитків від недогляду у матеріально-побутовому і соціально-психологічному забезпеченні у вигляді витрат на лікування.

Негативні результати професійної діяльності, надзвичайно високий рівень захворюваності та працевтрат, передчасна професійна дискваліфікація за станом здоров'я, значні витрати на лікування та соціальну компенсацію за втрату здоров'я обумовлювали необхідність організації навчально-бойової підготовки ЗС України з урахуванням людського фактору, який визначається рівнем професійно-

го здоров'я. Від його рівня залежить боєздатність військ. Отже, такі складові професійного здоров'я військовослужбовця як професійна надійність, рівень мотивації і, нарешті, рівень соматичного здоров'я і духовного комфорту є ключовими цілями, на які повинні спрямовуватися зусилля керівників вищої управлінської ланки.

Відомо, що стан здоров'я військовослужбовців обумовлюється впливом чотирьох складових:

- 1) здоров'я нації (30%) – забезпечується інститутами державної влади;
- 2) витрати на утримання особового складу, що мають створювати позитивну мотивацію служби в ЗС та належні умови військової праці, побуту й відпочинку (30%) – забезпечуються державою в особі Міністерства оборони;
- 3) загальні заходи щодо збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців (30%) – виконуються командирами військових підрозділів і частин;
- 4) медичне забезпечення (10%), куди входять спеціальні профілактичні заходи (медичне обстеження, санітарно-епідеміологічний нагляд, імунізація, санітарна освіта тощо), лікувально-діагностична та реабілітаційна допомога – здійснюються переважно військово-медичною службою.

Разом з тим система охорони здоров'я військовослужбовців представлена тільки підсистемою медичної допомоги, а більша частина факторів, які впливають на стан здоров'я перебували поза її впливом. Останнє зводило роль ГВМУ МО України тільки до управління ресурсами надання медичної допомоги. Як влучно у свій час висловився М. Амосов, назвавши МОЗ України не Міністерством охорони здоров'я, а міністерством хвороб.

Отже, світовий і власний досвід потребували чіткого розподілу понять «охорона здоров'я» та «медичне забезпечення» і, відповідно, чіткого розподілу обов'язків означених вище сторін (держави, командування, медичної служби) у досягненні належного рівня професійного здоров'я військовослужбовців.

Цілком зрозуміло, що досягнення якісно нового стану здоров'я військовослужбовців ЗС України можливе лише за наявності від-

повідної загальнодержавної політики, тісної інтеграції системи військової охорони здоров'я у медичний простір України, для чого необхідно було розробити необхідні законодавчі і нормативно-правові документи. Інтегровану систему охорони здоров'я військово-службовців ЗС України так і не вдалося створити.

4.3.2.

ТЕРИТОРІАЛЬНА СИСТЕМА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Значні масштаби і виключно складні завдання, що стояли перед МО України в справі медичного забезпечення військовослужбовців і пенсіонерів МО (всього біля 1 млн осіб), вимагали вжиття невідкладних заходів щодо економного використання медичних ресурсів. Дефіцит бюджетних можливостей держави ставив питання щодо альтернативного, більш доцільного в медичному і соціальному плані, медичного забезпечення військовослужбовців і військових пенсіонерів. З цією метою командою ГВМУ була запропонована заміна відомчої системи медичного забезпечення на територіальну. Чому це необхідно було зробити?

Радянська система надання медичної допомоги військовослужбовцям, яка перейшла до Української армії, характеризувалася наявністю декількох організаційно-управлінських структур, що належали округам, видам і родам військ, а також ГВМУ МО. Усі ці організаційні структури медичної служби працювали у нерівних економічних умовах, виходили з відомчих інтересів, які часто суперечили потребам у медичній допомозі на гарнізонному рівні.

Багатоланковий характер військово-медичної служби, розподіл управлінських повноважень між медичними і немедичними (командири різних ступенів) керівниками призводило до того, що рішення про використання медичних ресурсів нерідко приймалися не медичними керівниками, що значно зменшувало його ефективність. Отже, військово-медична служба повинна мати «свою» самостійну систему управління. Це означає створення власної вертикалі в управлінні військово-медичною службою, тобто такої організації медичного забез-

печення, коли медичними ресурсами будуть розпоряджатися органи управління військово-медичної служби, які будуть використовувати економічні важелі з метою оптимального використання медичних ресурсів, введення противитратних механізмів у її діяльність.

Забезпечення ефективності використання медичних ресурсів з позиції співвідношення «витрати – ефективність» можливо тільки при управлінні медичним забезпеченням безпосередньо медичними працівниками. Посередництво у такому складному виді діяльності призводило до неефективного використання медичних ресурсів.

Наявність у ЗС великої кількості дрібних лікувально-профілактичних закладів і підрозділів забезпечувало доступність медичної допомоги військовослужбовцям, проте не завжди забезпечувало її якість, призводило до збільшення трудових затрат і нерационального їх використання. Теоретичні напрацювання щодо створення територіальної системи медичного забезпечення військовослужбовців М. М. Вовкодав та його колегами були надруковані у низці праць. У ГВМУ було розроблено тимчасове положення про організацію роботи військових госпіталів за територіальним принципом.

З метою покращення якості надання медичної допомоги, доступності високоспеціалізованої допомоги, вирішення управлінських питань (будування управлінської вертикалі) було взято курс на створення потужних військово-медичних центрів. Про необхідність формування таких територіальних військово-медичних об'єднань М. М. Вовкодав писав ще у 1995 р. Відпрацювання структурно-функціональної моделі такого об'єднання запропонував проводити на базі лікувально-профілактичних установ Київського гарнізону.

Якщо розглядати в комплексі територіальну систему медичної допомоги, то при її створенні можна виділити декілька складових:

- питання управління цією системою, створення власної вертикалі управління;
- територіальна система медичного забезпечення у воєнний час;
- створення і функціонування територіальних військово-медичних клінічних центрів (ВМКЦ) ;
- створення і функціонування складових ВМЦ (госпіталі, амбула-

торно-поліклінічна ланка, заклади реабілітації, військова ланка медичної служби);

- впровадження етапної медичної допомоги військовослужбовцям з метою забезпечення медичної і економічної ефективності лікування;
- питання фінансування закладів охорони здоров'я;
- створення інтегрованої системи охорони здоров'я військовослужбовців;
- раціональне використання медичних кадрів;
- розробка і впровадження системи інформаційного забезпечення поточного і перспективного планування.

4.3.3.

ПИТАННЯ УПРАВЛІННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ. СТВОРЕННЯ ВЛАСНОЇ ВЕРТИКАЛІ УПРАВЛІННЯ

Питанням управління охороною здоров'я М. М. Вовкодав надавав великого значення і присвятив декілька праць. Згідно зі старою системою управління підпорядкованість військових госпіталів ГВМУ існувала тільки формально. Кадрова політика, фінансове і матеріально-технічне забезпечення залишалися під впливом і безпосереднім керівництвом відповідних командувань видів ЗС і оперативних командувань (ОК). Разом з тим, останні не несли відповідальності ні за скорочення обсягу медичної допомоги, ні за якість надання медичної допомоги, ні за ефективність використання медичних ресурсів. Неповноцінні в структурному і кількісному відношенні органи управління медичною службою видів ЗС і ОК реально управляти медичними ресурсами теж не мали можливості. При такому стані управління сили і засоби медичної служби повторювали організаційну структуру військ (сил), розпорошувались між малочисельними структурами, що призводило до неефективного їх використання.

Згідно з запропонованими реформами управління військово-медичною службою мало здійснюватися за двома напрямками: адміністративному і оперативному (так було побудовано управління ЗС України). При такому розподілі управління створювалися кращі

умови для оптимального використання кадрів, фінансів і матеріально-технічних засобів.

Медико-адміністративне управління (основне) здійснювалося управлінською вертикаллю в системі: ГВМУ – ГВКГ – центральний госпіталь – базовий госпіталь – гарнізонний госпіталь. Основний зміст цього напрямку управління – організація медичного забезпечення військовослужбовців і пенсіонерів МО України, оптимальне використання медичних ресурсів, проведення реформування військової охорони здоров'я.

На базі ГВКГ і центральних госпіталів планувалося створення територіальних центрів медичного забезпечення (у майбутньому – військово-медичних центрів) з прикріпленням до них з'єднань, частин, окремих підрозділів і установ незалежно від підпорядкування, в межах відповідальності якого вони дислокуються; наданням центрам функцій безпосереднього медичного забезпечення та постачанням до військ матеріальних засобів (медичного постачання) і управління їх обсягами при мінімальних витратах. Тобто, виведення функцій придбання, обліку, зберігання і розподілу матеріальних засобів за межі ГВМУ, яке мало координувати і контролювати матеріальне постачання, а не закуповувати і розподіляти матеріальні засоби.

Визначальною ознакою забезпечення за територіальним принципом мала бути децентралізація бюджетної відповідальності. Без бюджетної відповідальності начальників територіальних центрів і можливості розпоряджатися бюджетними коштами вся робота щодо впровадження територіальної системи забезпечення військ зводиться до теоретичних вправ.

З метою реалізації запропонованої системи на базі ГВКГ наказом МО України №399 від 05 листопада 1997 р. «Про реформування лікувально-профілактичного забезпечення у Київському гарнізоні» було створено Київський військово-медичний центр (КВМЦ). Наказом начальника Київського гарнізону №35 від 26 грудня 1997 р. «Про закріплення військових частин, військово-навчальних закладів, підприємств та організацій МО України за військово-лікувальними установами і медичними підрозділами військових частин Київського гарнізону» визначена зона відповідальності КВМЦ.

Медико-оперативне управління (суто військове), яке було представлено органами управління медичної служби видів ЗС, ОК, корпусів, дивізій, бригад, здійснювали горизонтальне управління – забезпечуючи навчальну і бойову підготовку військ та готовність медичної служби до екстремальних ситуацій мирного і воєнного часу. На начальника медичної служби військової частини (установи) покладалися аналогічні функції, а лікувально-діагностична робота у військовій частині – на лікарів територіальних дільниць поліклінік госпіталів.

Обов'язковою умовою ефективного управління мала бути чітка взаємодія адміністративного і оперативного управління при керівній ролі адміністративного.

4.3.4. **ТЕРИТОРІАЛЬНА СИСТЕМА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НА ВОЄННИЙ ЧАС**

Основна ідея територіальної системи медичного забезпечення – збереження її на період воєнного часу. Військово-медична служба – одна з важливих служб бойового забезпечення, вона відновлює здоров'я військовослужбовців, забезпечує повернення бійців до лав. Виконуючи бойове завдання, командир покладає на медичних працівників завдання – відновити боєздатність поранених і хворих напямуч і без посередників. Тож і на воєнний час іншого рішення, ніж усунення міжвідомчого роз'єднання і створення вертикалі в управлінні військово-медичною службою, не існує. Ще у 1996 р. М. М. Вовкодав писав: «Сучасна воєнно-політична обстановка, економічне положення України не залишають місця для ведення великої війни, проте не виключаються локальні воєнні конфлікти. Найбільш суттєвою ознакою воєнного конфлікту є ведення бойових дій силами і засобами мирного часу. Угрупування військ при цьому, як правило, будуть зведеними і об'єднувати у своєму складі практично всі види ЗС, а також сили і засоби інших силових міністерств і відомств. Тому важливо ще в мирний час зламати міжвидову (усередині ЗС) і міжвідомчу ізоляцію з метою найбільш ефективного використання всього потенціалу медичних сил і засобів мирного

часу.... При збереженні нинішнього положення доведеться створювати систему медичного забезпечення в екстремальних умовах». Власне так і сталося на Сході нашої країни у 2014 р. під час час російсько-української війни.

Заради справедливості, варто зазначити, що ГВМУ МО України у 1998 р. було розроблено принципи нової системи медичного забезпечення ЗС України на воєнний час, в основу яких покладено створення на базі лікувальних закладів МОЗ України та інших відомств територіальних госпітальних баз. Основними ідеологами цієї системи були В. Білий та М. Вовкодав, а всю технічну роботу провели О. Кухленко, А. Люцкевич, Л. Давидюк та І. Летушко. У подальшому М. Бадюк обґрунтував її доцільність та економічну ефективність у своєму дисертаційному дослідженні.

4.3.5. **СТВОРЕННЯ І ФУНКЦІОНУВАННЯ КИЇВСЬКОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ**

З метою реалізації запропонованої системи територіального забезпечення на базі ГВКГ наказом МО України №399 від 05 листопада 1997 р. «Про реформування лікувально-профілактичного забезпечення у Київському гарнізоні» було створено Київський військово-медичний центр (КВМЦ). Наказом начальника Київського гарнізону №35 від 26 грудня 1997 р. «Про закріплення військових частин, військово-навчальних закладів, підприємств та організацій МО України за військово-лікувальними установами і медичними підрозділами військових частин Київського гарнізону» визначена зона відповідальності КВМЦ.

До складу КВМЦ увійшли: ГВКГ, Ірпінський військовий гарнізонний госпіталь, військовий санаторій «Пуща-Водиця», Центральна поліклініка МО України, Центральна стоматологічна поліклініка МО України, Центр крові МО України.

Створення КВМЦ відбувалося за безпосередньої участі начальника ГВМУ МО України генерал-лейтенанта медичної служби В. Я. Білого та його Першого заступника – головного терапевта МО України генерал-майора медичної служби М. М. Вовкодава. Пригадую, що створенню КВМЦ передувала кропітка підготовча робота, яку проводив

Микола Миколайович. Було зроблено аналіз лікувально-діагностичної роботи всіх медичних закладів гарнізону, проведено її співставлення із наявністю медичних кадрів у цих закладах. Все це робилося з метою економії медичних ресурсів, раціонального їх використання.

Начальником КВМЦ було призначено начальника ГВКГ МО України полковника медичної служби М. П. Бойчака, який підпорядковувався начальнику ГВМУ, заступником начальника – полковника медичної служби Л. А. Голика.

Організація територіальної системи надання медичної допомоги передбачала, в першу чергу, зміцнення амбулаторно-поліклінічної ланки і укомплектування її лікарями загальної практики. У 1996 р. Центральна військова поліклініка МО України була приєднана до ГВКГ, у 1998 р. вона перейшла на новий штат і отримала статус клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги ГВКГ.

У клініці надавалася загальнолікарська допомога лікарями загальної практики, які працювали за територіальним (дільничним) принципом на 33 дільницях (у середньому по 1500 осіб на кожній). Ще 10 дільниць були розгорнуті на базі військових частин, 23 – на базі військово-навчальних закладів, де також працювали лікарі клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги.

КВМЦ реально став не тільки закладом надання медичної допомоги, але і органом управління у своїй зоні відповідальності. Був налагоджений контроль за діяльністю підлеглих закладів і медичної служби військових частин, регулярно здійснювалися виїзди командування КВМЦ з метою надання методичної і практичної допомоги. Коли госпіталь став заробляти кошти, частина з них виділялась на придбання для медичних пунктів необхідних медикаментів, особливо, що стосувались надання невідкладної допомоги, адже централізоване постачання ліків практично припинилося.

М. М. Вовкодав як один з ініціаторів, можна сказати ідеологів, лікарів загальної практики щодо їх підготовки та використання, постійно цікавився їх роботою, налаштовував персонал клініки амбулаторно-поліклінічної роботи на перебудову їхнього мислення, я би сказав – їх професійної філософії, на новий стиль і принципи роботи лікаря загальної практики. Колишній начальник клініки (сьогодні професор

УВМА) Т. А. Бібік пригадує, що лікарі загальної практики з'явилися в клініці у 1999 р. – з перших випусків УВМА, вони тоді стали заміняти терапевтів, які перекваліфікувалися на лікарів загальної практики. Повністю цей перехід було здійснено до 2004 р. Це був один з перших досвідів в Україні запровадження роботи лікарів загальної практики, аби лікарі загальної практики більше знали своїх пацієнтів, їх проблеми, динаміку стану здоров'я, Микола Миколайович запропонував тоді медичні картки пенсіонерів МО перенести з реєстратури до кабінетів сімейних лікарів. Така практика зберігається і нині. У клініці надавалася і спеціалізована медична допомога фахівцями профільних клінік і відділень госпіталю, які здійснювали прийом пацієнтів за графіком.

Важливою була діяльність М. М. Вовкодава щодо передачі частини пацієнтів від лікарів-спеціалістів до лікарів загальної практики. З цією метою у 1999 р. були розроблені і затверджені начальником КВМЦ методичні вказівки «Ступінь участі у діагностиці і лікуванні захворювань лікаря загальної практики», у яких було надано перелік захворювань, діагностика і лікування яких здійснювалися диференційовано: лікарем загальної практики, лікарем загальної практики разом з лікарем-спеціалістом і тільки лікарем-спеціалістом. Цей захід дозволив вивільнити робочий час лікарів-спеціалістів, надати їм можливість більше працювати у стаціонарі, лікарям загальної практики – підвищити свій професійний рівень, загалом – збільшити кількість відвідувань, покращити якість надання медичної допомоги.

Взагалі роботі клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги М. М. Вовкодав надавав дуже важливе значення, вважав її передовим і, навіть головним етапом у наданні медичної допомоги у військовому гарнізоні. Тут мали розпочинати і закінчувати лікування більшості планових пацієнтів терапевтичного профілю. Стаціонарна допомога надавалась тоді, коли її неможливо було здійснювати у поза стаціонарних умовах без суттєвого погіршення її якості. Фактично новий штат клініки було створено під його керівництвом.

Уже перші підсумки роботи КВМЦ показали його ефективність. Так, у результаті створення центру було досягнуто значної економії фінансових ресурсів, покращились показники діяльності як стаціонару (скорочення ліжко-дня, збільшення обігу ліжка, збільшення кількості

пролікованих), так і поліклінічного етапу (зростання кількості відвідувань лікарів загальної практики, збільшення обсягу амбулаторної допомоги, зменшення завантаження вузьких фахівців), при цьому якість надання медичної допомоги покращилась.

4.3.6.

СТВОРЕННЯ І ФУНКЦІОНУВАННЯ ВІННИЦЬКОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ

Першим, і певний час єдиним, територіальним ВМЦ Директивою МО України №115/1/3118 від 14 серпня 1997 р. було створено Вінницький ВМЦ. Основою для його створення став Вінницький військовий клінічний санаторій і розформований Вінницький військовий госпіталь. Планувалося також створити Львівський і Одеський ВМЦ, проте не всі на місцях зразу сприйняли необхідність реформування військової медицини і ці центри були створені пізніше.

Важливим документом для створення інших ВМЦ став наказ МО України «Про затвердження Положення про військові госпіталі ЗС України та Переліку територіальних зон відповідальності військових госпіталів за надання кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України» №420 від 10.10.2000 р., який хоча б трохи змінив погляди військових лікарів і командирів щодо місця військових госпіталів у майбутній системі територіального медичного забезпечення, пізніше став кроком до створення військово-медичних клінічних центрів.

Заслуга у створенні Вінницького ВМЦ безумовно належить колишньому його начальнику, талановитому організатору військово-медичної служби генерал-майору медичної служби П. С. Мельнику. Вінницький ВМЦ об'єднав практично всю медичну службу ВПС на території України. Начальник ВМЦ підпорядковувався командувачу ВПС, а з медичних питань – начальнику ГВМУ МО України.

Необхідно зазначити, що у створенні цього фактично першого центру брав активну участь і М. М. Вовкодав, реалізуючи свої теоретичні напрацювання з реформування військової медицини. Наступні ВМЦ були створені вже аж на четвертому етапі розвитку медичної

служби ЗС України, коли М. М. Вовкодав уже звільнився з військової служби, а директором Департаменту охорони здоров'я МО України став генерал-майор медичної служби П. С. Мельник.

Всі інші ВМЦ були створені пізніше. Наказом МО України «Про затвердження Положення про організацію та здійснення медичного забезпечення ЗС України за територіальним принципом» № 235 від 10.05.2007 р. центральні військові госпіталі були переформовані у військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) регіонів (Західного, Центрального, Південного, Північного, Кримського і Головного) з визначенням територіальних зон відповідальності. При кожному з них було введено до штатів оперативно-медичних управлінь, що виконували функцію органу управління медичним забезпеченням закріпленої території. Як були створені ці ВМКЦ ми зупинимось нижче.

4.3.7. **ПИТАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МО УКРАЇНИ**

Військово-медична служба – одна з великих за чисельністю і досить затратна з точки зору ресурсного забезпечення. Розпочинаючи реформи, його ініціатори зіткнулися з, одного боку – з недостатнім фінансуванням, з іншого – з низькою ефективністю діяльності військово-лікувальних закладів, неадекватною якістю медичної допомоги відносно забезпеченості військовослужбовців лікарськими кадрами і госпітальними ліжками. Відомча система надання медичної допомоги характеризувалась розосередженням управлінських повноважень і, відповідно, не дозволяла керівникам медичної служби оптимально використовувати медичні ресурси, зокрема фінансові. Вони йшли не на виконання завдань медичної служби, а на утримання професійно не завантаженого персоналу. У військових частинах медперсонал більшу частину робочого часу працював без застосування медичних знань. Медперсонал військових медичних частин і частина персоналу військових госпіталів, з економічної точки зору, працювали збитково (не були завантажені) і не набували необхідного медичного досвіду.

Характер бюджетного фінансування провокував споживчі позиції і соціальну пасивність як керівників лікувальних закладів, так і рядових медичних працівників. Третина потужностей військово-медичної служби не використовувалась. Медичне забезпечення ставало неприпустимо дорогим.

На відміну від фінансування цивільних лікарень, де їх керівники управляли бюджетом, начальники військових госпіталів його не знали, отже, ним не управляли. Значна частина матеріальних засобів закуповувалася централізовано і постачалась до лікувальних закладів за розціненими накладними. Замість бухгалтерського обліку вівся облік матеріальних засобів. За такої системи фінансування неможливо визначити оптимальну структуру бюджету, суттєво впливати на противитратні механізми. Жорстка регламентація постатейного фінансування не дозволяла керівникам реалізувати потенційні можливості військово-лікувальних закладів.

Ініціаторами реформи була запропонована нова система фінансування військово-медичної служби. Вони виходили з того, що за надання медичної допомоги (об'єми і якість) мали відповідати медичні заклади, а органи управління, у тому числі медичної служби, виступати в ролі її замовника і розробника нормативних документів, що регулюють медичне забезпечення. Військово-лікувальні заклади мали бути наділені правами незалежного господарчого суб'єкта. Відповідно фінансування медичного забезпечення мало бути передано на гарнізонний рівень. Розпорядником кредитів на цьому рівні мали бути начальники військових госпіталів. Початком змін, які би сприяли вдосконаленню витрат на медичну допомогу, мала стати заміна існуючого постатейного фінансування штатної чисельності персоналу та ліжок на фінансування лікувально-профілактичного забезпечення з розрахунку на одну особу на рік. Питанням фінансового забезпечення військово-медичної служби М. М. Вовкодав приділяв багато уваги, виступав з доповідями, доповідав керівництву МО України, присвятив низку друкованих праць як у науковій літературі, так і в популярній.

Не дивлячись на логіку пропозицій, неодноразові перемовини з фінансовими фахівцями МО України, справа далі не пішла, ніяких

змін не сталось. Стара система фінансування задовольняла посадових осіб, що здійснювали закупівлі лікувальних і діагностичних засобів.

4.3.8.

ЕКОНОМІЯ ФІНАНСОВИХ І МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИХ РЕСУРСІВ У ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

При бюджетному дефіциті важлива роль належить економії фінансових і матеріально-технічних ресурсів. Цим питанням М. М. Вовкодав надавав важливе значення з перших своїх кроків служби у Київському військовому госпіталі. Якої би сфери своєї діяльності він торкався – будь-то лікувально-діагностичний процес, чи то питання медичного забезпечення ЗС України пізніше, уже будучи 1-м заступником начальника ГВМУ, він розглядав все під призвоєю економії ресурсів – кадрів, фінансів, ліків, обладнання тощо. Звичайно, що тут позначилися його особисті вродженні якості, певна освіта (постійно цікавився цими питаннями), особливо практичний досвід служби у Групі радянських військ у Німеччині, де він двічі побував. Я собі уявляю враження Миколи Миколайовича від Німеччини після служби в Іркутську, від того контрасту, що він побачив, порівнюючи умови життя людей і умови служби військових. Мав можливість порівнювати також німецьку і радянську медицину, спостерігав як працювали німецькі медики, знайомився з роботою їхніх лікувальних закладів. Думаю, що німецькі старанність, дисциплінованість, заощадливість, раціональність, працьовитість, прагнення до порядку та організованості у всьому запам'яталися на все життя і він, як розумна людина, що постійно вчиться, багато чого корисного перейняв у цього народу. Багато чого хотілося перенести у нашу дійсність.

Немало корисного він побачив і під час офіційних делегацій української військово-медичної служби в інші країни (Болгарія, Нідерланди, Угорщина, Велика Британія, Боснія), при роботі із закордонними делегаціями під час їх візиту до України.

Медицині коштів завжди не вистачає. Після здобуття Україною незалежності економічний стан військово-медичної служби з кож-

ним роком погіршувався, фінансування медичних закладів теж ставало гіршим. Під загрозою стало питання щодо надання безкоштовної медичної допомоги обов'язковому контингенту. Керівники медичної служби розуміли, що недостатнє бюджетне фінансування не може бути виправданням погіршення якості надання медичної допомоги. Пацієнти, які звикли отримувати її безкоштовно, тим більше не хотіли розуміти, чому вони мають страждати і дуже гостро сприймали недостатній рівень медичної допомоги. Начальники лікувальних закладів розуміли також, що більше коштів не буде. Тож необхідно було шукати вихід, адже саме керівники військово-медичних закладів несли відповідальність за надання медичної допомоги. М. М. Вовкодав разом з іншими фахівцями ГВМУ та ГВКГ теж шукав вихід. Цьому питанню було присвячено декілька його праць.

Не маємо на меті розглядати всі противитратні механізми, що застосовувалися військово-медичною службою для покриття бюджетного дефіциту. Само створення територіальної системи, зміна фінансування військово-медичних закладів передбачали значну економію коштів. Механізм фінансування мав бути тим інструментом, який змусив би привести у відповідність кількість підрозділів госпіталів, їх чисельність з величиною фінансування.

У середині самої територіальної системи існувала значна можливість для економічної діяльності: виведення деяких підрозділів медичних закладів на самоокупність і самофінансування, створення нормативно-контрактної моделі функціонування військово-медичних закладів (надання безкоштовної допомоги військовослужбовцям та пенсіонерам МО відповідно до гарантованого фінансування оборонним відомством та надання допомоги цивільному населенню згідно з контрактами); створення системи етапного лікування (стаціонар – реабілітація в санаторії, стаціонар – продовження лікування у поліклініці, стаціонар – продовження лікування у лазареті медичного пункту військової частини чи навчального закладу); покращення використання ліжкового фонду в стаціонарі, оптимізація діяльності поліклінічної ланки (обстеження хворих перед госпіталізацією, акцент на максимальне обстеження і лікування у лікаря загальної практики тощо); поєднання централізованих і де-

централізованих закупівель лікарських засобів; використання не зайнятих потужностей лікувальних закладів (ліжка, діагностична апаратура, лікарі) для надання платних послуг населенню; робота вартісної діагностичної апаратури у дві зміни тощо.

Всередині самих цих перерахованих заходів існувала велика можливість для економії ресурсів, коли підходити до кожного кроку діяльності з цієї позиції. Так, за ініціативою М. М. Вовкодава у 2003 р. вийшла «Тимчасова інструкція з організації надання гарантованого обсягу медичної допомоги військовослужбовцям в умовах недостатнього фінансування», у якій передбачалося безкоштовне використання медичних препаратів декількох груп:

- 1-ша група – 100 % забезпечення всіма необхідними медикаментами при наданні невідкладної медичної допомоги;
- 2-га група – прості, широко вживанні, як правило, недорогі медичні препарати вітчизняного виробництва, що використовувалися для лікування найбільш поширених захворювань;
- 3-тя група – дорогі, як правило, імпорتنі препарати, для лікування важких, чи рідкісних захворювань, які призначалися після консиліуму, чи за узгодженням з головним фахівцем.

З метою виключення дублювання обстежень (консультації фахівців, лабораторні, рентгенологічні, функціональні обстеження тощо) після направлення пацієнта з поліклініки до госпіталю під керівництвом головного терапевта МО України М. М. Вовкодава була відпрацьована нова форма медичної книжки. Вона дублювала форму історії хвороби стаціонару, яка була запропонована і введена в дію ще раніше, теж з ініціативи головного терапевта. У книжці містилися листи для обстежень точно такі ж як і в історії хвороби стаціонару, які після заповнення у поліклініці з результатами обстежень передавалися до госпіталю і вкладалися до історії хвороби, тим самим значно скорочувалися витрати і час на обстеження хворих в стаціонарі.

Ми вже говорили, що поліклінічному етапу медичної допомоги М. М. Вовкодав важливе значення. Він вважав, що раціоналізація витрат на медичну допомогу потребує переміщення її обсягів від дорогої стаціонарної до значно менш витратної позастанціонарної. Вирішення цієї багатоаспектної проблеми пов'язано зі зміною сте-

реотипів як у лікарів, так і у пацієнтів. Щоб позбутися некерованого процесу «ходіння» пацієнтів по спеціалістах на свій розсуд, пропонував, що усі звернення до лікарів-спеціалістів повинні санкціонуватися лікарями територіальних дільниць і лише в тих випадках, коли вони не мають можливості лікувати пацієнтів самостійно. Якщо лікар загальної практики, направляючи до спеціаліста, не вказує, що його схвилювало, яка мета консультації, то він перекладає роботу на свого колегу. Неприпустимо обґрунтувати консультацію фразою типу «потребує консультації». Не обґрунтовані призначення повинні бути предметом розгляду відповідальних за витрати медичних ресурсів. М. М. Вовкодав у зв'язку з цим писав: «Авторизація направлень лікарями територіальних дільниць до лікарів-спеціалістів і санкціонування ними обсягів запланованого використання основних ресурсів – громіздка і, можливо, принизлива для спеціаліста ситуація, але тільки така система і саме у такий спосіб забезпечує жорсткий контроль обсягів допомоги та використання ресурсів».

Система авторизації направлення пацієнтів до спеціалістів виключно через «свого лікаря» мала на меті дві цілі: по-перше, зменшити обсяги послуг спеціалістів за рахунок самостійного здійснення ряду діагностичних та лікувальних процедур лікарем територіальної дільниці; по-друге, продовжувати контролювати лікувальний процес після того, як пацієнт отримав призначення від спеціаліста. За такої системи авторизації спеціаліст мав направити хворого до іншого спеціаліста чи госпіталізувати його тільки після узгодження з лікарем територіальної дільниці.

Значну економію медичних ресурсів давали стаціонарно замісні форми надання медичної допомоги – денний стаціонар і стаціонар на дому. Спочатку денний стаціонар було організовано у госпіталі, пізніше у клініці амбулаторно-поліклінічної роботи. З 2002 р. у цій клініці, з ініціативи М. М. Вовкодава, організовано лікування в стаціонарі на дому, були видані відповідні методичні рекомендації.

4.3.9.

ФОРМУЛЯРИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ВІЙСЬКОВИХ ГОСПІТАЛЯХ

Не знаю звідки приніс Микола Миколайович ідею створення Формуляру лікарських засобів у госпіталях, адже в Україні наказ МОЗ «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» з'явився тільки через 10 років після того, як ми стали запроваджувати у себе перші формуляри. Можливо він побачив необхідність застосування формулярів у процесі відвідувань закордонних лікарняних закладів, можливо пам'ятав про них ще зі служби у Німеччині. Сьогодні вони називаються локальними формулярами лікарських засобів закладу охорони здоров'я. А в Україні на сьогодні, починаючи з 2009 р., діє вже 10-й Державний формуляр лікарських засобів.

М. М. Вовкодав надавав важливого значення впровадженню формулярів у лікувальну практику, вважав їх науково обґрунтованим, важливим елементом безпечного, ефективного та економічно обґрунтованого застосування медикаментів через забезпечення лікарів об'єктивною інформацією про них.

Пригадую, як Микола Миколайович при роботі у терапевтичних відділеннях ГВКГ завжди перевіряв наявність Формуляру, був незадоволений, коли такий був відсутнім. Вважав, що начальники госпіталів, маючи повноцінні формулярні списки медичних засобів, особливо ліків, володіли б важливим механізмом для зниження закупівельних цін. Перевіряючи історії хвороби, у випадку, коли прописаний хворому медикамент не входив до Формуляру, він вважав, що у такій ситуації може виявитись лобювання інтересів фармацевтичної фірми, а не пацієнта. Пропонував замінити лікарський засіб на аналогічний із формулярного списку, а командуванню госпіталю рекомендував звертати увагу на лікарів, що зловживають подібними призначеннями. Такий же підхід мав бути і при призначенні діагностичних процедур. Подібна практика збільшувала відповідальність начальників окремих структурних підрозділів за використання лікувально-діагностичних засобів, що надавало можливість децентралізовано закуповувати чітко визначений пере-

лік лікувально-діагностичних засобів, а не те, що пропонують фармацевтичні фірми та їх посередники. Закупівля лікарських засобів, що не входили до Формуляру лікарських засобів, розцінювалася як неефективне використання коштів.

Фармакотерапевтичною комісією ГВКГ щорічно поновлювався Формуляр, а кожен лікуючий лікар госпіталю щомісяця отримував Формуляр ліків із зазначенням їх кількості і вартості. Основою для коригування формулярів ліків і їхньої кількості мали бути науково обґрунтовані рекомендації (протоколи), адаптовані до медико-економічних стандартів військових госпіталів. Необхідно зауважити, що інші лікувальні заклади МО нерідко ігнорували рекомендації фармакотерапевтичної комісії ГВКГ (її рекомендації розповсюджувалися на всі лікувальні заклади ЗС України). Вони продовжували закуповувати лікарські засоби у масових кількостях, які визнані фармакотерапевтичною комісією малоефективними.^{*} Не пригадую, щоб хтось з керівництва ГВМУ, крім Миколи Миколайовича, особливо реагував на такі закупівлі.

М. М. Вовкодав вважав, що регулярна закупівля на базі формулярних списків – найефективніший метод зниження витрат бюджетних коштів на закупівлю лікарських препаратів.

4.3.10. **ПЛАНУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ З ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ ТОЧКИ ЗОРУ**

Дуже важливе значення М. М. Вовкодав надавав плануванню витрат на надання медичної допомоги, яке повинно забезпечити відповідність ресурсів обсягам допомоги. Він вимагав такого планування не тільки від начальників госпіталів, але і від начальників структурних підрозділів, аж до того, що вони мали знати «бюджет» своєї клініки (відділення) і дотримуватися його виконання. Всі ці процеси (обсяги медичної допомоги, кошти, потреби у діагностичних і лікувальних засобах та їх використання тощо) планувалися, потім оці-

^{*} Гульпа В. С. Медичне постачання як системне явище. *Військова медицина України*. 2016. №2. С. 17–18.

нювалися з точки зору досягнутих результатів. Оцінку отримували як начальники структурних підрозділів, так і керівники лікувально-профілактичних закладів.

М. М. Вовкодав завжди підкреслював, що фінансово-економічний план – це не перелік заходів, що здебільшого вказувалися у звичайних планах, а це чітке планування видів і обсягів медичної допомоги відповідно до прийнятих медико-економічних стандартів (клінічних протоколів) та прогнозованим рівнем забезпечення медичними засобами. На основі прогнозованої потреби у медичній допомозі та очікуваної витрати діагностичних та лікувальних засобів керівництвом госпіталю повинна була регулярно проводитися корекція клінічної практики та процесу придбання і розподілу цих засобів.

У 1997 р. М. М. Вовкодавом (співавтори – М. П. Бойчак, Ю. М. Скалецький, Л. А. Голик) були розроблені і затверджені начальником ГВМУ методичні рекомендації «Планирование медицинского обеспечения военнослужащих на мирное время». У методичних рекомендаціях надавалися розроблені авторами орієнтовні показники обсягів медичної допомоги на стаціонарному та поліклінічному етапах. Що стосується нормативів госпіталізації хворих, оптимальних термінів лікування, то М. М. Вовкодав з колективом авторів (Г. І. Баженова, Т. С. Грузева та інші) підготували і у 1996 р. видали монографію «Госпитализация больных: дифференцированный отбор и оптимальная продолжительность». Проблеми планування медичного забезпечення висвітлювалися М. М. Вовкодавом у праці «Основні напрямки планування медичного забезпечення військовослужбовців та пенсіонерів ЗС України».

4.3.11.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНИХ СТАНДАРТІВ

Реальні плани у вигляді середніх обсягів лікувальних та діагностичних заходів, відповідно до яких повинен плануватися та реалізовуватись лікувально-діагностичний процес в інтересах конкретного хворого, відображаються у медико-економічних стандартах (МЕС). У багатьох країнах за кордоном (США, Канада, Великобританія, Шве-

ція, Франція та інші) вже давно існувала і активно використовувалась система медичних стандартів. Ще у 1980-х роках у західних країнах була проведена «ревізія» усіх медичних втручань, і з'ясувалося, що лише половина маніпуляцій, призначень, операцій тощо ґрунтувалися на результатах наукових досліджень. Тоді виникла гостра необхідність запровадження стандартів, які мали базуватися на наукових доказах. Так стала знаходити собі місце у лікарському середовищі на початку 1990-х років доказова медицина, з'явилися кокранівські огляди, медико-технологічні документи європейського зразка. Стали відходити в історію містечкові (інститутські, кафедральні, військово-медичні тощо) методичні рекомендації, у яких викладалася особиста точка зору професора, кафедри, установи, які часто не збігалися в одних і тих самих питаннях.

У зв'язку з цим цікаво буде привести слова італійського письменника Джузеппе д'Агата з його книги «Діти Гіппократа»: «Допоки усі лікарі не будуть у змозі одному й тому самому хворому встановити ідентичний діагноз і призначити ідентичне лікування, говорити про медицину як про науку всерйоз неможливо». Ця цитата дуже влучно й точно формулює необхідність доказової медицини і стандартизації.

Тільки у 1998 р. МОЗ України видало наказ №226, яким були введені Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України. При спробі впровадження цих стандартів медичної допомоги в практику роботи військових госпіталів виник ряд проблем. Запропоновані стандарти передбачали надлишкове використання діагностичних засобів, на їх основі неможливо було прогнозувати вартість лікування. Фактична заборона відхилень від обсягу медичної допомоги орієнтувала лікарів не на врахування індивідуальних особливостей стану здоров'я пацієнта, а на вимогу стандарту, оскільки відхилення від запропонованих стандартів у відповідному закладі не допускалося. Виникало закономірне питання: «Як забезпечити лікування хворих і контролювати його якість, коли державні медичні стандарти неможливо виконати з об'єктивних причин?». Вихід з такого становища був очевидний – стандарт повинен адаптуватися до ресурсних

можливостей лікувального закладу і, що важливо, бути єдиним для амбулаторного та стаціонарного етапів лікування. Останньому тезису Микола Миколайович надавав важливе значення. Він постійно підкреслював і, як головний терапевт, вимагав однакового підходу до якості надання допомоги в стаціонарі і в поліклініці. Ніяких послаблень для поліклініки не може бути. Лікарі і лікувально-діагностичні можливості у цих етапів медичної допомоги мають бути однаковими. Поліклініка – не якийсь там ерзац-медичний підрозділ, а такий же за важливістю як і стаціонар, і лікарі там мають бути на рівні. МЕС мають бути однаковими для стаціонару і поліклініки.

М. М. Вовкодав, разом з фахівцями ГВКГ, були розроблені соціально та економічно адаптовані до реального ресурсного забезпечення госпіталів структура та зміст МЕС. Основна мета запропонованих МЕС – зменшення часу перебування пацієнта на етапі інтенсивної діагностики і лікування та, відповідно, заощадження коштів без шкоди здоров'ю хворого. При іншому підході до використання медичних ресурсів лікувальним закладам загрожувало б зuboжіння.

Для практичної реалізації вимог МЕС у різних умовах ресурсного забезпечення було запропоновано замінити обсяг лікувальних і діагностичних заходів на обов'язкові обсяги завдань, які повинні виконуватися лікарем для досягнення поставленої мети лікування. При такому підході до розробки МЕС з'являлась можливість розмежувати відповідальності: за ресурсне забезпечення певної кількості пацієнтів – керівників підрозділів та закладів; а за ефективне використання діагностичних і лікувальних засобів в інтересах окремих пацієнтів – лікуючого лікаря.

Як не дивно, здавалось би пропонувалися прості і логічні речі, проте на практиці Микола Миколайович зустрічав лікарський спротив – хтось обурювався, що порушується індивідуальний підхід до хворого, комусь не подобалося, що не може призначати ліки, до яких звик або які йшли зі «своїх аптек». Аналогічна ситуація складалась і в інших закладах (цивільних лікарнях): стандарти медичної допомоги та інші нормативні документи лікарська спільнота сприймала з певним роздратуванням, вважаючи їх непотрібними. Тому не залишалося нічого іншого, як примушувати лікарів (як правило, з низькою

професійною підготовкою) вивчати і застосовувати стандарти, адже ними користувався весь світ.

Процес розробки МЕС повинен бути постійним, їх необхідно було переглядати і затверджувати із внесенням змін не рідше одного разу на рік. Не будемо зупинятися на змісті запропонованих МЕС, а відсилаємо читача до уже надрукованих М. М. Вовкодавом праць.

Вимоги головного терапевта підтвердило життя. Сьогодні в МОЗ України успішно функціонують спеціальні підрозділи, що займаються стандартизацією медичної допомоги – Державний експертний центр, підрозділ стандартизації медичної допомоги, лікарі все частіше звертаються до європейських клінічних настанов.

4.3.12. **ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДДІЛЕНЬ НЕВІДКЛАДНОЇ ТЕРАПІЇ – ЕФЕКТИВНИЙ СПОСІБ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ**

В умовах недостатнього бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я ефективна організація лікувально-діагностичного процесу є єдиним шляхом забезпечення зобов'язань держави у наданні безоплатної медичної допомоги військовослужбовцям та пенсіонерам МО України. У ГВКГ за роки реформування було зроблено немало з точки зору забезпечення його беззбиткової економічної діяльності і покращення фінансового стану. Це: запровадження надання платних послуг населенню, організація етапного лікування військовослужбовців та ветеранів військової служби, впровадження позастаціонарних форм надання допомоги (денні стаціонари, стаціонари на дому), застосування сучасних організаційних та медичних технологій та інші. Все це дозволило отримати додаткові позабюджетні кошти, економити бюджетні, збільшити лікувально-діагностичні потужності закладів. Пізніше досвідом організації цієї роботи ми поділилися у своїй книзі «Как сделать лечебное учреждение успешным. Вопросы медицинского маркетинга» (2013 р.).*

Під керівництвом головного терапевта МО України М. М. Вовкодава ми вирішили дослідити, де ще можливо знайти резерви для під-

вищення медичної і економічної ефективності госпіталю. Проведені розрахунки показали, що при наявній кількості лікарів та при даній їх кваліфікації можливо, без зниження якості медичної допомоги, забезпечити зростання на 25% обсягів амбулаторної і стаціонарної медичної допомоги для забезпечення беззбиткової економічної діяльності госпіталю. Виникла потреба встановити основні резерви підвищення його медичної і економічної ефективності.

Ми звернули увагу на той факт, що зростання обсягів медичної допомоги призвело до збільшення термінів обстеження пацієнтів як амбулаторних, так і стаціонарних. При середньому 13-денному перебуванні хворих у госпіталі, обстеження частини з них досягало трьох і більше діб. Через несвоєчасно встановлений кінцевий діагноз вони не мали можливості повноцінно лікуватися протягом всього вартісного періоду госпіталізації. Вибірковий аналіз виявив, що втрачалось багато часу на етапі оформлення хворих у приймальному відділенні (1–2 години), хоча більшість з них (75%) були плановими. Аналіз досліджень, виконаних протягом трьох діб у спеціалізованих відділеннях свідчив, що цей час був компенсацією недоліків організації амбулаторної допомоги. Крім того, майже всі обстеження і консультації виконувалися за межами профільних відділень. Наслідком такої організації обстеження пацієнтів було невинуватене втрачання часу персоналу і пацієнтів на узгодження, супроводження пацієнтів, залагодження непорозумінь.

Етапність в організації медичної допомоги, починаючи з приймального відділення, не зумовлена медичною доцільністю, а є історичною традицією використання відділення в якості реєстраційно-розподільчого пункту та санітарного пропускника. Крім того, у приймальному відділенні для виконання цієї роботи, малоефективної з точки зору діагностики і лікування, протягом доби залучалось 11,5 посад лікарського персоналу, який міг би бути задіяним більш ефективно на інших ділянках амбулаторної чи стаціонарної допомоги.

Так виникла ідея створити відділення, де можна було обстежувати, надавати невідкладну допомогу хворим, чи продовжити їх лікування

* Бойчак М. П. Как сделать лечебное учреждение успешным. Вопросы медицинского маркетинга. Киев, 2013. 751 с.

у профільному відділенні. У такому відділенні повинні працювати основні фахівці, воно має бути обладнано необхідною діагностичною технікою. Обстеження хворого має виконуватись у максимально короткий термін. Багатофункціональна команда такого відділення здатна протягом 2–3 годин встановити клінічний діагноз, швидко реагувати на зміни в клінічному стані пацієнтів, оформити медичну документацію та передати пацієнта для подальшого лікування у профільного спеціаліста – у стаціонарі чи поліклініці. Середній термін обстеження пацієнтів у таких відділеннях не повинен перевищувати 3-х годин. У випадках неясного діагнозу передбачалася госпіталізація у такому відділенні – не більше однієї доби.

Таким чином, щоб вирішити проблеми ефективної організації лікувально-діагностичного процесу, необхідно змінити застарілу систему госпіталізації через приймальні відділення на більш сучасну й ефективну, як з медичної так і з економічної точки зору, розділивши хворих на два потоки. Планова госпіталізація повністю обстежених пацієнтів зі встановленим діагнозом повинна здійснюватися безпосередньо у спеціалізовані відділення, решта пацієнтів має бути госпіталізована через багатопрофільні відділення невідкладної допомоги. Реєстрація пацієнтів, як і управління ліжковим фондом, згідно з досвідом роботи госпіталів США, який вивчав М. М. Вовкодав, мала здійснюватися у бюро реєстрації. Адже саме в США вперше стали функціонувати відділення невідкладної медичної допомоги. Микола Миколайович залишив неопубліковану статтю з цієї теми – «Принципи організації відділення невідкладної допомоги в сучасних умовах з урахуванням досвіду госпіталів США».

Подібні відділення так і не були створені, проте успішно функціонують у всьому світі, останнім часом стали з'являтися і в Україні. Вже після смерті М. М. Вовкодава вийшов наказ МОЗ України №370 від 01.06.2009 р. «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», яким було введено в дію «Положення про відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарні». Сьогодні такі відділення вже відкрито у багатьох лікарнях України, функціонує воно і в Харківському військовому госпіталі.

ГЛАВА 5

ДІЯЛЬНІСТЬ М. М. ВОВКОДАВА НА ТРЕТЬОМУ ЕТАПІ (2001–2005 рр.) РЕФОРМУВАННЯ ВІЙСЬКОВО- МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

На цьому етапі продовжувалося реформування українського війська і його військово-медичної служби. До досягнень медичної служби цього часу слід зарахувати активну участь українських військових лікарів у міжнародній діяльності та в медичному забезпеченні миротворчих контингентів. Станом на 2003 р. українські миротворчі контингенти перебували у Косово, Боснії, Іраку, Сьєрра-Леоне, Лівані, де медичне забезпечення було організовано за вимогами ООН і НАТО та представлено медичними підрозділами першого і другого рівнів. На основі багаторічного досвіду було розроблено і реалізовано Концепцію медичного забезпечення українського миротворчого контингенту.

У 1998 р. М. М. Вовкодав у складі української делегації відвідав Боснію і Герцеговину, де брав участь у вивченні стану медичного забезпечення 240-го українського спеціального батальйону, що перебував у складі багатонаціональних Сил НАТО з 1995 р., потім брав участь у операції SFOR. Медики батальйону (підсилені фахівцями – хірургом, анестезіологом, терапевтом тощо) надавали медичну допомогу своїм бійцям та місцевому населенню.

5.1.

«ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА» ДИСКУСІЯ МІЖ М. М. ВОВКОДАВОМ І В. В. ПАСЬКОМ НА СТОРІНКАХ ГАЗЕТИ «НАРОДНА АРМІЯ»

Минуло понад 5 років з початку реформування військово-медичної служби, проте особливих досягнень не було. 5 січня 2000 р. у газеті «Народна армія» М. М. Вовкодав друкує статтю: «Чудес чекати немає від кого», у якій знову повторює тези щодо необхідності реформуван-

ня військово-медичної служби, що ГВМУ необхідно надати відповідні повноваження для реорганізації всієї військово-медичної служби, багато невдач автор пов'язував з неможливістю змінити систему її фінансування. Досвідчений лікар та адміністратор, Микола Миколайович бачив, що розпочата справа не рухається. Дійсно, було про що задуматися. Час ішов, а суттєвих змін у військовій медицині не відбувалося. Всі ті ж проблеми, які відмічали автори реформ на початку своєї діяльності, необхідно було вирішувати і сьогодні: військова медицина залишалася в такому ж жалюгідному становищі, як і раніше, військові госпіталі так і не стали органами управління медичною службою на місцях. Відомча медицина як була, так і зберігалась, не кажучи вже про якусь інтеграцію медичної служби ЗС України з іншими силовими міністерствами та відомствами, нормативно-правова база медичної служби стосовно її реформ практично була відсутньою.

Не дивно, що один з ініціаторів реформ, начальник Української військово-медичної академії, генерал-майор медичної служби В. В. Пасько вступив у полеміку з М. М. Вовкодавом у зв'язку з його статтею «Чудес чекати немає від кого». У своїй статті «23 нотатки до статті генерал-майора медичної служби М. М. Вовкодава», теж надрукованій у газеті «Народна армія», піддав гострій критиці всі положення, викладені його візаві.

Він писав про те, що часу з проголошення декларацій про необхідність реформ пройшло багато, а «окрім загальних фраз щодо необхідності реформування, люди не бачать конкретних пропозицій – до чого і яким шляхом іти?».

Прошло 6 років, а виявляється, – зазначав дописувач, що «її (мається на увазі реформа медичного забезпечення) треба перш за все чітко сформулювати, що ж то за зміни мають бути. І не в теорії на рівні гасел і закликів, а в практиці на рівні ретельно науково обґрунтованих і опублікованих для ознайомлення конкретних моделей».*

Ще раз уважно перечитавши статтю В. В. Паська, з 23 його нотатками, можна частково погодитися лише з двома. В одній критикує М. М. Вовкодава, коли він написав, що «реально впливати на стан

* Пасько В. В. 23 нотатки до статті генерал-майора медичної служби М. М. Вовкодава в газеті «Народна армія» від 5 січня 2000 р. «Чудес чекати немає від кого». *Народна армія*. 2000. 22 січня.

здоров'я військовослужбовців медична служба не може» і «Медицина не має реальних механізмів та ресурсів для профілактичної роботи». «Щоб знизити захворюваність... потрібні надійні механізми профілактики захворювань і травм. Ми їх не маємо». Як на нас, ці слова вирвані з контексту статті, малося на увазі зовсім інше, і це всім відомо – на 90 % проблем рівень здоров'я військовослужбовців залежить не від медицини, а від інших служб Міністерства оборони (тилової, виховної тощо) та від держави взагалі. «Охорона здоров'я вимагає багатогалузевої участі» – ось що мав на увазі М. Вовкодав.

Ще одна нотатка, з якою можна теж лише частково погодитись, так це та, де В. В. Пасько піддає критиці реформування медичного забезпечення у військовій ланці і що у статті «немає навіть натяку, як практично це планується зробити. І, очевидно, не даремно. Бо дискусії на цю тему почалися ще п'ять років тому, і відсутність до цього часу конкретних, придатних до практичного втілення пропозицій щодо розв'язання проблеми, є сигналом тривоги, закликом до обережності і всебічного обґрунтування будь-яких новацій в цій царині». А можливо все було простіше – не було, як кажуть, політичної волі це робити. Були лінощі, зазнайство, критиканство і переливання з пустого в порожнє. У багатьох розвинутих країнах світу військова медицина давно реформована, а у нас виявляється треба бути обережним і всебічно обґрунтувати.

За великим рахунком М. М. Вовкодав нічого нового з того, що вже давно «працювало» у військовій медицині розвинутих країн не пропонував. Він просто хотів, щоб і в його країні була така ж військова медицина, як в арміях Німеччини, Франції, США та інших державах.

Це ж треба було так примудритися – у невеликій газетній статті свого колеги, з яким розпочинали реформи, працювали у сусідніх кабінетах, виявити 23 недоліки і нічого позитивного. Як на мене, то це вже не наукова критика, а щось інше.

Єдине, у чому був правий В. В. Пасько, на наш погляд, так це те, що час йшов, а результатів реформування не було видно.

Складається таке враження, що писали про реформи разом, а крайнім у їх буксуванні виявився терапевт Вовкодав. Але ж нагадаємо, що крім начальника ГВМУ (хірурга), у цьому Управлінні на той час

начальником оперативно-медичного управління був полковник медичної служби В. В. Пасько, пізніше – він заступник Міністра оборони України (у тому числі з медичних питань); заступником у М. М. Вовкодава був полковник медичної служби О. С. Кухленко, пізніше – начальник оперативно-медичного управління ГВМУ, потім 1-й заступник директора Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) МО України; начальником управління медичного постачання – генерал-майор медичної служби П. С. Сирота; начальником організаційно-планового відділу ГВМУ був полковник медичної служби В. П. Печиборщ. Всі ці офіцери мали (крім вищої медичної) вищу військову освіту, закінчивши Факультет керівного медичного складу Військово-медичної академії імені С. М. Кірова з організації медичного забезпечення військ. В. В. Пасько – кандидат медичних наук, взагалі був старшим викладачем кафедри ОТМС цієї Академії, П. С. Сирота – кандидат фармацевтичних наук (один з двох на той час військових фармацевтів з науковим ступенем). Тож було кому «чітко сформулювати», «науково обґрунтувати» і створити «конкретні моделі».

Однією з причин, на нашу думку, відсутності якихось особливих змін, крім скорочення медичних закладів і медичного персоналу, була відсутність у ГВМУ, потім у ДОЗ МО України дружнього та творчого колективу для вирішення цих складних питань реформування військово-медичної служби, хоча кожен з названих вище фахівців мав достатню компетенцію у своїй справі та достатній професійний і життєвий досвід. Крім того, за моїми спостереженнями, всі вони як підлеглі М. М. Вовкодава (у різні часи) не сприймали серйозно його новачі, більше того – у них склалося антагоністичне ставлення до терапевта Вовкодава (саме так більшість керівників-організаторів його сприймали).

Сам Микола Миколайович таким чином характеризував керівний склад військово-медичної служби того часу (мав на увазі не тільки ГВМУ): «Склалася парадоксальна ситуація: маємо велику кількість офіцерів, які працювали довгий час переважно управліннями у військово-медичних підрозділах і частинах, але вони не можуть розв'язати організаційно прості в методичному плані завдан-

ня реформування. Ця група спеціалістів не здатна на професійному рівні провести реформування медичного забезпечення. Інтуїтивно усвідомлюючи це, вони різними способами гальмують будь-які зміни, адже розуміють: їм не знайдеться місця в новій системі медичного забезпечення. Офіцери не бажають радикально змінити свою професійну підготовку і спосіб життя тому, що призвичаїлися до безнадійно застарілих вимог колишньої військово-медичної служби... Медичні керівники, як військові люди, віддають перевагу простим відповідям на складні запитання, поставлені життям. Тож процедура планування, бюджетний процес, без яких не існує жодна організаційна структура у світі, виявилися надзвичайно складними для наших керівників... Забезпечити виконання надзвичайно складних, великих за обсягом і значних за очікуваними результатами заходів, зможуть керівники, які постійно вчать самі, навчають інших, а не перебувають у полоні лінощів...».

Але повернемося до дискусійних матеріалів в газеті. Як сприйняв Микола Миколайович «23 нотатки...» В. В. Паська? Адже схильний до полеміки, дискусії, М. М. Вовкодав мав би відповісти на критику. При особистій зустрічі я поставив йому це запитання, на що отримав абсолютно спокійну відповідь – його стаття В. В. Паська ніяк не зачепила, нічого раціонального та корисного для справи він у ній не побачив. Готуючи цей нарис, теж саме запитання я поставив дружині Миколи Миколайовича, можливо вдома вони обговорювали це питання? Людмила Миколаївна взагалі не пригадує, аби розмови на цю тему велися, хоча знала про статтю В. В. Паська.

5.2.

ЧОМУ НЕ ПРОСУВАЛИСЯ РЕФОРМИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ?

Реформи, що так активно на початку розроблялися ГВМУ, як ми уже зазначили, різко загальмувалися. Причин було багато, не ставимо собі за мету їх аналізувати, звернемо увагу лише на деякі особисті стосунки серед керівників медичної служби, які, на нашу думку, і поховали зміни, що планувалися. Не склалася команда, що мала реалі-

зувати реформи, хоча їх інтелектуальна і професіональна потужність (кожного учасника ініціатив) були на рівні. Один в полі не воїн! Прислів'я означає, що одному велике поле не зорати і багато чого не досягти без соратників та однодумців. Усі успішні колективи працюють однією командою. Стів Джобс не зміг би втілити в життя свої мрії, якби не люди, які працювали з ним і підтримували його ідеї. Один листок паперу легко розірвати, але пачку паперу не розірвеш.

Не завжди Микола Миколайович відчував і підтримку від свого начальника – В. Я. Білого. Нам попала копія рапорту М. М. Вовкодава на ім'я начальника ГВМУ, написаного 07.02.1996 р., з проханням про звільнення його від займаної посади, у якому він, зокрема, писав: «Выработка и принятие решений по реформированию медицинского обеспечения военнослужащих, постоянно связана с риском и непредсказуемостью ожидаемых результатов. Для успешного решения многочисленных проблем необходимо полное доверие и уважение непосредственного начальника. Перспектив для этого у меня нет. В настоящее время в ГВМУ закладываются основы будущих неразрешимых проблем. Прошу предоставить мне возможность продолжить службу в Главном военном клиническом госпитале на должности главного терапевта».

Резолюція на рапорті начальника ГВМУ: «Считаю, что Н. Н. Вовкодав должен работать в прежней должности. 07.02.1996 г.».

Перша шпарина у стосунках якось згладилася, М. М. Вовкодав продовжував служити на своїй попередній посаді. Але вже такої взаємної довіри, як раніше, не було, хоча не пройшло навіть двох років, як ініціатори прогресивних змін в охороні здоров'я військово-службовців розпочали реформи. М. М. Вовкодав як і раніше напружено працював, правда більше теоретично. Друкував статті, писав про наболіле у засоби масової інформації, правда, це не всім подобалося, за що пізніше і поплатився. Продовжував займатися проблемами реформування військово-медичної служби, але відчувалося, що він був відсунений від практичного вирішення проблем.

У 1997 р. у М. М. Вовкодава з'явилася нова посада (наказ Міністра оборони України №598 від 01.12.1997 р.) – Перший заступник начальника ГВМУ МО України – (Головний терапевт). Він уже не був началь-

ником лікувально-профілактичного управління, воно відійшло до оперативно-медичного управління (разом з організаційно-плановим відділом), яке очолив один з основних опонентів М. М. Вовкодава – полковник медичної служби О. С. Кухленко.

З 1997 і до 2005 р. жодних позитивних змін у реформуванні військової медицини не відбулося. Навпаки, з'явилися негативні тенденції у верхньому ешелоні військово-медичного управління, з етичних причин не можу на них зупинятися. Медичне начальство жило своїм життям, військово-медичні заклади – своїм. При цьому продовжувалося їх скорочення і ліквідація, майже всі вони знаходилися у скрутному фінансовому положенні, на межі виживання. Хто як міг, так і виживав, рятували платні послуги, що надавалися цивільному населенню. Практично припинилося централізоване забезпечення медичною апаратурою і медикаментами. Не краще було з іншими видами матеріально-технічного постачання.

У цей час (після 2008 р., точна дата невідома) М. М. Вовкодав підготував велику за обсягом статтю: «Роль и место органов управления военно-медицинской службы в системе Вооруженных Сил Украины при переходе на территориальную систему обеспечения войск». У нас є рукописний варіант статті, не відомо, чи вона була надрукована. Думаємо, що вона і не могла бути надрукованою, адже «досягнення» військово-медичного керівництва були такими, що їх не варто було показувати.

У статті детально розглядаються принципи управління військово-медичною службою. Особливо багато уваги приділяється головному органу управління військовою медициною – ГВМУ МО України та іншим органам управління медичною службою. «Низкая профессиональная культура аппаратов управления медицинским обеспечением, запутанная схема полномочий руководителей медицинской службы создали критическую ситуацию в области перспектив развития военно-медицинской службы. Анализ ситуации в военно-медицинской службе показал, что последние 2–3 года процесс медицинского обеспечения оказался чрезвычайно сложным и противоречивым с точки зрения поиска возможностей совершенствования управления процессом. Отмечается низкая результативность управления военно-медицинской службой. Сложность проблемы состоит в том,

что руководителям приходится работать в коллективах, недостаточно ориентированных на работу в новых условиях планирования, финансирования и экономической деятельности учреждений и при несовершенной нормативно-правовой базе».

Далі дає характеристику стилю управління, що склався в ГВМУ: «Одним из важнейших факторов, тормозящих развитие системы медицинского обеспечения ВС Украины, является недостаточная профессиональная компетенция лиц, принимающих управленческие решения. Структурные управленческие подразделения.... строятся не по функциональному, а по личностному интересу (введение нужных должностей). Запутанные схемы разделения полномочий и компетенции не позволяют обеспечить соответствие прав обязанностям, зачастую не дают ответа на простой житейский вопрос – кто, кем и чем руководит? Управление сводится к разговорному жанру, цели его трудноопределимы...».

Далі детально зупиняється на двох основних напрямках управління військовою медициною: медико-адміністративному та медико-оперативному. Про них ми говорили вище. Обов'язковою умовою ефективного управління є чітка взаємодія цих двох напрямків, при основній ролі адміністративного. Нічого цього не було зроблено. «Двукратное реформирование организационной структуры ГВМУ свидетельствует о смещении приоритетов лечебно-профилактического и санитарно-гигиенического обеспечения войск (административное управление), а также мобилизационной и боевой готовности службы (оперативное управление) в сторону непосредственной работы по реализации путевок, централизованных закупок и распределения медицинского имущества». За великим рахунком ці два (третій – роздача посад) корупційних напрямки діяльності ГВМУ і загубили реформи.

Розглядаючи завдання та функції ГВМУ зупиняється на трьох основних напрямках діяльності військової охорони здоров'я:

- збереження здоров'я військовослужбовців – забезпечується організацією санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;
- збереження здоров'я і зменшення трудовитрат військовослужбовців в результаті захворювань і травм при наявних медичних ресурсах – досягається лікуванням хворих;

- забезпечення мобілізаційної і бойової готовності військово-медичної служби – досягається виконанням двох попередніх, а також великим комплексом спеціальних військово-соціальних заходів, що включають мобілізаційну, оперативну і бойову підготовку.

Відповідно і в ГВМУ мали бути передбачені три керівні вертикалі для організації діяльності у військово-медичних закладах. Вони мали бути основними і пріоритетними в керівництві ГВМУ, їх керівники мали планувати і розподіляти ресурси, «... смещение их на другие направления деятельности указывает на личностные или корпоративные интересы, а не на служебные. Другие направления работы ГВМУ обеспечивают достижение трех главных целей: кадровой политикой, медицинским снабжением, содержанием материально-технической базы, планово-экономической деятельностью и финансированием». Насправді, все було перевернуто з ніг на голову. Допоміжні управлінські структури: кадри, медичне постачання, санаторно-курортне забезпечення зайняли пріоритетні позиції в діяльності ГВМУ.

Особливо гіпертрофованою, на думку М. М. Вовкодава, була управлінська вертикаль медичного постачання. Він детально описав недоліки системи медичного постачання, яка копіювала радянську і реалізувала принципи медичного постачання вчорашнього дня. Військово-медичні заклади скорочувалися, а структура і чисельність служби медичного постачання зберігалися, її збереження стало самоціллю для деяких керівників. «Организационные структуры снабжения являются структурно и численно избыточными, треть из них – военнослужащие (всего 2,5 тыс. человек). В условиях общего лимита численности Министерства обороны, высокий удельный вес (до 30 %) сотрудников управления медицинского снабжения не позволяет сформировать структурные подразделения, необходимые для выполнения других функций ГВМУ». У статті пропонує заходи щодо реформування служби медичного постачання, яка не має бути «священною коровою» в ГВМУ. Треба сказати, що багато пропозицій щодо змін у системі медичного постачання з часом відбулися, адже вони були настільки реальними і логічними, що не могли бути не реалізованими, не дивлячись на шалений спротив зацікавлених осіб.

Неможливо, через великий обсяг статті, зупинитись на всіх питаннях, які в ній порушувались. Наведемо тільки висновки автора:

1. «Организационно-штатная структура ГВМУ является формальной, основанной преимущественно на личностных интересах, не функциональная с точки зрения целей и задач его структурных подразделений».
2. «Управление не имеет четкого разделения ответственности и прав, направлений деятельности сотрудников. Структурные подразделения построены по личностным, а не функциональным потребностям (обеспечение руководящих постов). Границы ответственности за результаты деятельности размыты, часть функций дублируется (мобилизационная готовность, планирование, делопроизводство)».
3. «ГВМУ не имеет штатных управленческих подразделений (должностных лиц) присущих каждому министерству, а также органам управления здравоохранением (планово-экономического, санитарно-гигиенического и противо-эпидемического обеспечения, информационно-статистического, бухгалтерского учета, а также подразделения для решения деонтологических и юридических проблем службы)».
4. «Неоправдано расширены объем функций и организационно-штатная структура управления медицинского снабжения».
5. «В связи с вышеизложенным отмечается низкая результативность управления со стороны ГВМУ подчиненными организациями, частями и подразделениями военно-медицинской службы».
6. «На эффективности управления сказывается фрагментарность знаний принципов медицинского обеспечения некоторыми должностными лицами, неосознанность необходимого объема управленческих функций по подготовке деятельности службы в новых условиях».
7. «Пассивное и активное сопротивление нововведениям среди офицеров ГВМУ возникает в силу накопившихся противоречий и проблем из-за неполноценной структуры ГВМУ, а также в силу барьеров между личностно-психологическими и профессионально-мотивационными интересами сотрудников ГВМУ».

8. «Для забезпечення ефективного управління медичинської службою необхідно, прежде всего, реорганізувати ГВМУ».

У цих висновках зосереджені всі проблеми і відповіді, чому не вдалося реформувати військову медицину, як планувалося. А якщо врахувати, що частина матеріалу цієї статті все-таки потрапляла на сторінки засобів масової інформації, лунала з вуст Миколи Миколайовича на нарадах, зборах керівного складу, була відома вищому військовому керівництву, то не дивно, що незабаром з'явилося «Военное дело» М. М. Вовкодава.

5.3. «ВОЕННОЕ ДЕЛО» М. М. ВОВКОДАВА

На початку 2001 р. у Військовому суді центрального регіону розглядалася незвичайна справа проти Першого заступника начальника ГВМУ МО України генерал-майора медичної служби М. М. Вовкодава нібито за недбале ставлення до службових обов'язків, яке виявлялося у тому, що у січні 1996 р. він, довірившись своїм підлеглим – начальнику фінансово-економічного відділу ГВМУ і начальнику Центральної санітарно-епідеміологічної лабораторії, підписав складене начальником фінансово-економічного відділу ГВМУ платіжне доручення щодо оплати 22705 грн за медичні препарати. Фірма-постачальник, договір з якою раніше підписали той же начальник Центральної санітарно-епідеміологічної лабораторії і начальник фінансово-економічного відділу ГВМУ, виявилася фіктивною і після отримання грошей зникла.

Справа, як кажуть, була шита білими нитками. Всім адекватним людям була зрозуміла «дута» справа і, що вини у ній М. М. Вовкодава не було. Микола Миколайович настільки був певен у своїй невинності, що відмовився від послуг адвоката. Але раз є справа, має бути вирок (закон совдепії). І він стався – два роки позбавлення волі умовно і обов'язок відшкодувати збиток, нанесений державі в особі ГВМУ у розмірі 5676 грн. Правда в процесі розгляду справи всі звинувачення були зняті, М. М. Вовкодава визнано невинним.

Відсилаю читача до авторитетного друкованого органу «Дзеркало тижня», у якому відомий київський адвокат Г. Гінзбург детально розглядає цю, так звану, справу. Зупинимось на деяких аргументах Г. Гінзбурга щодо невинності М. М. Вовкодава:

1. «Я считаю, что руководитель его ранга выполняет контрольные функции только через свой аппарат. Лично он не в состоянии контролировать каждый договор и накладную и т.д. Да это и не должно входить в его обязанности. Потому что в противном случае, зачем ему аппарат?».
2. «Н. Вовкодав подписал платежное поручение, предоставленное ему на основании договора, заключенного одним полковником и подтвержденного, а значит проверенного, другим полковником, финансистом. Суд счел, что он доверился этим должностным лицам, не осуществив надлежащей проверки. Прежде всего, в чем причина потери этих 22 тысяч гривен? В том, что руководитель фирмы (кстати, зарегистрированной местной властью по загранпаспорту, еще и чужому), с которой был заключен договор, оказался жуликом. И за два года следственные органы не сумели установить личность злоумышленника, найти его. А начальник медицинского управления, подписавший эту накладную, получается, должен был это сделать?».
3. «Документы, предоставленные Н. Вовкодаву не вызывали подозрений, так как были предоставлены ему двумя должностными лицами, не доверяя которым он не может».

Виходячи хоча би з цих аргументів, М. М. Вовкодав не міг ані передбачити, ані перешкодити тим наслідкам, які йому були інкриміновано.

У автора статті склалося враження, що з М. М. Вовкодавом суд обійшовся невинправдано суворо, хоча б тому, що притягнення до кримінальної відповідальності посадової особи такого рівня у нашій державі вкрай малоімовірно без «політичної волі», що проявилася на досить високому рівні. Про це говорив і сам Микола Миколайович: «Решение о привлечении меня к суду, в соответствии с существующей практикой, согласовывалось с Министерством обороны и должностными лицами военной юстиции. Генералов судят не часто. Я глубоко

ко убежден, что непосредственной причиной такого решения были мои публикации в ведомственных средствах массовой информации «Народная армия», «Наука и оборона». Целью публикаций была попытка привлечь внимание руководителей всех уровней к необходимости функционально-структурных изменений в организации охраны здоровья и обеспечение боеспособности военнослужащих. И единственным способом заставить меня отказаться от взглядов на структурную реорганизацию военно-медицинской службы, является увольнение из Вооруженных Сил Украины в связи с «совершенным должностным преступлением».*

Хоча з М. М. Вовкодава обвинувачення було знято, проте мета організаторів цієї справи була досягнута – здоров'я і нерви Микола Миколайович витратив немало.

5.4. **ЧОГО НЕ ВЧАТЬ У МЕДИЧНОМУ ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ?**

Для цього підзаголовок ми взяли назву відомої книги Ю. Черткова і Т. Загорія «Чему не учат в медицинском вузе» (2014 р.),** присвяченій питанням взаємовідносин з пацієнтами, питанням медичного маркетингу тощо. Звернутися до назви цієї книги мене спонукали думки після прочитання статті М. М. Вовкодава і А. П. Славушевича «Медичні карти нового зразка – методична основа удосконалення діяльності лікуючих лікарів». Здавалося б, у цій праці описується форма картки нової історії хвороби – це дійсно так і було, її розробляв під керівництвом М. М. Вовкодава начальник кардіологічного відділення ГВКГ полковник медичної служби А. П. Славушевич. Проте, заглибившись у зміст статті, вимальовується ще один напрямок думок. Мова йде про документальне ведення хворого. У медичному вузі вчать як діагностувати та лікувати хвороби, та не вчать як це все оформляти в історії хвороби, яка є не тільки документом для проку-

* Примаченко А. «Военное дело». *Зеркало недели*. 2001. 8 марта (№ 10). С. 6–8.

** Чертков Ю., Загорий Т. Чему не учат в медицинском вузе : тренинг для врачей. Изд. 2-е, испр., доп. Киев, 2014. 456 с.

рора, але й інструментом постановки попереднього та клінічного діагнозу, їх перевірки в процесі спостереження за хворим, інструментом вибору правильного лікування. Добре знаючи, як у нас ведуться історії хвороби, можна дійти до висновку, що цьому дійсно не вчать у медичному вузі.

Записам в історіях хвороби Микола Миколайович завжди надавав важливе значення не лише з точки зору захисту лікаря у правовому полі, але і як способу правильної діагностики, правильного лікування, примушуючи лікаря постійно мислити в ході лікувального процесу (перевіряти правильність діагностики, можливість появи ускладнень у перебігу захворювання, побічні ефекти терапії тощо): «Міркування лікаря проявляється ясно і конкретно лише тоді, коли воно знаходить відповідне письмове відображення. Письмова реєстрація спеціалістами виконаних діагностичних завдань служить засобом виміру успішності лікувально-діагностичного процесу та компетентності лікарів. Якщо лікар не зумів раціонально, повно та адекватно зареєструвати лікувально-діагностичний процес, то це, як правило, породжує сумнів щодо достатньої його компетентності... Слід підкреслити, що невиконання науково обґрунтованих рекомендацій, що спричинило, чи могло спричинити шкоду пацієнту або економічним інтересам закладу є істотними порушеннями лікарських обов'язків».

При консультуванні хворих чи обходах М. М. Вовкодав завжди підкреслював, що при обстеженні хворого не завжди потрібне чітке виконання обсягу діагностичних та лікувальних рекомендацій, що містяться у методичних рекомендаціях, чи в наукових монографіях. Якщо з хворим все зрозуміло, цей обсяг може бути скороченим. Все залежить від конкретної клінічної ситуації, наявності діагностичних засобів та «необхідної доцільності вирішення діагностичних проблем». Мета лікування має бути досягнута вирішенням всіх діагностичних завдань, але, по можливості, при економічних витратах засобів.

Грамотні записи лікуючих лікарів в історії хвороби (при потраплянні до відділення, про поетапний перебіг захворювання у щоденниках), співставлення наявних клінічних симптомів з описаними у загальноновизнаних літературних джерелах, сприяє постановці діагнозу завдяки міркуванню за аналогією.

Особливе значення головний терапевт надавав записам в історії хвороби при первинному обстеженні, на стадії встановлення попереднього діагнозу, коли необхідно повно записати симптоми захворювання та фізіологічні параметри здоров'я. Тут важлива будь-яка інформація про пацієнта і вона має бути адекватно оцінена, з'ясована причина виникнення чи декомпенсації захворювання. Поспішні узагальнення, помилкові діагностичні висновки та дефекти у лікуванні, головним чином, впливають через неповно зібрану та недостатньо структуровану інформацію про хворого (мається на увазі належним чином викладену в історії хвороби). Пропуск хоча б одного суттєвого факту може звести нанівець цінність всієї зібраної інформації про хворого.

М. М. Вовкодав вважав, що більшість діагностичних проблем може бути вирішена вже на стадії встановлення попереднього діагнозу і зразу буде встановлено клінічний діагноз, після чого достатньо викласти мету і тривалість лікування. Зовсім інша справа, коли лікар стикається з поліморбідною патологією, у цьому випадку попередній діагноз є не більше ніж відправна точка діагностичного процесу, тож встановлення клінічного діагнозу вимагає логічного і повного обґрунтування. Жодні діагнози, які раніше були встановлені, не можуть мати наперед встановленої істини.

Для того, щоб припущення лікаря, у вигляді попереднього діагнозу, перевірити, складається план діагностики і лікування. У концентрованому вигляді він відображає медико-економічний стандарт закладу. Ступінь деталізації плану діагностики та його обсяг зумовлюються складністю проблем, які вирішуються. При чіткому розумінні лікуючим лікарем сутності клінічної ситуації, він може ясно, ґрунтуючись на внутрішньому переконанні (досвіді), передбачити від яких подальших досліджень і консультацій буде залежати практична доцільність його діяльності. План звільняє лікаря від непродуктивних витрат часу і інших ресурсів, які не мають особливого значення для пацієнта, скеровує увагу лікаря на суть клінічної проблеми та доцільні способи її вирішення. При патологічному стані, який потребує значних витрат на лікування, складаються ключові етапи плану, які потім корегуються та деталізуються.

Досягнуті результати діагностики і лікування порівнюються із запланованими у щоденниках історій хвороби. У щоденниках має відображатися істотна інформація, яка може вплинути на подальше лікування. Оцінка клінічних даних у щоденниках, їх реєстрація має вказати лікарю на подальшу тактику лікування (продовжити, чи міняти). Динаміку захворювання потрібно записувати біля ліжка хворого, поки свіже враження від обстеження. Саме для цього необхідні текстобланки, у яких визначені найбільш інформаційні параметри стану пацієнта. У випадку неефективного лікування записи у щоденнику дозволяють встановити, чим воно зумовлено: незалежними від лікаря обставинами чи проявом його некомпетентності.

Групування інформації у протокольній (дуже коротко) формі дає можливість обмежити її обсяги таким чином, щоб вона підказувала лікарю необхідну точку зору. Текст у медичній документації має бути коротким: словам тісно, а думкам просторо. Рациональна реєстрація клінічного стану пацієнта надає можливість значно скоротити обсяг рукописної роботи та невиробничі витрати часу лікаря.

Інформація про хворого не може бути надлишковою чи неповною. Як одна так і інша можуть бути шкідливими і зумовлювати діагностичні і лікувальні помилки. Зручним критерієм відбору оптимального обсягу інформації для реєстрації в історії хвороби є відбір такої, яка відповідає на питання, що викладені у плані діагностики та лікування.

Саме тому визначення мети діагностики і лікування, що зазначені у плані, є ключовим фактором оптимального обсягу інформації та засобів, які необхідні для досягнення бажаних результатів лікувально-діагностичного процесу.

Потреби покращення якості медичної допомоги, перевантаження невиробничою діяльністю лікарів зумовили Миколу Миколайовича впроваджувати у практику їх роботи принципово нові форми амбулаторних і стаціонарних медичних карт. Це була досить складна і об'ємна робота, що включала підготовку еталонів медичних карт діагностики та лікування (зразків) найбільш розповсюджених патологічних станів, як методичної основи удосконалення технології лікарської праці.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

Виходячи з того, що більшість технологічних схем діагностики і лікування повторюються, М. М. Вовкодав припускав, що варіантні технологічні схеми лікування можуть бути передбачені у формалізованих еталонах амбулаторних і стаціонарних карт. Зразки таких карт були розроблені у ГВКГ і протягом декількох років впроваджувались у медичну практику. Хоча сьогодні військові лікарі користуються загальнодержавними амбулаторними і стаціонарними картами, проте досвід опрацювання еталонних карт був корисним для розробників, адже потребував від них досконалого знання симптоматології та діагностики основних нозологічних форм.

ГЛАВА 6

ОСТАННІЙ РІК СЛУЖБИ

М. М. ВОВКОДАВА

Останній рік служби М. М. Вовкодава прийшовся на призначення нового Міністра оборони України – Є. К. Марчука (з 25 червня 2003 р. до 27 вересня 2004 р.) та його нової команди, у тому числі нового керівника медичної служби ЗС України.

На цей час начальник ГВМУ В. Я. Білий звільнився з військової служби, а М. М. Вовкодав залишався на своїй посаді ще декілька місяців. До призначення нового керівника військово-медичною службою він виконував обов'язки начальника ГВМУ. Розуміючи, що реформам приходить кінець, Микола Миколайович робить останні спроби врятувати напрацьоване раніше, при цьому покладаючись на нових керівників МО України, плекаючи надію бути почутим. Як виконуючий обов'язки начальника ГВМУ (тимчасово виконуючий обов'язки начальника ГВМУ МО України) він звертається з листами (протягом жовтня – листопада 2003 р.) до Першого заступника Міністра оборони України О. М. Олійника, заступника Міністра оборони України В. О. Гошовської, Начальника Генерального штабу ЗС України генерал-полковника О. І. Затиная і в січні 2004 р., уже як перший заступник начальника ГВМУ, – до Міністра оборони України Є. К. Марчука. Копії листів з домашнього архіву М. М. Вовкодава.

6.1.

ЗМІСТ ЛИСТІВ М. М. ВОВКОДАВА ДО КЕРІВНИЦТВА МО УКРАЇНИ

Читаючи ці листи виникає питання: для чого М. М. Вовкодаву потрібно було стукатись, як потім виявилось даремно, у двері, що були закриті наглухо? Адже він розумів, що служба йде до закінчення, що в житті досягнув немало, має гарну родину, забезпечена спокійна ста-

рість. Думаю, що відповідь у його вродженій (генетичній) державності українця, який хотів би бачити свою країну рівною серед рівних європейських країн і, звичайно, зробити свій посильний внесок у справу, якою професійно займався все життя. Підштовхнула до такого кроку і ситуація у керівництві медичною службою, на керівні посади якої були призначені, як він висловлюється, його опоненти, а по суті – люди з обмеженими можливостями робити щось нове, які власне і гальмували проведення реформ у попередні роки. Перші кроки їх діяльності викликали протест Миколи Миколайовича. Він розумів, що один нічого не зробить, тому вирішив знайти правду у вищого військового керівництва сьогоднішнього і майбутнього, коли сам, уже будучи на пенсії – продовжить доводити необхідність змін у керівництві військовою медициною. Якийсь синдром «донкіхотства».

У листах до заступників Міністра оборони України та Начальника Генерального штабу ЗС України йдеться, в основному, про принципи управління медичним забезпеченням ЗС України в мирний час – як один з важливих факторів успішності всієї реформи медичного забезпечення ЗС України.

М. М. Вовкодав впевнено і, на наш погляд, не безпідставно стверджував, що управління медичним забезпеченням ЗС України має бути дворівневим. Найбільш важливим фактором успішної трансформації військово-медичної служби є розподіл повноважень між Департаментом охорони здоров'я МО України, який необхідно створити і ГВМУ ГШ ЗС України, який необхідно реорганізувати. Микола Миколайович був впевнений, що провал реформ військової медицини був, за великим рахунком, пов'язаний з відсутністю дворівневого управління військово-медичною службою.

У листі до Начальника ГШ ЗС України від 14 жовтня 2003 р. він говорить про існуючі два проекти управління медичним забезпеченням ЗС України: «Генерал-лейтенантом медичної служби Білим В. Я. відпрацьована структура Департаменту охорони здоров'я МО України як єдиного органу управління медичним забезпеченням без управлінського підрозділу у Генеральному штабі. Але письмового обґрунтування переваг монопольного управління військово-медичною сферою єдиним органом не подано».

І далі пише: «Генерал-майор медичної служби Вовкодав М. М. підготував також альтернативний підхід до управління медичним забезпеченням...». Він полягав у тому, що система медичної допомоги (як військова, так і цивільна) має вибудовуватись з трьох незалежних сторін: сторона, що фінансує – МО України; посередник, що представляє інтереси платника (МО України) і пацієнта - ДОЗ МО України; система медичної допомоги, що надається військово-медичними закладами – ГВМУ ГШ ЗС України.

Запропонований М. М. Вовкодавом проєкт дозволив би здійснювати медико-економічний контроль якості і обсягу медичної допомоги, який має бути за межами ГВМУ, тобто у ДОЗ МО України. Адже не логічно те, що той, хто виконує якусь роботу, сам себе і контролює. Крім того, від ГВМУ забиравось монопольне управління військово-медичними ресурсами.

На ГВМУ покладалось завдання оперативного управління військово-медичною службою ЗС України.

Далі у цьому листі М. М. Вовкодав пише: «У запропонованій генерал-лейтенантом медичної служби Білим В. Я. структурі Департаменту не передбачені підрозділи, які необхідні для забезпечення гарантій:

- покращення якості медичної допомоги через визначення гарантованого, забезпеченого ресурсами обсягу допомоги військовослужбовцям відповідно до реально можливого фінансування без виправдань медичних спеціалістів на їх нестачу;
- ефективного використання фінансових засобів шляхом наближення бюджетних витрат на медичне забезпечення до закладів охорони здоров'я, в інтересах яких вони здійснюються;
- об'єктивності військово-лікарської експертизи;
- медичної профілактики захворювань та інвалідності в результаті непрофесійних дій лікарів;
- методичного супроводження реорганізаційних процесів і контролю їх прогресивності».

Тобто, ДОЗ фінансує, контролює (медичний аудит), захищає пацієнтів і супроводжує реформи у військово-медичній сфері. Таким чином, будуть створені умови, направлені на реалізацію гарантій

держави у наданні безоплатної медичної допомоги військовослужбовцям і ветеранам військової служби.

Від себе зазначимо, що сьогодні в Україні саме так побудована цивільна система управління охороною здоров'я (з одного боку МОЗ України, з іншого – Національна служба здоров'я України і з третьої сторони – пацієнт). Двома органами управління здійснюється керівництво медичним забезпеченням ЗС Німеччини, США та інших країн.

У листі на ім'я Міністра оборони України Є. К. Марчука від 26 січня 2004 р. (лист зареєстровано) Микола Миколайович більш детально зупиняється на пропозиціях щодо медичного забезпечення ЗС України. Забігаючи наперед, нагадаємо, що в цей час вже було створено новий орган управління – ДОЗ МО України, який очолив В. Д. Юрченко, а пропозиції М. М. Вовкодава ним повністю ігнорувалися, про що він теж пише Міністру: «Замість підтримки моїх пропозицій, направлених на збереження і розвиток воєнної медицини, опоненти вдалися до обструкції моїх ініціатив. Керівництво МОУ вважає цю проблему вирішеною для медичної служби і буквально заборонило її обговорення. Проблема в тому, що друга доповідь, у якій надано обґрунтування структури управління медичним забезпеченням ЗС України, на затвердження Міністру оборони не надійшла, а моя позиція щодо реалізації управління медичною сферою представлена як недержавний підхід...».

У листі порушує питання низької якості існуючої системи медичної допомоги при фактично безправному положенні хворої людини. Низька якість медичної допомоги не може бути виправдана тільки бюджетним недофінансуванням. Обґрунтовує необхідність проведення реформ військово-медичної служби. Як і в попередніх листах керівництву МО України пише про необхідність розподілу управлінських функцій між ДОЗ МО України і ГВМУ ГШ ЗС України.

Нам невідомо, чи отримали ці листи заступники Міністра і сам Міністр оборони, чи були якісь рішення по них. Проте, виходячи з того, що нічого у військовій медицині не змінилося, а опоненти Миколайовича продовжували очолювати військову медицину, то листи або не дійшли до адресатів, або отримали відповідну інтерпретацію з Департаменту охорони здоров'я МО України.

6.2. У ДЕПАРТАМЕНТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МО УКРАЇНИ. ДЕЖАВЮ

Наприкінці 2003 року, у зв'язку з посиленням цивільного контролю за діяльністю ЗС України, ГВМУ МО України було перейменовано у Департамент охорони здоров'я МО України, яке очолив директор (цивільний) В. Д. Юрченко (з 11.12.2003 р. до 27.04.2006 р.). М. М. Вовкодав ще декілька місяців залишався на посаді Першого заступника директора ДООЗ. Але служити у новій команді практично було неможливо, склалася ситуація дежавю – ніби він опинився у радянській військовій медицині, тільки гіршого зразка, ніби все те, що новий медичний керівник говорив і робив, весь його стиль керівництва – все це вже було. «Ті піраміди, що зведені тобою знову, не блистять новизною» – писав В. Шекспір. Жодної новизни не було у запропонованій ДООЗ реформі. На озброєння була взята концепція перетворень, запропонована попереднім керівництвом ГВМУ. У засобах масової інформації і в публічних виступах керівника ДООЗ вона подавалася як «нова концепція». При цьому про зусилля та проведену роботу попередниками чомусь не згадувалося: «Визначальна особливість наших зусиль полягає в тому, що вперше в Україні розроблена військово-медична доктрина...» – заявляли чергові реформатори.*

Знову заговорили про створення єдиного медичного простору, використання територіального принципу організації роботи військово-медичних закладів.**

Та найбільшу шкоду військовій медицині могло нанести заплановане ДООЗ її скорочення. Достатньо подивитися на заплановані деякі контрольні цифри «нової концепції». До 2011 р. планувалося скоротити медичні заклади з 131 до 68, з них госпіталів – з 31 до 11. Чисельність медичної

* Зятев С. Військова медицина... реформується. *Народна армія*. 2004. 3 липня.

Вирва В. Багатопрофільною, універсальною...: інтерв'ю з директором Департаменту охорони здоров'я України В. Д. Юрченко. *Народна армія*. 2005. 15 березня.

Директор Департаменту охорони здоров'я МО України Володимир Юрченко: «Реформа військової медицини враховує досвід країн – членів НАТО». *Народна армія*. 2004. 26 березня.

** Юрченко В. Д., Кухленко О. С., Варус В. І. Стратегія реформування медичного забезпечення Збройних Сил України. *Наука і оборона*. 2004. № 3. С. 22–24.

служби планувалося скоротити до 2011 р. з 18394 осіб (7,5% від чисельності армії) до 4725 (3,3% від чисельності армії). Це при тому, що чисельність контингентів, які мали право на лікування у військово-медичних закладах, збільшувалась з 1,2 млн осіб до 2,3 млн (1,1 млн – на лікувально-профілактичному і 1,2 млн – на санаторному забезпеченні). Планувалося втричі скоротити Головний військовий клінічний госпіталь.

Не дивлячись на добре відпрацьовані теоретичні передумови та позитивний досвід практичної роботи військово-медичних центрів, що розпочали формуватися, подальшого розвитку вони не отримали, а Київський військово-медичний центр, не дивлячись, що наказ про його створення не було скасовано, практично перестав існувати: Ірпінський госпіталь було передано УВМА у якості клінічної бази, що не вирішило проблему і в подальшому це рішення було скасовано; ліквідовано Святошинську філію Ірпінського військового госпіталю; санаторій «Пуща-Водиця» перестав отримувати пацієнтів з ГВКГ для реабілітації, тим самим було загублено реабілітацію як важливий елемент надання медичної допомоги, з чим військова медицина стикнеться пізніше – у роки російсько-української війни. Про ці «нововведення» М. М. Вовкодав буде ще зазначати у наступних своїх працях.

Військова медицина ледь жевріла, зростала захворюваність серед військовослужбовців, особливо високою була захворюваність на соціально залежні захворювання (інфекційні, шкірні, психічні захворювання, туберкульоз, наркозахворювання і СНІД), що складали біля 50% від всієї захворюваності, а серед солдатів – до 90%. Тож не дивно, що навіть у Стратегічному оборонному бюлетені України (Біла книга України) на період до 2015 р. констатувалося, що система медичного забезпечення ЗС, яка склалася, через територіальну недоступність та обмеженість фінансування була доступною лише 50% військовослужбовців і ветеранів військової служби, а сама «медична допомога є недостатньо ефективна».*

Служити в умовах, коли тебе не розуміють або не хотіли розуміти (думаю, що і не могли) не мало сенсу і 11.08.2004 р. генерал-майор медичної служби М. М. Вовкодав за вислугою років був звільнений зі служби.

* Стратегічний оборонний бюлетень України на період до 2015 р. (Біла книга України) / МО України. Київ, 2004. С. 56.

ГЛАВА 7

НА ЗАСЛУЖЕНОМУ ВІДПОЧИНКУ

Заслужено відпочивати М. М. Вовкодаву особливо не довелося. Після звільнення з армії він деякий час працював у Головному військовому клінічному госпіталі на посаді лікаря-консультанта, потім провідним науковим співробітником у НДІ проблем військової медицини МО України. Продовжував творчо працювати майже у такому ж ключі як і під час служби.

Віддавши військовій медицині 40 років життя, Микола Миколайович у статті «Хибна стратегія – сумні перспективи: до проблеми реформування медичного забезпечення Збройних Сил України» (не надрукована) писав: «З перших днів незалежності України брав активну участь у створенні системи медичного забезпечення ЗС України. І зараз, перебуваючи у відставці, мушу сказати, що байдуже спостерігати за розвитком очевидних негативних явищ у системі медичного забезпечення Збройних Сил України ми не маємо морального права».

Цікаво, що епіграфом до цієї статті він взяв слова відомого австрійського фізика-теоретика, лауреата Нобелівської премії з фізики (1933 р.) Ервіна Шредінгера – автора квантової механіки і хвильової теорії матерії, який про свої теоретичні праці говорив, що він «йде проти течії, але напрямок потоку зміниться». Такий філософський світогляд був близьким і Миколі Миколайовичу, який всі останні роки йшов проти течії, проте не втрачав віру, що напрямок потоку все таки зміниться. Не дивлячись на труднощі, які він постійно зустрічав на своєму шляху, будучи оптимістом від природи, вірив у майбутнє України, у її Збройні Сили, у ту справу, якій віддав життя – в прямому сенсі цього слова.

А поки знову і знову намагався достукатися до тих, хто своїми непрофесійними діями продовжували заганяти військову медицину у глухий кут.

Ми вже вище зупинялися на тих «реформах», що проводила нова команда ДОЗ МО України. До речі, після звільнення М. М. Вовкодава, на посаду Першого заступника директора ДОЗ було призначено полковника медичної служби Кухленка О. С. (2004–2005 рр.), а після нього заступником директора був полковник медичної служби Печиборщ В. П. (2005–2007 рр.). Директором ДОЗ до 2006 р. залишався цивільний Юрченко В. Д.

Микола Миколайович розумів, що до цих керівників неможливо достукатись, але знав, що ці люди тимчасові (у прямому і переносно-му значенні слова), тому у своїх статтях звертався до медичної спільноти, розуміючи, що колись прийдуть нові молоді, розумні та сучасні керівники – на них і розраховував.

У 2004 році ніби починає все спочатку (пройшло 10 років з початку реформ), друкує статтю «Концептуальні підходи до визначення ролі і місця воєнної медицини як оборонної складової держави», у якій зупиняється на необхідності організаційно-функціональної перебудови медичної служби, зумовленої підготовкою ЗС України до вступу в НАТО (тоді це ще було можливим). Треба зауважити, що всі вимоги до вступу у цей альянс відповідали тій концепції перебудови військово-медичної служби, що були прийняті ще 10 років тому.

Реагуючи на бездумне скорочення чисельності військово-медичної служби, яке запланував ДОЗ, автор, передбачаючи можливий військовий конфлікт на території України, повертається до питання необхідної чисельності служби. Виходячи з досвіду більшості країн світу, звертає увагу, що максимальна чисельність, яка необхідна для медичного забезпечення у мирний час не перевищує 9–10% чисельності збройних сил. Разом з тим, слід врахувати, що чисельність і структура служби має забезпечувати кар'єрне зростання офіцерів медичної служби, критичних для військово-медичної служби спеціальностей. Тому лікарі військової ланки не можуть перевищувати 20% загальної її чисельності. 80% посад – критичні спеціальності за межами військової ланки.

Основний потенціал медичної служби має бути розрахований на медичне забезпечення найменше прогнозованих санітарних втрат (збройні конфлікти, локальні конфлікти та масштабні екологічні ка-

тастрофи), тобто мають ґрунтуватися на певних припущеннях здорового глузду (від себе додам – а не на якихось віртуальних шалених санітарних втратах з підручників радянських «отців» ОТМС). Вважав, що величину можливих санітарних втрат ЗС України при їх засто-суванні, яка є визначальним чинником потенціальної чисельності військово-медичної служби в сучасних геополітичних умовах, ви-значити неможливо. Спроби об'єктивного обґрунтування можливих санітарних втрат військ у таких умовах є лише теоретичними вправа-ми. То що ж, нічого не потрібно прогнозувати, запитають ОТМС-ни-ки, кепкуючи з автора статті? Але звернемо увагу читача на пропози-цію М. М. Вовкодава, яку він виклав вище – «ґрунтуватися на певних припущеннях здорового глузду», якщо він у керівників військовою медициною (голови яких були набиті радянськими штампами щодо можливих санітарних втрат) був у наявності. Здоровий глузд мав вра-хувати багато факторів, що будуть впливати на величину санітарних втрат, а саме основне – мати підготовлену до можливих загроз вій-ськово-медичну службу. Схоже, що його, цього здорового глузду, не було у керівників ДООЗ того часу, ні у їх послідовників, адже до росій-сько-української війни, що розпочалася у 2014 р., військова медици-на підійшла у катастрофічному стані. Це стосувалося як чисельності служби, так і її матеріально-технічного забезпечення. Думаємо, що розповідати про це не має необхідності, вже багато писалося і гово-рилося на цю тему.

У статті М. М. Вовкодав підкреслював, що на сьогодні, поки що, є шанс зберегти потенціал військової медицини, оптимізувавши структуру і чисельність військово-медичної служби. Скорочення її чисельності нижче критичного рівня призведе до втрати системності у військовій медицині. Далі автор зупиняється на тих необхідних за-ходах, що, на його думку, дозволять зберегти потенціал служби.

Враховуючи ситуацію, що складеться після значного скорочення чисельності ЗС України, необхідно визначити кількість військових госпіталів і персоналу в межах очікуваних бюджетних коштів. Про-порційне скорочення госпіталів – не найкращий вихід. Важливо залишити госпіталі, що мають все необхідне, аби якісна медична допомога залишалася доступною. Ті госпіталі, де немає таких мож-

ливостей, пропонував перетворити у поліклініки як філії базових госпіталів.

Первинна медична допомога в мирний час повинна надаватись у гарнізонних медичних пунктах (філії госпіталів), де військові лікарі, маючи достатнє професійне навантаження, отримуватимуть необхідну кваліфікацію і будуть готові виконувати завдання в екстремальних умовах.

У територіальних військово-медичних об'єднаннях мають бути зосереджені всі управлінські функції, які дозволять виконати двоєдине завдання: мобілізаційні потреби служби і гарантований обсяг допомоги військовослужбовцям і військовим пенсіонерам. У військових госпіталях планувалося мати спеціальні відділення невідкладної допомоги нового зразка з можливостями прийому значної кількості потерпілих від різних можливих уражень.

Питання чисельності військово-медичної служби і надання медичної допомоги в умовах скорочення ЗС України та недостатнього бюджетного фінансування М. М. Вовкодав піднімав також у статті «Змінюються умови, але не завдання для військової медицини, яка нині також реформується», надрукованій в газеті «Народна армія». У доступній формі доводив до широкого загалу, які необхідно зробити зміни у військовій медицині, аби вона повністю виконувала покладені на неї завдання (перехід від видового медичного забезпечення до територіальної системи медичної допомоги, фінансувати медичну допомогу, а не заклади тощо). Доводить, чому створений ДОЗ МО України, не може ефективно управляти військовою медициною. Його робота обмежується лише тим, що він дозволяє чи не дозволяє підлеглим закладам вирішувати обмежене коло управлінських завдань, не створюючи системних умов для реформування. Тобто зводиться до допоміжних процедур формального характеру: узгодження, візування, оформлення та ретрансляція підлеглим організаціям рішень щодо скорочення персоналу. Аби його думка була зрозумілою, наводить такі порівняння:

ДОЗ декларує: «Реформується медичне забезпечення ЗС України». А в житті це означає, що скорочуються посади персоналу, але не змінюються принципи управління, фінансування та діяльності закладів.

ДОЗ декларує: «Військово-медичні частини підпорядковуються ДОЗ МОУ України». У дійсності це означає, що порушується ст. 3.8 Закону України «Про Збройні Сили України». Військові частини не можуть безпосередньо підпорядковуватися МО України. Медичне забезпечення є одним з видів забезпечення ЗС України. У цьому є прояв нерозуміння ролі економічних і організаційних механізмів управління у військово-медичній сфері.

ДОЗ декларує: «Сплановано реформування військово-медичної служби». Але при видовому підході до медичного забезпечення, при невідомих параметрах повної моделі ЗС і військово-медичної служби, зокрема, планування змін більше, ніж на рік наперед, не може бути реальним. Це є неадекватне усвідомлення проблем організації медичної допомоги в умовах ресурсних обмежень та підпорядкуванням організаційних процесів не інтересам справи, а інтересам управлінців.

А тих самих управлінців протягом багатьох років військово-медична служба так і не підготувала. Це було зроблено навмисне, аби, як вважав Микола Миколайович, «не допустити об'єктивний контроль над використанням бюджетних коштів. Було протистояння щодо недопущення в структури управління планово-економічних підрозділів». Важко з цим не погодитись тим, хто знає наше військово-медичне життя-буття. Звідси створювалась і відповідна організаційна структура ГВМУ, потім ДОЗ. Звідси і відкидалася запропонована М. М. Вовкодавом дворівнева структура управління (ДОЗ МО України та ГВМУ ЗС України), яка б забезпечила реальний цивільний контроль над військовою сферою з її специфікою. Військово-медична монополія з одним рівнем управління, що маскується під цивільний контроль у військово-медичній сфері (поставили керівником ДОЗ цивільного), провокує корупційні дії у найбільш чутливій для суспільства соціальній сфері. Тож не дивно, що і сьогодні, через 25 років різних реформ у МО України та у її військово-медичній службі, корупційні питання на порядку денному.

У статті викладені конкретні погляди і рекомендації автора щодо реорганізації військової медицини.

Ще через рік (у 2006 р.) у журналі «Військо України» М. М. Вовкодав друкує статтю «Військова медицина: п'ять перепон на шляху до

одужання». Як і попередні дві статті, дана теж є, у певному сенсі, узагальнюючою. Адже все вже було багато раз сказано, мета її – достукатись до керівництва МО України, донести до рядових споживачів медичних послуг, що необхідно зробити, аби вони могли отримувати нормальну медичну допомогу.

М. М. Вовкодав вважав, що поступальному розвитку військової медицини перешкоджають такі проблеми:

- **Проблеми економічного характеру.** У розпорядженні начальників госпіталів знаходилося не більше 15% бюджетних коштів. Решта фінансування медичної служби здійснювалася поза її системою управління – опосередковано, через забезпечувальні служби та види ЗС України. Такого фінансування медичної допомоги нема ніде у світі, крім країн СНД. Фактично, військово-медичні спеціалісти відсторонені від бюджетного процесу й розробки цільових медичних програм. Існування дублюючих одна одну медичних структур призводить до фрагментації системи медичної допомоги, дезінтеграції її організаційної, медичної й фінансової діяльності та через розпорошення медичних ресурсів – до штучного дефіциту ресурсів. Утримання такої системи надто дороге, а результативність її вкрай низька: люди працюють без достатнього професійного навантаження, необхідної кількості засобів діагностики та лікування і не набувають професійного досвіду.
- **Організаційно-правові проблеми.** У ГШ ЗС України відсутній орган управління медичним забезпеченням, як один з важливих видів забезпечення військ. Рішення про виведення з підпорядкування начальника ГШ – Головнокомандувача ЗС України військово-медичних ресурсів є небезпечним для подальшої долі військово-медичної служби, оскільки суперечить її призначенню.
- **Функціональна група проблем.** На відміну від ЗС України, які останнім часом прогресують у розвитку, у військовій медицині спостерігаються ознаки змін регресивного спрямування. Так, наприклад, лікувально-діагностична робота здійснюється недостатньо інтенсивно, що гальмує можливості мобілізаційної підготовки військово-медичного персоналу: середня тривалість лікування хворого втричі перевищує цей показник у країнах НАТО.

- **Інформаційно-аналітичні проблеми.** Заклади охорони здоров'я ЗС України і медичні підрозділи військових частин видів ЗС функціонують замкненим колом, у нерівних економічних умовах, виходячи з корпоративних інтересів (залежно від можливостей кожного виду ЗС), які часто суперечать структурі загальних потреб медичного забезпечення. За такої організації медичної допомоги зосередити в одних руках статистичну, аналітичну та контрольну інформацію, яка сьогодні розділена між різними сегментами служби, неможливо.
- **Соціально-психологічні проблеми.** Головна проблема реформування військової медицини полягає у тому, що необхідні радикальні системні перетворення не знаходять підтримки у керівництва Міністерства оборони.

У цьому М. М. Вовкодав впевнився, коли направляв свої пропозиції заступникам Міністра оборони, а пізніше – Міністру А. С. Гриценку. Насамперед, це виявлялося у відсутності цілеспрямованої політики у медичній сфері. Далі Микола Миколайович повторює, що необхідно зробити, аби розпочати реформування військової медицини.

7.1.

ЛИСТИ ВІЙСЬКОВОГО ПЕНСІОНЕРА М. М. ВОВКОДАВА ДО МІНІСТРА ОБОРОНИ УКРАЇНИ А. С. ГРИЦЕНКА

У сімейному архіві М. М. Вовкодава зберігаються 4 листи до Міністра оборони України А. С. Гриценка, написані протягом січня–березня 2006 року, уже після звільнення з армії. Нам не відомо, чи дійшли ці листи до адресата і чи отримана на них відповідь. Зі слів дружини Людмили Миколаївни, відповіді не отримано.

У першому листі Микола Миколайович писав, що «багаторазові мої пропозиції в минулому, як ВО Начальника ГВМУ МО України до колишнього керівництва МО України та публікації в «Народній армії», останні два роки ігнорувалися».

Далі він описує ситуацію, що склалася в армії і у військовій медицині, зокрема, відносно стану здоров'я військовослужбовців та стану військових госпіталів. Вже не перший раз він звертав увагу керівни-

цтва МО України на те, що щоденна відсутність на службі 2% військовослужбовців через захворювання асоціюється з умовами воєнного часу. Якість медичної допомоги військовослужбовцям і ветеранам знаходиться на вкрай низькому рівні, з багатьма дефектами у наданні допомоги, у тому числі зі смертельними наслідками, хоча навіть при існуючому рівні фінансування вона могла бути кращою. Тривалість лікування хворих у військових госпіталах перевищує у декілька разів аналогічні показники ЗС країн НАТО. У реальності багато медичних послуг частково стали платними.

Стан медичного обладнання військових госпіталів наближається до критичного. Апаратура й обладнання морально та фізично застаріли, 97% експлуатується понад 15 років (12% – більше 25 років). Концепція і Програма реформування системи медичного забезпечення ЗС України на період 2006–2011 рр. жодних конкретних дій щодо зміни ситуації на краще не передбачає. Що можна чекати від Концепції реформування системи медичного забезпечення ЗС України на період 2006–2011 рр., у якій метою реформування є (цитуює Міністра): «досягнення адекватності військово-медичної доктрини, системи надання медичної допомоги, лікування і профілактики, організаційно-функціональної структури медичної служби, рівня здоров'я військовослужбовцям імперативам і логіці розвитку військ (сил) у військовому, політичному, соціальному та економічному (технічному) вимірах». Зміст цієї фрази, пише Микола Миколайович, розкриває справжній управлінський потенціал ДОЗ МО України і не може надихати персонал. Абракадабра якась – це я від себе.

Далі знову і знову порушує питання щодо чисельності військової медицини, яка у згаданій Концепції і Програмі зведена до неробочого мінімуму. Крім того, відволікає обмежені кошти від якісного лікування пацієнтів, діяльність відверто збиткового характеру, «Центр здоров'я» (абсолютно пуста і не потрібна структура, що скоро була ліквідована – автор), який створений одночасно зі скороченням госпіталів. Руйнуючи мету свого призначення, невиправдано витрачає обмежені бюджетні кошти УВМА. Дивною вбачається довготривала дискусія щодо збереження УВМА, загальним штатом майже 800 осіб, при запланованій чисельності військово-медичної

служби 5600 посад і дворазовому скороченні ГВКГ (до 850 штатних посад). Усі проблеми з підготовки медичних кадрів для ЗС України з вищою якістю та з незрівнянно меншими затратами можуть вирішуватись за межами військово-медичної служби. Ця альтернатива була без об'єктивного аналізу і оцінки ситуації відкинута, проте не виправдала себе у перспективі, коли почалася гібридна війна з Російською Федерацією.

Від себе додам, що Микола Миколайович ніколи не був проти власної системи підготовки медичних кадрів, адже сам стояв біля її витоків, формував кафедру військової терапії, підбирав кадри викладачів, формував нові напрямки підготовки фахівців, зокрема, лікарів загальної практики тощо.

Але ця система мала бути економічно вигідною, а не гіпертрофованою, з ретельним плануванням і розподілом випускників, створенням належних умов служби для військового лікаря, щоб не готувати кадри на вітер (значна частина випускників УВМА звільнялася з армії). Взагалі, як на мене, він був більше прихильником існування Військово-медичного відділення при Національному медичному університеті, ніж «кастрованої» (без своєї клінічної бази з необхідним оснащенням) Військово-медичної академії. Як влучно висловився визначний фахівець військово-медичної освіти в Україні професор Б. А. Клішевич, коментуючи створення організаційної структури навчально-наукового і лікувального закладу з наданням йому статусу рівня Академії перетворило її «в знатного аристократа в лохмотьях»^{*}.

У листі Микола Миколайович повідомляв, що у керівництва ДОЗ немає відповіді на питання, що і як потрібно змінити в організації медичного забезпечення ЗС України, аби навіть при наявних медичних ресурсах можна було виконати необхідний обсяг медичної допомоги та підготувати військово-медичний персонал до виконання завдань за мобілізаційним призначенням. Це стало би можливим за зміни фінансування медичної служби, адже здійснювалося подвійне фінансування одних і тих самих пацієнтів – на відомчому і територіальних рівнях. Це не значить, що пацієнт отримував коштів у два

^{*} Клішевич Б. А. Путь профессионального становления. Киев, 2015. С. 249.

рази більше, навпаки, кошти «розбазарювалися» (фінансувалися розпорошені та не завантажені, відокремлені від госпіталів медичні пункти, медичні роти і лазарети), виникав ще більший бюджетний дефіцит. Фінансувалася через забезпечувальні служби не медична допомога, а існування медичних закладів (персонал, стіни і ліжка). У прямому і повному розпорядженні начальників госпіталів знаходилось не більше 15% бюджетних коштів. Решта фінансування медичної служби здійснювалася поза системою її управління – опосередковано, через забезпечувальні служби та види ЗС України. Така система фінансування закладів охорони здоров'я відповідає класичній формулі корупції: «монопольний розподіл ресурсів мінус відповідальність за їх ефективне використання». Вона задовольняє всіх, окрім пацієнтів. Подібного фінансування медичної допомоги, у мирний час, нема ніде у світі, окрім країн СНГ.

Як і в попередніх своїх листах до керівників Міністерства оборони України, М. М. Вовкодав звертався за допомогою щодо вирішення основного питання в управлінні медичною службою – створення дворівневої системи управління: «На моє глибоке переконання, початковим завданням реорганізації військової медицини є створення організаційної структури управління медичною сферою, яка змогла б професійно та об'єктивно контролювати прогресивність змін та відповідальність діяльності служби витратам бюджетних коштів. Велика за обсягом і значна за наслідками управлінська діяльність має бути розподілена між ДООЗ МО України, який має стати центром реорганізації і розвитку військової медицини, та ГВМУ ГШ ЗС України, який виконуватиме його класичні функції».

Пропонує сформувати територіальну систему медичного забезпечення за схемою: ДООЗ МОУ – ГВМУ ГШ ЗСУ – військово-медичні центри (Київський, Львівський, Одеський, Вінницький, Кримський) – гарнізонні військові госпіталі – лікарські територіальні дільниці при військових частинах, поліклініках госпіталів та військово-медичних центрах. Військові з'єднання, частини, заклади і установи, незалежно від підпорядкування, потрібно прикріпити для медичного забезпечення до лікувального закладу, в межах відповідальності якого вони дислокуються. На цей заклад покладаються функції не

тільки лікування, але і функції органу управління медичним забезпеченням території, на якій дислокуються війська. Приводить приклад з країнами НАТО, де більшість медичного персоналу підпорядкована безпосередньо медичним керівникам і вони відповідають за медичне забезпечення повсякденної діяльності військ й ефективно використання медичних ресурсів.

Чому необхідна територіальна система медичної допомоги? Відповідаючи на це запитання, Микола Миколайович говорить про те, що сьогодні (як і в радянські часи) організація військово-медичної служби не пов'язана з медичною доцільністю і мобілізаційними потребами ЗС України. На мирний час збережена модель діючої армії, через що служба жорстко обмежена у своєму розвитку. Її діяльність регламентована правилами пристосування до воєнного часу. Буквальне повторення медичними структурами організаційної структури військ (сил) призводить до штучного дефіциту бюджетного фінансування через розпорошення медичних ресурсів (що є абсолютно необхідним для воєнного часу). Чим більше у складі ЗС України відокремлених від госпіталів медичних пунктів, лазаретів і медичних рот, тим більше медичного персоналу потрібно на 1000 осіб, що забезпечуються. При збільшенні витрат на утримання більшої кількості лікарів та іншого персоналу руйнується мета їх утримання – вони працюють без достатньої кількості засобів діагностики і лікування та не набувають професійного досвіду і, основне – досвіду управління обсягами медичної допомоги і ресурсами, що є основою мобілізаційної підготовки військово-медичного персоналу. Утримання такої системи занадто дорого коштує, а результативність її низька.

Ще одне важливе питання, що піднімалося у листі – призначення на керівні посади підготовлених фахівців. Зокрема М. М. Вовкодав писав: «Наявність стійких та затяжних невдач в управлінні військовою медициною, становлення культури самозадоволення у керівників, відповідальних за медичну сферу, диктують необхідність призначення на керівні посади нових спеціалістів. Так не буває, щоб хто-небудь просто взяв і почав реалізувати чийсь ідеї. Важливим критерієм для відбору кандидатів мають бути публічно відстояні, власні ідеї щодо реалізації ключових стратегій служби. Очевидно, що по-

трібний керівник проекту реорганізації служби, з великими повноваженнями, який би взяв на себе повну відповідальність за прогресивність змін та реальність термінів реалізації проекту».

Чи знайшовся такий фахівець? Історія доводить – не знайшовся. Військова медицина і до сьогодні не реформована.*

М. М. Вовкодав виступав не тільки як теоретик реорганізації, в іншому листі А. С. Гриценку він пропонує навіть «взяти на себе ініціативу та відповідальність і сформулювати системні вимоги до організації військово-медичної служби ЗС України, основні напрямки прогресивної реорганізації системи медичної допомоги та принципову схему організації військової медицини».

Думаємо, що інформація про стан справ у військовій медицині для А. С. Гриценка була добре відома. Він часто бував у військових госпіталях, постійно відвідував навчання, які проводилися військово-медичною службою, радився з питань медицини, проводив наради з медичним керівництвом, питання медичного забезпечення розглядалися на розширеній колегії МО України. Тож не дивно, що за свою каденцію (2005–2007 рр.) він розігнав керівників ДОЗ, які були явним гальмом прогресивних змін у військовій медицині.

7.2. СТВОРЕННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КЛІНІЧНИХ ЦЕНТРІВ РЕГІОНІВ

Перебуваючи на пенсії М. М. Вовкодав, як ми бачимо, активно цікавився і долучався до вирішення актуальних питань військової медицини. Одне з таких питань – створення військово-медичних клінічних центрів (ВМКЦ) регіонів. Історія цього питання така. Ми вже говорили, що Микола Миколайович був ініціатором створення Київського і Вінницького військово-медичних центрів і активно займався формуванням інших територіальних центрів.

Протягом 2003–2005 рр. ЗС України перейшли з чотиривидової структури на тривидову: Сухопутні війська, Повітряні та Військо-

* Савицький В. Л., Стриженко В. І., Булах О. Ю. Погляди Паська В. В. на реформування системи медичного забезпечення Збройних сил України. *Військова медицина України*. 2018. Т. 18, №3. С. 105.

во-морські сили. У Сухопутних військах було ліквідовано оперативні командування, завершено перехід військ на бригадно-батальйонну структуру, формування Об'єднаних сил швидкого реагування.

21 січня 2005 р. було видано наказ МО України №51 «Про проведення організаційних заходів щодо прийняття Департаментом охорони здоров'я МО України закладів охорони здоров'я зі складу Сухопутних військ Збройних Сил України», згідно з яким біля 100 медичних частин і закладів ДОЗ мав прийняти у безпосереднє своє управління. На цей час медична служба оперативних командувань (ОК) перебувала на стадії розформування. Постало питання, як впоратись одному органу управління з такою великою кількістю закладів і частин. Згідно з концепцією територіальної системи медичної допомоги був гарний шанс швидко створити територіальні (регіональні) військово-медичні центри і надати їм права медичного управління у своїх регіонах. Проте ДОЗ разом з колишніми управліннями з медичної служби ОК, при підтримці заступника Міністра оборони України В. В. Паська, не бажаючи втрачати функції впливу на госпіталі, що раніше були у їх підпорядкуванні, на місцях створили два регіональних медичних управління (РМУ) – Західне і Південне, замість ліквідованих медичних служб ОК (Північне ОК було ліквідовано ще раніше). Свої колишні військові посади вони перетворили на цивільні, не бажаючи покидати насиджені місця. Більше того, вирішили командувати тільки лікувальними закладами (госпіталями, поліклініками), а військову медицину віддати під управління військових госпіталів, користуючись чинним наказом МО України «Про затвердження Положення про військові госпіталі ЗС України та Переліку територіальних зон відповідальності військових госпіталів за надання кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України» №420 від 30.10.2000 р.

Така схема медичного управління була закладена у Державну програму розвитку ЗС України на 2006–2011 рр.*

Не погоджуючись з такою системою управління, ми на зборах керівного складу медичної служби ЗС України у 2005 р. виступили

* Біла книга України, 2005. Оборонна політика України / МО України, Генеральний штаб Збройних Сил України. Київ, 2006. С. 81.

з доповіддю щодо необхідності реорганізації управління військово-медичною службою, поклавши в основу медичного забезпечення військ створення військово-медичних центрів, які б узяли на себе функцію органу управління у регіонах. Проте наші пропозиції не були прийняті.

15.03.2006 р. ми отримали для узгодження проєкт наказу Міністра оборони України «Про затвердження Положення про Регіональні медичні управління Міністерства оборони України». Документ було адресовано нам (начальнику ГВКГ) безпосередньо Міністром оборони України А. С. Гриценком.

Ознайомившись з цим документом, ми його не погодили, відзначивши, що «введення в дію цього рудиментарного органу «регіональне медичне управління» (РМУ) призведе ще до подальшого розвалу військової медицини, який іде вже повним ходом. Де логіка: якщо із завданнями з управління військовою медициною на місцях не змогли впоратися більш потужні і кваліфіковані органи управління (медична служба військового округу, медична служба оперативних командувань), то чи зможе виправити положення РМУ із 5–6 фахівців, як правило, пенсійного віку?... Цей орган взагалі не потрібен армії, це лишня трата коштів на його утримання. Частина завдань, що викладені у цьому документі і дійсно потрібних для вирішення, могла бути покладена на начальника Центрального військового госпіталю регіону, на базі якого створити потужний регіональний військово-медичний центр. Створивши 5–6 таких військово-медичних центрів, можна було б зосередити в них надання медичної допомоги та керівництво лікувально-профілактичною роботою у регіоні.

Директор ДОЗ В. Д. Юрченко був не згоден з нашими запереченнями і звернувся до Міністра оборони зі своїми обґрунтуваннями щодо необхідності РМУ, заступник Міністра оборони В. В. Пасько його підтримав. Міністр оборони, ознайомившись з усіма точками зору, призначив нараду за участю ДОЗ, ГВКГ, начальників центральних військових госпіталів, головних медичних фахівців МО України, яка відбулася 31 березня 2006 р. Після доповіді директора ДОЗ, який говорив про необхідність створення РМУ, якого підтримав заступник Міністра В. В. Пасько, далі слово було надано нам. Ми наполягали на

своїй точці зору щодо недоцільності створення РМУ і наголосили на необхідності створення принципово нової системи надання медичної допомоги і нової системи управління медичною службою. Наші пропозиції полягали у наступному:

- надання медичної допомоги в регіонах покласти на військово-медичні центри, які необхідно створити на базі великих військових госпіталів (Київ, Львів, Одеса, Вінниця, Харків). До складу цих центрів мали увійти всі військово-медичні частини і заклади регіону;
- військово-медичні центри мали не тільки організовувати надання медичної допомоги в регіоні, але одночасно мали бути органами управління для військової медицини у зоні їх відповідальності, маючи у своєму розпорядженні фінансові та інші засоби для здійснення медичної діяльності підлеглих медичних частин і закладів;
- вивести військових лікарів (у мирний час) з підпорядкування командирів частин і включити їх до штатів військових госпіталів, створивши в них для цього відповідні підрозділи (відділи, відділення), тим самим сформувавши чітку військово-медичну вертикаль – від лікаря частини до директора ДОЗ.

Нашу точку зору підтримав начальник Вінницького військово-медичного центру генерал-майор медичної служби П. С. Мельник. Міністром оборони за результатами наради була надана низка розпоряджень щодо підготовки наказів про вдосконалення медичного забезпечення. 28 квітня 2006 р. був виданий наказ Міністра оборони України №236 «Про проведення експерименту в військових частинах і установах Київського та Вінницького гарнізонів щодо підвищення ефективності використання медичних кадрів», 01 червня 2006 р. – наказ Міністра оборони України №306 «Про затвердження положення про головного медичного фахівця МО України».

Через місяць директора департаменту В. Д. Юрченка було звільнено з посади, замість нього директором ДОЗ МО України у червні 2006 р. призначено професійного військового лікаря, начальника Вінницького військово-медичного центру П. С. Мельника, який вже продовжив готувати і реалізовувати інші важливі документи,

накази Міністра оборони, зокрема «Про затвердження Тимчасового положення про військово-медичні центри ЗС України» №622 від 27.10.2006 р., «Про затвердження Програми розвитку системи медичного забезпечення ЗС України на 2006–2011 роки» №678 від 24.11.2006 р., «Про затвердження Положення про організацію та здійснення медичного забезпечення ЗС України за територіальним принципом» №235 від 10.05.2007 р. та інші.

У результаті центральні клінічні військові госпіталі оперативних командувань були переформовані у військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) регіонів (Головного – Київ, Західного – Львів, Південного – Одеса, Центрального – Вінниця, Північного – Харків, Кримського – Сімферополь) з визначенням для них зон відповідальності. РМУ, що раніше були створені, у червні 2007 р. розформували і ввели до штатів ВМКЦ як окремий підрозділ оперативно-медичного управління з функціями органу управління медичним забезпеченням визначеної території.

Хотілося б також відзначити інші важливі нововведення, які були здійснені ДООЗ під керівництвом П. С. Мельника, а саме: створення при ВМКЦ регіонів п'яти військових мобільних госпіталів, створення при ВМКЦ евакотранспортних відділень (по 10 спеціальних автомобілів), створення авіаційно-транспортного підрозділу санітарної авіації, переформування військових санаторіїв у центри медичної реабілітації з профільними спеціалізованими відділеннями тощо.

Слід зазначити, ми дізналися, готуючи свій нарис, що для прийняття рішення Міністр оборони А. С. Гриценко звернувся також до М. М. Вовкодава з проханням надати свій експертний висновок щодо доцільності створення РМУ. Його точка зору викладена в листі Міністру від 30 березня 2006 р. (напередодні наради у Міністра), копію якого нам передала дружина М. М. Вовкодава Людмила Миколаївна.

У своєму листі Микола Миколайович навів такі аргументи проти проекту Положення:

- погіршення ефективності управління медичним забезпеченням ЗС України через недосконалу його організацію й необхідністю

переходу до виконання більш складних завдань (мав на увазі формування військово-медичної служби як окремого виду забезпечення ЗС України зі своєю системою фінансування та управлінською вертикаллю);

- відсутність нагальної необхідності створення додаткових проміжних інстанцій в системі управління;
- необхідність утримання РМУ за рахунок обмежених військово-медичних ресурсів;
- прогнозоване збільшення зайвої роботи у підпорядкованих закладах охорони здоров'я, яку створюють «управлінською» діяльністю проміжні структури.

Пропонував створити регіональні військово-медичні центри – заклади охорони здоров'я ЗС, які надають спеціалізовану медичну допомогу та виконують функції оперативного і організаційно-методичного управління закладами охорони здоров'я ЗС регіону. Начальник ВМЦ є одночасно начальником медичної служби регіону. Безпосереднє керівництво медичним забезпеченням регіону покладається на заступника начальника медичної служби регіону, який здійснює свої функції через організаційний відділ та відділення медичного забезпечення військ.

Організаційний відділ здійснює оперативне та організаційно-методичне керівництво всіма закладами охорони здоров'я.

Відділення медичного забезпечення військ з кабінетом статистики, диспетчерською і аптекою має у своєму штаті лікарів загальної практики, середній та молодший персонал, які виконують традиційні завдання лікарів військових частин і надають медичну допомогу в районі дислокації військ.

До листа М. М. Вовкодав розробив порівняльну таблицю двох органів управління – РМУ і ВМЦ з виконанням ними основних завдань і функцій.

У якості висновку М. М. Вовкодав зазначав: «Таким чином, проект Регіональних медичних управлінь, який поданий на затвердження Міністру оборони, є необґрунтованим. Необхідних і достатніх аргументів на користь запропонованої організаційної структури управління нема».

Такою є коротка історія створення ВМКЦ – одного з невеликого переліку досягнень військово-медичної служби за роки незалежності України. Не помилюся, якщо скажу, що визначальна роль у їх створенні, як теоретично, так і практично, належить М. М. Вовкодаву.

ВМКЦ відігравали важливу роль протягом свого існування, завдячуючи їх діяльності, у роки стагнації військової медицини з обмеженим фінансуванням і фактично не працюючою військовою медициною, вони перебрали на себе основні завдання не тільки з надання спеціалізованої та кваліфікованої медичної допомоги, але й організацію медичної допомоги у військових частинах (постачання медикаментів, щеплення, безпосередній прийом хворих тощо). Коли розпочалася російсько-українська війна, ВМКЦ стали не тільки сучасними закладами надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, але і основними осередками формування передових ешелонів медичної допомоги безпосередньо у зоні бойових дій. Мобільні військові госпіталі, що були передбачливо сформовані ще у мирні часи, взяли на себе функції передового етапу надання медичної допомоги та евакуації поранених.

ГЛАВА 8

ХВОРОБА.

ОСТАННІ МІСЯЦІ ЖИТТЯ

Ніщо не вказувало на те, що Микола Миколайович може важко захворіти, адже він ніколи не хворів на якісь важкі захворювання, не мав хронічних захворювань, як лікар уважно ставився до свого здоров'я, вів здоровий спосіб життя. Можливо, враховуючи службову загрузку, негаразди на службі, заробив так званий лікарський «синдром вигорання». Але це тільки припущення.

Перші симптоми хвороби виявилися на початку 2003 р., коли почався сухий кашель, задишка при незначному фізичному навантаженні. У 2004 р. з цими симптомами його було госпіталізовано до пульмонологічного відділення, де було діагностовано бронхіальну астму персистуючого перебігу, легкого ступеня. Призначений вентолін лише на деякий час знімав симптоми.

У травні 2005 р. симптоми захворювання наростали, задишка і приступи сухого кашлю, рефрактерного до протикашльових засобів, стали постійними, різко знизилися показники функції зовнішнього дихання, підвищилася температура тіла до 39°C. При рентгенологічному обстеженні у базальних відділах легень стали виявлятися дрібновогнищеві зміни. Тоді було діагностовано ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт і призначено лікування глюкокортикоїдами. Крім ускладнень гормональної терапії, нічого більшого не вдавалося отримати. Захворювання швидко прогресувало, доводилось часто госпіталізуватися. Миколу Миколайовича консультували провідні пульмонологи України. Через виражену дихальну недостатність останні місяці проводилася апаратна постійна оксигенотерапія як у стаціонарі, так і в домашніх умовах. Остання госпіталізація 2 листопада 2008 р., не дивлячись на лікування, 11 листопада 2008 року настала смерть.

Похований Микола Миколайович Вовкодав на Південному кладовищі Києва.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

Закінчуючи свій нарис про життя та діяльність М. М. Вовкодава – одного з кращих синів українського народу, хотілося б привести слова з короткої біографічної довідки, розміщеної перед його книгою «Думки про наболіле»: «Протягом всього життя Микола Миколайович був щирим патріотом держави, переймався проблемами військової медицини. Дбаючи про здоров'я людей, постійно намагався зробити якомога більше, вірив у краще майбутнє рідни, друзів, знайомих і України загалом».

ГЛАВА 9

МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ ВОВКОДАВ ЯК ЛЮДИНА, ОФІЦЕР, ТОВАРИШ

У нашій розповіді ми вже торкалися чисто людських рис Миколи Миколайовича. Але ж М. Вовкодав, думаю, всі, хто його знав, погодяться зі мною, був особистістю.

Не боявся друкувати свої думки, розкривати гострі проблеми медичної служби, якщо це навіть було невигідно для нього особисто. Не дивно, як ми вже говорили про це вище, – доводилося дорого платити за свою професійну і офіцерську позицію.

Цікаво, що, будучи кандидатом медичних наук, автором багатьох наукових праць, друкуватися М. М. Вовкодав почав пізно. Перші дві праці надруковані у 1988 р., всі інші вже після 1991 р., тобто після двадцяти років практичної роботи лікарем-терапевтом. Думаю, що це позиція. Став писати тоді, коли було про що (або наболіло, або думкам було тісно). Погодьтеся, що сьогодні далеко не всі сповідують такий підхід до оприлюднення своїх наукових доробок.

Ще одна цікава позиція науковця М. Вовкодава як терапевта – у нього майже немає праць з клінічної терапії, крім однієї праці, присвяченої вперше виявленій стенокардії, і трьох публікацій щодо гострої променевої хвороби. Якось у розмові ми підняли це питання, цікава була його думка з цього приводу: «У нас так багато різних наукових закладів (інститути, університети, академії, науково-дослідні установи тощо), які випускають гори наукової продукції, проте вона є або замовною і оплаченою зацікавленими фірмами, або повторювала вже відомі закордонні публікації. Тож долучатися до цієї «макулатури» не було сенсу».

І, насамкінець, знову ж таки повертаючись до друкованих праць М. М. Вовкодава, у читача може виникнути питання, чому, займаю-

чи посаду головного терапевта, майже всі його наукові праці (разом з кандидатською дисертацією) присвячені питанням організації медичної допомоги. Частково ми вже відповіли на це питання (не продукував терапевтичну «макулатуру»), але не будемо забувати, що він також обіймав посаду першого заступника начальника ГВМУ – начальника лікувально-профілактичного управління, тож всі його праці були в темі. Крім того, коли формується держава, армія і її військово-медична служба чи відбуваються воєнні дії в державі, питання організації медичної допомоги стають пріоритетними і для фахівців клінічного профілю. Згадаймо Другу світову війну, наукові праці головного терапевта Червоної армії М. С. Вовсі, чи головних терапевтів фронтів, вони значною мірою присвячувалися організаційним питанням.

У М. М. Вовкодава було немало явних і не явних противників його новацій у медичній службі. Багато його не розуміли, а там, де немає розуміння, нерідко виникає незадоволення, спротив і навіть агресивність. Чи були у нього вороги? Можливо і були, тому що не раз в усній і письмовій (у своїх публікаціях) формах він говорив про корупційні дії деяких вищих керівників військово-медичної служби, коли мова йшла про закупівлі медичного майна та призначення на посади. Мені не доводилося чути, що когось він називав ворогами, скоріше відносив їх до своїх опонентів чи просто вважав байдужими до прогресивних змін людьми.

Деякі військові лікарі-організатори, особливо з числа вищого керівництва медичною службою, виховані на досвіді радянської військової медицини, що отримували базову освіту на радянських кафедрах ОТМС, не завжди сприймали його пропозиції щодо необхідних змін. Як це так, що якийсь там терапевт втручається у їх парафію, щось пропонує. На той час у ГВМУ були саме такі керівники (одні організатори), за виключенням головного терапевта і головного хірурга. Тож не дивно, що підтримки у М. М. Вовкодава особливої не було.

Всі, з ким нам довелося розмовляти, відзначали такі людські якості М. Вовкодава, як простота, щирість, доступність, повага до своїх колег. Як головний терапевт, він вибудовував свої стосунки з

підлеглими на основі професійності, поважав ініціативних начальників клінік (відділень), грамотних та працюючих ординаторів, які не рахувалися з особистим часом, аби розібратися з хворим, покращити результати лікування. Великого значення надавав оцінці роботи клініки (відділення) не тільки з точки зору медичних досягнень, але і як «виробничому» підрозділу (оцінював статистичні показники, економічну діяльність тощо).

Спостерігаючи за роботою Миколи Миколайовича у ГВКГ, кидалося у вічі, що заходив у клініку не офіційно, не як якийсь високий посадовець, а як старший товариш, що декілька років тому назад сам був таким же керівником терапевтичного відділення (хоча за радянських часів посада М. М. Вовкодава була тотожною таким чиновникам ГВМУ МО СРСР, як І. В. Синопальников, чи П. О. Вязіцький, або Є. В. Гембіцький), вів майже приватну розмову з начальником клініки та лікарями, формуючи власне враження про роботу, проблеми того чи іншого підрозділу госпіталю. Частіше спілкувався з начальниками, які йому були близькі по душі. Серед терапевтів, з якими спілкувався не дуже охоче, можу відмітити 1–2 осіб з низькими професійними чи людськими якостями.

Не можу судити про діяльність М. М. Вовкодава як головного терапевта МО України поза межами ГВКГ, скажу лише, що у своїй діяльності він повністю довіряв головним терапевтам оперативних командувань і центральних військових клінічних госпіталів. Якщо мені не зраджує пам'ять, проблем у терапевтичній службі оперативних командувань, видах військ у М. М. Вовкодава не було.

Розповім про один випадок кадрового призначення, про який мені нагадав колишній начальник кардіологічного відділення А. П. Славусевич. Це було у 1993 р., тоді проходило засідання атестаційної комісії ГВКГ, розглядалися два кандидати на посаду начальника кардіореєвматологічного відділення – А. П. Славусевича і Л. А. Голіка, обидва молоді офіцери, які недавно тільки закінчили Факультет керівного медичного складу Військово-медичної академії імені С. М. Кірова. Думки комісії розділилися порівну. У цей час у кабінет, де проходило засідання, зайшов М. М. Вовкодав. Дізнавшись про що йшла мова, добре знаючи обох, підтримав кандида-

туру А. П. Славушевича, і не помилився – Анатолій Петрович став досвідченим кардіологом, майже 20 років очолював кардіоревматологічне і кардіологічне відділення, а Льва Антоновича головний терапевт приберіг на майбутнє, у 1996 р. він рекомендував його на заступника начальника тільки що сформованого КВМЦ, і з ним він не помилився.

Якщо вже проводити паралелі з радянською військовою медициною, зазначу, що знаючи особисто головних терапевтів МО СРСР (Є. В. Гембіцький, В. Т. Івашкін) і їх роботу, не можу сказати, що діяльність М. М. Вовкодава була гіршою за результатами, ніж у його радянських колег. Так, він не мав таких наукових регалій (наукових ступенів, наукових звань, наукових шкіл тощо), які мали московські посадовці, проте практичний результат роботи був однаковим.

Працюючи вже над завершенням книги я часто спілкувався із сином Миколи Миколайовича – Андрієм Миколайовичем і дружиною М.М. Вовкодава – Людмилою Миколаївною. Людмила Миколаївна, пропрацювавши лікарем-лаборантом у Київському госпіталі біля 40 років, вже на пенсії, а син Андрій Миколайович працює на посаді старшого викладача на кафедрі військової терапії УВМА.

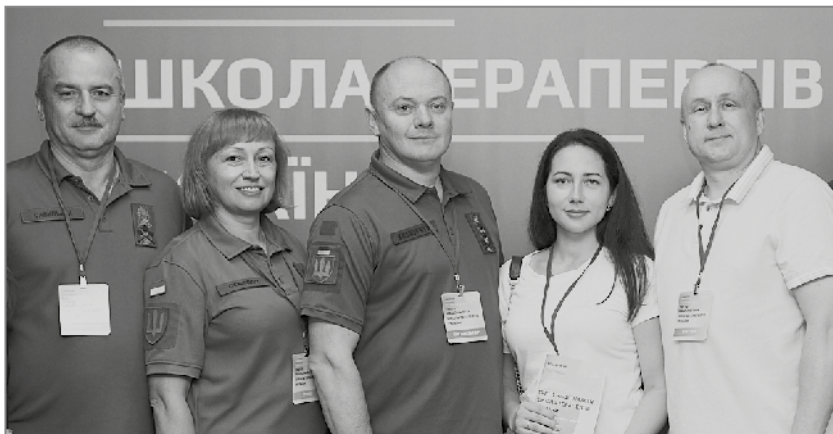
Завершуючи книгу ми уточнювали деякі деталі життя М. М. Вовкодава, підбирали фотографії для ілюстрації книги, за що я дуже вдячний родині Миколи Миколайовича.

Якось на днях мені зателефонувала Людмила Миколаївна і сказала, що переглядаючи сторінки Фейсбуку, натрапила на фотографію, знятої під час проведення Третьої Національної школи терапевтів, що у ці дні (11–13 вересня 2024 р.) проходила в Києві, на якій були дуже знайомі обличчя – Командувача Медичними Силами Збройних Сил України А. П. Казмірчука, начальника Української військово-медичної академії В. Л. Савицького і начальника кафедри військової терапії Української військово-медичної академії Г. В. Осьодло.

Розглядаючи це фото та знайомі обличчя, Людмила Миколаївна поринула думками у минуле, які так асоціювалися і з конференцією, і з досягненнями побачених людей, що самі по собі нахлинули спогади, і вона розповіла мені дві історії, про які з нею у свій час поділився Микола Миколайович.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

Перша історія пов'язана з А. П. Казмірчуком і сталася десь на початку 1990-х років, тоді родина Миколи Миколайовича проживала недалеко від госпіталю – на вулиці Горького (нині вул. Антоновича) поруч з мамою і вітчимом Людмили Миколаївни. Якось вітчим Петро Васильович захворів і Микола Миколайович, будучи зайнятим по службі, попросив командування госпіталю, аби його проконсультував терапевт. Оглядати хворого прибув з машиною швидкої допомоги старший ординатор нефрологічного відділення А. П. Казмірчук. Обстеживши хворого і розібравшись з його проблемами, поговоривши зі своїм пацієнтом, Анатолій Петрович призначив лікування і відбув на службу. Вже після Петро Васильович ділився з Миколою Миколайовичем своїми враженнями про лікаря, який його оглядав. Він був задоволений консультацією, лікар йому сподобався і, як пригадує Людмила Миколаївна, сказав, що це працьовитий лікар, старанний, пробивний і досягне значних висот у своїй кар'єрі. Так і сталося, А. П. Казмірчук потім став начальником нефрологічного відділення, провідним терапевтом ГВКГ, начальником ГВКГ, командувачем медичними Силами ЗСУ; захистив кандидатську, потім докторську дисертацію, отримав звання професора і військове звання генерал-майора медичної служби.



**Зліва направо: В. Л. Савицький, Г. В. Осьодло, А. П. Казмірчук з колегами,
Національна школа терапевтів, 11–13 вересня 2024 р., м. Київ**

Другу історію Людмила Миколаївна розповіла про Галину Василівну Осьодло, яка теж пов'язана з консультацією хворого. Микола Миколайович просив, щоб його пацієнта, якого він дивився як терапевт, оглянув гастроентеролог. Консультувала хворого Г. В. Осьодло, тоді молодий викладач кафедри військової терапії УВМА. Пацієнт в свою чергу поділився з Миколою Миколайовичем своїми враженнями про консультацію, що відбулася. Людмила Миколаївна пригадує, що на адресу консультанта звучали гарні слова похвали, а сам Микола Миколайович сказав Людмилі Миколаївні, що Галина Василівна дуже працьовита молода людина, трудоголік, з неї вийде гарний фахівець, що вона працює на результат, що вона завжди цікавиться хворим і після своєї консультації, контролює лікування, яке призначила і зауважив, що є небагато лікарів, яких він хотів би побачити через деякий час. До них відносилася і Галина Василівна, якій він передбачав гарне майбутнє. Так і сталося, Г. В. Осьодло нині доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою військової терапії УВМА, знаний в Україні фахівець-гастроентеролог.

Не зайвим буде пригадати, що М. М. Вовкодав у 1993–1997 рр. був першим начальником кафедри військової терапії (позаштатним), а Г. В. Осьодло очолила цю ж кафедру вже пізніше у 2013 р. – наступність поколінь.

Як автор книги, від себе додаю, підтверджуючи передбачення М. М. Вовкодава – будучи начальником ГВКГ, коли мені необхідно було отримати консультацію гастроентеролога, я завжди направляв свого пацієнта до Галини Василівни, хоча мав змогу проконсультувати у більш досвідченого начальника гастроентерологічного відділення, чи будь-якого іншого гастроентеролога госпіталю. Теж завжди вірив у чудові професійні можливості тоді ще ад'юнкта, потім викладача кафедри військової терапії Г. В. Осьодло.

Розмовляючи з Людмилою Миколаївною, вона принагідно згадала добрим словом і про третє обличчя на фотографії – начальника Української військово-медичної академії, професора, бригадного генерала медичної служби Валерія Леонідовича Савицького, при цьому послалася на свого сина Андрія, який при влаштуванні на роботу старшим викладачем кафедри військової терапії, мав розмову з на-

чальником академії. Валерій Леонідович сказав, що добре знав М. М. Вовкодава і у нього залишилися найтепліші спогади про нього як про людину і фахівця.

СПОГАДИ ТОВАРИШІВ ПО СЛУЖБІ

Звичайно, що ми не могли опитати всіх, хто особисто знав М. М. Вовкодава, чи з ним служив. Знаючи приблизно коло його найближчого спілкування, звернулися до цих людей. З відомої причини ми не зверталися до посадовців, які не могли б дати об'єктивний відгук в силу певного особистого ставлення до Миколи Миколайовича, тому не будемо навіть згадувати про них. Ще одна особливість нашого опитування, це якщо можна так висловитися, було опитування «ex tempore» у телефонному режимі, тим, на наш погляд, воно є цінним і об'єктивним.

Хижняк М. І. – професор кафедри військово-профілактичної медицини УВМА, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України.

Микола Іванович Хижняк багато років плідно працював з М. М. Вовкодавом, був його науковим керівником кандидатської дисертації, співавтором низки наукових праць.

«М. М. Вовкодаву як одному з керівників ГВМУ і непересічній особистості була притаманна активна життєва позиція, глибинні та багаторічні фахові знання, ерудиція та неоціненні людські якості – доброзичливість, коректність, відкритість дозволили йому досягти певних успіхів не тільки у практичній діяльності лікаря-організатора, але і в науковій діяльності.

М. М. Вовкодав у дисертаційній праці «Наукове обґрунтування основних напрямків реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних



**Хижняк
Микола Іванович**

Сил України» (1999 р.) вперше в незалежній Україні показав рівні захворюваності військовослужбовців різних категорій (солдати, офіцери) видів і родів Збройних Сил України. При цьому показники захворюваності військовослужбовців вперше в ЗСУ і колишнього СРСР вивчалися за даними звернень до військово-медичних закладів і медичних оглядів та порівнювалися з даними статистичних звітів (форма з мед). Таким чином були сформовані об'єктивні рівні захворюваності військовослужбовців ЗС не тільки окремих видів і родів військ, але і в розрізі оперативних командувань.

Микола Миколайович на основі великого масиву наукових літературних даних і свого особистого досвіду вперше сформулював концепцію основних напрямків реформи військової охорони здоров'я (співавтори – В. Я. Білий, Ю. М. Скалецький, М. І. Хижняк).

М. М. Вовкодав активно підтримував ініціативу кафедри військово-профілактичної медицини (начальник кафедри В. В. Нарожнов) щодо підготовки перших збірників наукових праць УВМА у 1995–1998 рр. і вирішив питання щодо їх фінансування.

Кудренко М. В. – заступник директора з організаційно-методичної та адміністративної роботи державної наукової установи «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», полковник медичної служби у відставці.

Служба Миколи Васильовича Кудренка проходила в ГВМУ поруч з М. М. Вовкодавом, на посаді старшого офіцера лікувально-профілактичного відділу.

«Про Миколу Миколайовича можу сказати тільки гарні слова. Фактично, будучи його підлеглим, хочу відзначити шанобливе ставлення до мене, хоча і за посадою і проходженням служби у нас були певні, значні відмінності. Весь час відчувалося, що мій шеф – лікар з великої букви, спокійний, виважений, інтелігентний, толерантний, ніколи не чув від нього поганого слова.



Кудренко
Микола Васильович

Микола Миколайович постійно був чимось зайнятий, не було такого, щоб він займався пустою «балаканиною», або ходив по Управлінню без діла. Він постійно над чимось працював, любив працювати, взагалі постійно був налаштований на роботу, спрямовану на розбудову (створення) сучасної системи медичного забезпечення Збройних Сил.

Багато писав – статей, доповідей, методичних рекомендацій. Опрацьовував службові документи державного значення. Після закінчення чергової праці давав мені прочитати напрацьовані матеріали. Цікавився моєю думкою (баченням) щодо викладених проблемних питань та шляхів їх вирішення, хотів почути відповідні поради. Зараз можу сказати – те, що робив, напрацьовував і відстоював Микола Миколайович, особливо його думки, були настільки далекоглядними і прогресивними, що, на жаль, на той час, вони не могли бути повною мірою адаптованими і реалізованими, оскільки були неосяжними та до кінця зрозумілими в певній мірі колегам, які виховані зовсім в іншому дусі.

Не можу сказати, що Микола Миколайович був «кабінетним працівником». Він любив виїжджати на різні навчання, які проводилися у Збройних Силах, як на стратегічному, так і оперативно-тактичному рівнях. Благо, з керівників ГВМУ не було особливо бажаючих виїжджати на навчання за межі Києва. Він любив відвідувати військові госпіталі, якщо випадала якась професійна нагода (науково-практичні конференції, консультації, підведення підсумків роботи тощо). Особливо часто бував у ГВКГ, мабуть навіть частіше ніж в ГВМУ, адже там у нього теж був робочий кабінет. З багатьох своїх напрацювань зв'язався з начальником госпіталю М. П. Бойчаком, його заступником Л. А. Голиком, головними фахівцями МО. Як головному терапевту МО України йому не рідко доводилося особисто консультувати хворих, в тому числі, з керівного складу МО, високопосадовців інших відомств, які він здійснював на високому фаховому рівні і з почуттям професійної відповідальності лікаря-терапевта.

Останні роки М. М. Вовкодаву працювалося складно, можна сказати важко. Відчувалося неприязне відношення окремих колег з керівного складу ГВМУ. Він стійко переносив ці службові негаразди,

разом з тим намагався більше працювати, проте відчував, що доводилося бути в певній ізоляції, практично відстороненим від важливих справ, що вирішувались в ГВМУ, дуже переживав через це.

Особливо підкосила його, думаю, спеціально організована кримінальна справа. Микола Миколайович на суді мужньо відстоював свою правоту та чесне ім'я, самостійно і впевнено (без допомоги адвокатів) захищався. Запросив мене та інших колег на слухання в суд. Тож ми, у міру своїх можливостей, надавали йому професійну та моральну підтримку. Не дивно, що суд визнав М. М. Вовкодава невинним.

Микола Миколайович, назавжди залишиться для мене близькою, морально чистою людиною, високоосвіченим фахівцем, патріотом нашої незалежної України!»

Клішевич Б. А. – доктор медичних наук, професор кафедри військової хірургії УВМА, полковник медичної служби у відставці.

Борис Антонович Клішевич близько знав Миколу Миколайовича, про свої стосунки з ним говорить як про дружні. Їх співпраця розпочалася ще у Групі радянських військ у Німеччині і продовжилася в Україні, коли Б. А. Клішевич очолював Військово-медичне відділення при Українському державному медичному університеті імені О. О. Богомольця, потім займав посаду начальника Військово-медичного інституту – заступника начальника УВМА з навчальної роботи.

Згадуючи спільну службу в Групі радянських військ у Німеччині, Борис Антонович характеризує свого товариша як комунікабельну, добру людину, що відрізнявся працьовитістю, скромністю, справедливістю. Характеризуючи свого товариша, Борис Антонович продовжував: "Чесний, не злісний. З ним можна було вирішувати любі питання. Про М. М. Вовкодава, як про гарного лікаря, були гарні відгуки у Групі військ, взагалі



**Клішевич
Борис Антонович**

він був дуже кваліфікований терапевт. Завжди був відповідальним у своїх рішеннях, поступках, дав слово – виконав. Чудовий сім'янин, не раз бував у нього дома, добре знав дружину Людмилу Миколаївну, їх дітей.

Зустрівшись у Києві, разом вирішували багато службових питань, обговорювали, зокрема, питання підготовки військово-медичних кадрів, роботу кафедри військової терапії, яку Микола Миколайович у перші роки очолював, виконуючи обов'язки начальника. Разом запропонували організувати при кафедрі терапії Військово-медичного відділення цикли підготовки лікарів загальної практики для сухопутних військ, військово-повітряних сил та військово-морського флоту. Пізніше вже була сформована самостійна кафедра військової загальної практики – сімейної медицини.

М. М. Вовкодав багато працював над реформуванням військово-медичної служби ЗС України, радився зі мною, разом формували окремі напрямки майбутньої концепції. Особливе, мабуть першочергове значення, надавав створенню територіальної системи медичної допомоги. Пригадую візит до України німецької делегації військових медиків на чолі з генералом Дешем. Тоді начальник ГВМУ В. Я. Білий розповів йому про територіальну систему військової медицини, яка має бути в Україні. Генерал Деш уважно вислухав доповідь свого колеги і попросив ксерокопію запропонованої системи, а через місяць, при другій зустрічі доповів українській делегації, що вони за нашими розробками створили в Німеччині 36 територіальних військово-медичних округів, які успішно працюють до цього часу».

З гіркотою Борис Антонович зауважував, що у нас низи кваліфіковано вирішують багато питань, а верхи нерідко гальмують розумні та прогресивні ідеї. У цьому плані згадував колишнє ГВМУ, де не було дружнього співробітництва між управліннями та відділами, що заважало роботі. Не було так – щось задумано, швидко зібрались, обговорили, спланували і зробили. Кожен більше думав про себе. Стиль роботи тодішнього керівництва – розділяй і володарюй. Від цього дуже страждав і М. М. Вовкодав, адже багато розумних як його, так і інших пропозицій, зникли у бюрократичній багнюці.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

Жаховський Віктор Олександрович – начальник відділу професійного аналізу та підготовки медичного складу ГВМУ МО України, пліч-о-пліч з М. М. Вовкодавом пройшов спільний шлях служби протягом 8 років.

«Нічого, крім позитивного, не можу сказати про М. М. Вовкодава. Багато працював над розробкою різних нормативних документів, особливо, коли це стосувалося якихось реформаторських ідей, нововведень, на кшталт впровадження медико-економічних стандартів, нормування роботи військово-медичної служби, планування роботи органів управління військово-медичної служби, планування роботи військово-медичних закладів, розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги, впровадження денного стаціонару, враховуючи обмежене фінансування з метою надання доступної та якісної медичної допомоги. Кожен день приносив до Управління щонайменше 5–6 рукописних листів зі своїм баченням необхідних змін у військовій медицині. Взагалі йому було властиве детальне обґрунтування всього, за що він брався.

М. М. Вовкодав багато працював над реформуванням військово-медичної служби, створенням територіальної системи медичної допомоги військовослужбовцям і військовим пенсіонерам, запровадженням у військову медицину лікарів загальної практики, разом з начальником ГВМУ В. Я. Білим розробляв управлінські вертикалі у військово-медичній службі. Практично був генератором нових ідей у військовій медицині, пошукачем прогресивних шляхів її розвитку, розробляв проекти необхідних документів, що стосувалися реформування військово-медичної служби. У цьому напрямку дружно співпрацював з начальником ГВМУ В. Я. Білим, який підтримував та розвивав напрацьоване Миколою Миколайовичем, «пробивав» ці ідеї «на верху», які потім перетворювалися у накази Міністра оборони, інші директивні, керівні та інструктивно-методичні документи.



**Жаховський
Віктор Олександрович**

Його поїздки за кордон у складі делегацій МО України чи делегації української військово-медичної служби завжди давали цікавий матеріал для роздумів, для переймання позитивного досвіду.

Голик Л. А. – доктор медичних наук, професор, завідувач кабінету госпіталізації, лікар-терапевт клініки амбулаторної допомоги НВМКЦ «ГВКГ», полковник медичної служби у відставці.

Лев Антонович Голик – з 1996 до 2004 рр. – заступник начальника КВМЦ з медичного забезпечення, з 2004 до 2015 рр. – заступник начальника центру з клінічної роботи, тісно співпрацював з М. М. Вовкодавом, який зіграв у його становленні та просуванні по службі чи не ключову роль, запропонувавши молодого офіцера, старшого ординатора кардіоревматологічного відділення на відповідальну посаду заступника начальника КВМЦ.

Л. А. Голик згадує Миколу Миколайовича як освічену, толерантну людину з великим життєвим і професійним досвідом. Він завжди був відкритим до спілкування, уважним до іншої думки. Згадуючи Миколу Миколайовича, відмічав такі його якості, як порядність (людина, якій можна довіряти, яка ніколи тебе не підставить).

Миколі Миколайовичу було притаманне швидке сприйняття всього нового. Пригадує, коли після поїздки до Брюсселя розповідав, що військові пілоти у них проходять повне обстеження за два дні, а у нас «лежать» в госпіталі 20 днів. Цей факт наводив як приклад інтенсивного обстеження, за яке він постійно ратував.

Зупиняючись на творчості М. М. Вовкодава, признавався, що не завжди розумів його думки, особливо коли мова йшла про якісь узагальнюючі речі, більше зрозумілими були конкретні, прагматичні його висловлювання чи написані тексти. Говорив про Миколу Миколайовича як про людину, що випереджає свій час.



**Голик
Лев Антонович**

Він хотів все робити душе швидко, адже думок і планів було багато, тож хотілося все швидко впровадити в життя.

Микола Миколайович дуже уважно ставився до прохань колег по роботі. Ніколи не виказував зверхність. В роботі йому була притаманна скрупульозність, він вмів уважно вислухати співрозмовника. Був схильний до компромісу. Велику увагу приділяв питанням економічної доцільності функціонування лікувальних закладів. Був людиною різнобічно освіченою і вмів підтримати розмову на різні теми.

Симонов С. С. – кандидат медичних наук, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, полковник медичної служби у відставці.

Сергій Сергійович Симонов з 1996 р. – начальник пульмонологічного відділення, з 1999 р. – начальник клініки пульмонології ГВКГ, з 2005 р. – заступник начальника ГВКГ – головний терапевт МО України, працював з М. М. Вовкодавом з 1990 р., будучи в той час старшим ординатором пульмонологічного відділення 408 ОБГ.

Згадуючи нашу розмову по телефону, на моє прохання згадати про М. М. Вовкодава, Сергій Сергійович одразу сказав: «Микола Миколайович був патріотом», потім, поступово згадуючи свого старшого колегу, сказав, що він був гарним батьком і мав добрі стосунки зі своїми синами. Сприймав М. М. Вовкодава чомусь не як головного терапевта МО України, а як заступника начальника госпіталю. Можливо асоціювалася згадка, коли С. С. Симонов прийшов у госпіталь, Микола Миколайович був ще провідним терапевтом, а можливо тому, що бачив потім останнього в основному в госпіталі, у його терапевтичних відділеннях.

Говорячи про М. М. Вовкодава як науковця, зізнався, що інколи не був згоден



Симонов
Сергій Сергійович

з тим, що він писав, чи говорив, проте тут же додав: «можливо я не досягав його рівня».

Пригадував такі епізоди (мабуть вони повторювалися), коли Микола Миколайович був занурений у свої думки, зустрівши Сергія Сергійовича чи іншого колегу на території госпіталю, хапав того за руку і починав з ним ділитися тим, про що тільки роздумував. Цим самим він як би вголос проговорював ті думки, які щойно його будоражили. Проте було зрозуміло, що говорив він більше для себе, ніж для тебе.

Чомусь згадував той період у житті М. М. Вовкодава, коли він був призначений головним терапевтом МО України і прийшов у ГВМУ в не дуже вдалий «лурінський» період, коли доводилося багато працювати, розгрібаючи все те, що було нароблено попереднім начальником ВМУ Тилу ЗС України.

Гуцал О. В. – терапевт клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги Національного військово-медичного центру «ГВКГ».

Олена Василівна Гуцал – одна з досвідчених терапевтів Київського військового госпіталю, більше ніж за 35 років пройшла шлях від лікаря відділення невідкладної терапії 408 ОБГ (1983–1992 рр.) до завідувача реабілітаційного (1992–1996 рр.) і кардіологічного (1996–2000 рр.) відділень ГВКГ. Останні роки продовжує працювати лікарем-кардіологом, лікарем-терапевтом у рідному госпіталі.

Олена Василівна була одним з тих керівників терапевтичними відділеннями, до якої М. М. Вовкодав ставився з особливою повагою, часто відвідував її відділення, цінував свою колегу за високий професіоналізм, добросовісне ставлення до виконання службових обов'язків, за її людські якості, уважне та співчутливе ставлення до хворих.

О. В. Гуцал, згадуючи про Миколу Миколайовича, виділила з його багатьох



Гуцал
Олена Василівна

гарних людських якостей – вміння розбиратись в людях, що для нього, як головного терапевта, було важливо. Необхідно зазначити, що у підборі і розстановці кадрів він, як правило, не помилявся, за винятком одного випадку, про який мені нагадала Олена Василівна. Мова йде про одного з терапевтів, якого я подав для призначення на посаду одного з терапевтичних відділень, проте М. М. Вовкодав не погодив це призначення, мотивуючи низькими людськими якостями цього фахівця. У подальшому, користуючись особистими зв'язками, цей офіцер просувався по службі, але наразі не про нього.

Ще одна особливість М. М. Вовкодава як особистості – він ніколи не принижував людей, завжди був ввічливим, спокійно розбирався навіть у неприємних службових питаннях, прагнув бути справедливим. Про його людяність говорить той факт, що коли у 1999 р. начальник ГВМУ В. Я. Білий важко захворів і перебував у госпіталі, то деякі «доброзичливці» вже пропонували Миколі Миколайовичу зайняти його посаду, на що він з обуренням відреагував.

Вже будучи важко хворим, Микола Миколайович якось зайшов до кабінету Олени Василівни і в розмові з гіркою, чи то як пацієнт, чи то як досвідчений терапевт, поскаржився, що його консультували сім професорів і ні один з них навіть не роздягнув пацієнта, щоб провести обстеження.

Бібік Т. А. – доктор медичних наук, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил УВМА, полковник медичної служби у відставці.

Тарас Антонович Бібік з 2001 р. очолював клініку амбулаторно-поліклінічної (з 2002 р. – амбулаторної) допомоги ГВКГ, до цього проходив службу в НДІ проблем військової медицини (1994–1997 рр.) та в 11-му військовому госпіталі (начальник кардіологічного відділення – провідний терапевт). Фактично був виконавцем ідей М. М. Вовкодава щодо формування



Бібік
Тарас Антонович

територіального принципу медичного забезпечення, його амбулаторного етапу. Вперше в ЗС України запровадив лікарсько-територіальні дільниці, де працювали лікарі загальної практики.

Т. А. Бібік згадує Миколу Миколайовича як дуже наполегливого керівника, який горів роботою, своїми реформаторськими ідеями, хотів щось реально зробити, вимагав, щоб і підлеглі працювали у такому ключі. Якщо бачив, що справа гальмувалася, вимагав більш інтенсивної роботи на результат. У своїх справах був мрійником, вірив у майбутнє України та військової медицини – цим жив. М. М. Вовкодав був великим прихильником стаціонарзамінюючих технологій у наданні медичної допомоги військовослужбовцям. За ними майбутнє, – говорив він.

У зв'язку з недостатнім рівнем фінансування медичної служби МО України в 2003 р., Миколою Миколайовичем сумісно з начальником ГВКГ були розроблені методичні вказівки «Тимчасовий порядок організації надання амбулаторно-поліклінічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам ЗС в ГВКГ». Згідно з цим «Порядком...» було не тільки удосконалено роботу лікаря загальної практики, але і розроблено контроль відповідності обсягу медичної допомоги та витрат на своєчасне, якісне проведення обстеження і лікування. Акцентувалась увага на тому, що ресурсозабезпечуючий обсяг медичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам ЗС мав бути за потреби. Первинна медична допомога повинна надаватись виключно лікарями територіальних дільниць або лікарями військових частин. Необхідність звернення пацієнтів до лікарів-спеціалістів визначають лікарі загальної практики, в разі коли вони самостійно не можуть діагностувати і лікувати захворювання. «Порядок...» виключав подвійне, без клінічних потреб, обстеження пацієнтів у функціональних медичних підрозділах військово-лікувальних установ гарнізону. Медикаментозні призначення пацієнтам повинні здійснюватись відповідно до формулярних списків ліків госпіталю, які були розроблені з урахуванням результатів фармакоекономічного аналізу.

Удосконалення організації надання медичної допомоги військовослужбовцям у Миколи Миколайовича було пріоритетним напрям-

ком його наукової діяльності.

З багатьох професійних планів запам'яталось його бажання мати в державі єдиний медичний простір, а військово-медична служба повинна бути єдиною для всіх «силових» структур. При процвітаючому у військово-медичній службі догоджанні начальству (будувалися палати-люкси, зустрічі-проводження, індивідуальне харчування, індивідуальні лікарі і медичні сестри тощо) Микола Миколайович вважав, що нормальні умови розміщення і лікування у військових госпіталях мали бути однаковими для всіх пацієнтів (солдата, військового пенсіонера), а не тільки для керівництва. Ці та інші демократичні вимоги у житті військової медицини (як у розвинутих країнах світу) говорили про те, що не прийшов ще його час. Багато хто не хотів, щоб такі зміни відбувалися, адже завдячуючи системі «чего изволите» медичні начальники отримували, чи залишалися на своїх посадах, мали інші переваги у службі та особистому житті.

Микола Миколайович цінував людей, не дивлячись на свою зайнятість, багато розмовляв – з лікарями, пацієнтами, цінував думку і простих медичних працівників (медичних сестер, молодших медичних сестер). Він не стільки ставив питання, щось вимагав, скільки цікавився їхньою точкою зору.

Микола Миколайович багато працював над собою. Т. А. Бібік пригадує, що коли б він не зайшов до його кабінету, у нього постійно був включений комп'ютер, він весь час щось писав, редагував.

Ні один з головних терапевтів МО України, що були і є, після Микола Миколайович Вовкодава, не пішли його шляхом – ні в плані ставлення до людей, ні в плані продовження реформування військової медицини.

Мельник П. С. – директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», доктор медичних наук, генерал-майор медичної служби у відставці.

Петро Степанович Мельник знайомий з Миколою Миколайовичем з 1991 р., коли прибув з Групи радянських військ, очоливши Вінницький військовий санаторій, реорганізував його у потужний клінічний заклад – Вінницький військово-медичний клінічний

центр. У 2006–2008 рр. очолював ДОЗ МО України.

З М. М. Вовкодавом Петро Степанович багато років був у дружніх стосунках. Пригадував, кого ще з військових медиків можна було віднести до кола таких дружніх відносин – вистачило б пальців однієї руки.

«Дуже шаную Миколу Миколайовича як порядну людину, кожен день у ранішній молитві його згадую», – зізнався Петро Степанович.

З точки зору професійності, інтелектуального рівня Петро Степанович відносить М. М. Вовкодава до людей рівня мислителів, якого тому далеко не всі і розуміли, і в силу свого рівня сприйняття – за його плечима підсміювались. Пригадуючи колектив ГВМУ тих часів, в якому доводилось працювати і творити Миколі Миколайовичу, Петро Степанович якось враз вигукнув – «Промінь світла у темному царстві», видно так образно і влучно підходив цей вислів до самого Миколи Миколайовича і місця його служби.

Ще одна риса була притаманна М. М. Вовкодаву – він був професіоналом високого ґатунку, мабуть завдяки цьому швидко сприймав позитивні речі, корисні для служби.

Мабуть більше всього Петру Степановичу запам'яталася історія з формуванням замислу створення, а потім організацією Вінницького військово-медичного центру та пригадувалася роль М. М. Вовкодава у його створенні.

З 1991 р. до 1993 р. Вінницький військовий санаторій ВПС було реорганізовано у Вінницький військовий клінічний санаторій та взято курс на подальше його перетворення із санаторного у лікувальний заклад. Був поки ще санаторій, але йшло вже укомплектування його лікарями-клініцистами, медичною апаратурою тощо. У кінці 1993 р. була проведена науково-практична конференція, на яку прибули начальник ВМУ штабу Тилу ЗС України генерал-ма-



**Мельник
Петро Степанович**

йор медичної служби Г. В. Циганок, головний хірург і головний терапевт МО України полковники медичної служби В. Я. Білий і М. М. Вовкодав. Тоді П. С. Мельник вперше познайомився з Миколою Миколайовичем, поділився з ним планами створення потужного територіального військово-медичного центру для ВПС. М. М. Вовкодав вислухав уважно, але видно було, що не дуже був згоден із задуманим. Вже пізніше, коли було створено ВМЦ Військово-повітряних сил (ВПС), Микола Миколайович, приїхавши у Вінницю на відпочинок з дружиною, зміг своїми очима подивитися на організований Центр. Начальник ВМЦ був одночасно начальником медичної служби ВПС, у структурі Центру було оперативно-медичне управління, яке займалося координацією медичного забезпечення біля 890 військових частин, і 4 військових госпіталів (Вінницький, Старокостянтинівський, Луцький, Полтавський). Микола Миколайович, щоби впевнитися в ефективності роботи Центру, попросив машину, об'їхав цілий ряд гарнізонів, відвідав медичні пункти і лазарети військових частин, спілкувався з військовими лікарями, які доповіли йому, що у них є все необхідне для надання медичної допомоги (поставляються з Центру ліки, необхідне обладнання, фахівці з Вінниці надають лікувальну і методичну допомогу). Побачивши все це, він погодився, що ми на правильному шляху, що ВМЦ може бути не тільки лікувальним закладом, але і органом управління певної території, у даному випадку видом Збройних сил. Його думка і позитивна позиція відіграли важливу роль, коли готувалась директива МО України №115/1/3118 від 14 серпня 1997 р. «Про створення Вінницького військово-медичного центру» і наказ Міністра оборони України №399 від 5 листопада 1997 р. «Про реформування лікувально-профілактичного забезпечення у Київському гарнізоні» щодо створення Київського військово-медичного центру. Структура оперативно-медичного управління була взята М. М. Вовкодавом як зразок для створення подібних управлінь в інших військово-медичних центрах.

У подальшому М. М. Вовкодав ще не раз приїжджав у Вінницю, знайомився з новими напрацюваннями Центру, зокрема був при-

сутнім на презентації санітарного літака «VITA» у 2002 р., яку проводив Міністр оборони України генерал армії В. П. Шкідченко для Президента України Л. Д. Кучми.

Санітарний літак «VITA» як і багато іншого, що ми пропонували (військові мобільні госпіталі, реорганізація госпітальних баз тощо), – пригадує П. С. Мельник, викликали критику, сумніви у доцільності їх використання. На початку сумнівався і Микола Миколайович, зокрема і щодо необхідності створення мобільних госпіталів. Коли впевнився, що з 80 формувань госпітальних баз не було жодного військового польового госпіталю, придатного для використання на випадок війни, він зрозумів, що мобільні госпіталі потрібні. Життя підтвердило правильність прийнятих 20 років назад рішень. Сьогодні, за роки російсько-української війни, санітарним літаком «VITA» було евакуйовано і надано медичну допомогу біля 4000 пораненим, тільки двома мобільними госпіталями (Одеським та Вінницьким) надано кваліфіковану медичну допомогу 8 тисячам поранених фактично на лінії зіткнення. Створені у свій час чотири потужних та діючих центри формування та зберігання медичної техніки та майна непорушних запасів (Полтава, Бердичів, Біла Церква, Хмельницький), зібрані із залишків радянських госпітальних баз, теж сьогодні пригодилися, забезпечуючи медичне постачання наших військ на Сході.

Микола Миколайович був дуже комунікабельною людиною. Петро Степанович пригадує, що коли тільки з'явилися перші мобільні телефони, могли розмовляти годинами, радітися, обмірковувати якісь службові питання. Не завжди погоджувався з нашими напрацюваннями, був дуже скрупульозним при їх вивченні, проте з часом, уважно все перевіrivши, міняв свою точку зору. Був і зворотний процес – Микола Миколайович надавав певні пропозиції і рекомендації, ми їх впроваджували (це при тому, що начальник ГВМУ не завжди їх підтримував). Життя потім підтвердило, що його пропозиції були правильними. Взагалі Микола Миколайович мене завжди підтримував.

Однією з проблем, якою займався Микола Миколайович, була зміна фінансування військової медицини, говорив про необхідність

подушного фінансування, щоби фінансувалася медична допомога, а не госпітальні ліжка та неефективно працюючий персонал. Болючим місцем для нього була проблема медичного постачання, централізована закупівля ліків та медичного майна, яка проводилася безконтрольно, на вигідних умовах для тих, хто закупляв, а не для військових госпіталів. Говорив про необхідність децентралізації закупівель. Частково цю проблему нам вдалося вирішити у 2008 році, підготувавши відповідний наказ Міністра оборони України щодо передачі частини бюджетних коштів безпосередньо ВМКЦ для закупівлі ліків та медичного майна на місцях.

Знаючи, що у Миколи Миколайовича у ГВМУ не було особливих однодумців, мабуть більше – були противники його новацій (з етичних причин не буду називати цих людей), він ніколи про них не говорив поганого. Тільки уже в кінці свого життя, при зустрічі, він зізнався мені, хто не давав йому розвивати свої ідеї, постійно заважав, створюючи нестерпні умови для службової діяльності.

Микола Миколайович дуже вболівав за військову медицину, будучи вже важко хворим, в кінці життя він прийшов до мене, взяв Програму розвитку медичного забезпечення ЗС України на 2006–2011 рр., яку ми тільки розробили, уважно вивчав її декілька днів, потім прийшов і сказав: «Мельник – молодець».

Скалецький Ю. М. – доктор медичних наук, професор, завідувач лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзеева НАМН України», полковник медичної служби у відставці.

Юрій Миколайович Скалецький співпрацював з М. М. Вовкодавом, будучи спочатку на посаді заступника начальника УВМА з наукової роботи (1996–1999 рр.), потім заступника начальника УВМА з навчальної роботи – начальника Військово-медичного інституту (1999–2002 рр.).



**Скалецький
Юрій Миколайович**

На мою пропозицію Юрій Миколайович підготував свої думки і згадки про свого колегу і товариша М. М. Вовкодава, за що ми йому щиро вдячні. Наводимо цей короткий, але змістовний нарис:

«Незважаючи на те що, здавалося б, часто з Миколою Миколайовичем спілкувалися, досить щільно співпрацювали, але з перших хвилин цієї роботи зрозумів правоту стародавніх римлян, які казали: «*Verba volant, scripta manent*» (Слова відлітають, написане залишається). На жаль, не вів у період служби в Українській військово-медичній академії поміток, щоденників, а тому зі спогадами непросто. І, відповідно, переконався в правоті бажання Михайла Петровича максимально закарбувати в текстах подій і особистостей, котрі, на відміну від слів, залишаються.

Часи нашої спільної служби з генералом Вовкодавом М. М. збіглися зі становленням державності України, її Збройних Сил, а також військово-медичної служби і такого важливого інституту військової медицини, як освіта й наука. У центрі уваги були питання економіки військово-медичної служби, великий інтерес до яких мав Микола Миколайович. Звичайно, це було виправдано, оскільки й сьогодні, за даними ВООЗ (2017 р.), до 40% ресурсів систем охорони здоров'я використовуються неефективно. Докладав значних зусиль, намагаючись обчислити зведений бюджет закладів охорони здоров'я. Впадав у відчай, коли лікарі не знали або просто не враховували вартості діагностичних і лікувальних процедур, фармацевтичних препаратів, які призначали хворим.

Микола Миколайович був прибічником практичного, прагматичного вирішення питань, вимагав, коли щось планувалося – потрібно було все рахувати.

Сприяв проведенню науково-дослідних робіт і виконанню дисертаційних досліджень з медико-економічних проблем. Так, усім чотирьом ад'юнктам-терапевтам набору до ад'юнктури Військово-медичного відділення при Київському медичному університеті імені О. О. Богомольця 1995 року були затверджені теми дисертаційних досліджень цього спрямування, хоча, на жаль, жодна з них у першопочатковому варіанті не була захищена. Він відслідковував роботу ад'юнктів, які працювали над аналогічною тематикою на інших ка-

федрах Української військово-медичної академії, сприяв належному використанню їх здобутків і досвіду. Окремі з них після захисту дисертацій проходили службу в органах управління військовою медициною.

Сам Микола Миколайович із великим натхненням працював над кандидатською дисертацією на тему «Наукове обґрунтування основних напрямів реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України», яку захистив у 1999 році. Основним мотивом наукової роботи був пошук оптимальної, перш за все в ресурсному плані, моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям – тобто формування єдиного медичного простору у військовому відомстві. Ця ідея доцільна для її поширення на Україну загалом, особливо в сьогоденних умовах. Та і досі вона не знайшла підтримки та втілення на державному рівні.

Микола Миколайович був відвертим у судженнях і оцінках, амбітним, мав різноплановий досвід, освіту, багато працював над собою.

Пишався своїми синами, приділяв багато уваги їх професійному становленню під час навчання в медичному виші, а згодом – роботи в фармацевтичних фірмах. Сприяв їх ознайомленню з новітніми стратегіями менеджменту та маркетингу, забезпечував відповідною літературою. Вважав членів родини першими партнерами в реалізації життєвих і бізнес-планів.

Загалом Микола Миколайович Вовкодав – помітна постать в історії військово-медичної служби Збройних Сил України».

ГЛАВА 10

СПИСОК ДРУКОВАНИХ ПРАЦЬ

М. М. ВОВКОДАВА

1988

1. Метод карбоперфузии с последовательной гемофильтрацией в лечении экзогенных отравлений / В. Д. Попов, А. А. Качанко, Н. Н. Вовкодав // Клиническая диагностика, состояние, возможности, перспективы : тез. докл. науч.-практ. конф., 8–9 дек. 1988 г. / Гл. воен. клин. госпиталь им. Н. Н. Бурденко. – Москва, 1988. – С. 132–133.
2. Опыт применения изолированной ультрафильтрации крови у больных рефрактерной сердечной недостаточностью / Н. Н. Вовкодав, Г. С. Луговский, В. Д. Попов // Актуальные вопросы интенсификации лечебно-диагностического процесса в частях и лечебных учреждениях округа : науч.-практ. конф. врачей : тез. докл. / Киев. воен. округ. – Киев, 1988. – С. 36–37.
3. Совершенствование организации обследования больных в терапевтических отделениях окружного военного госпиталя / Н. Н. Вовкодав, А. И. Слипченко // Актуальные вопросы интенсификации лечебно-диагностического процесса в частях и лечебных учреждениях округа : науч.-практ. конф. врачей : тез. докл. / Киев. воен. округ. – Киев, 1988. – С. 6.

1991

4. Опыт совершенствования неотложной кардиологической помощи в окружном военном госпитале / Н. Н. Вовкодав, В. Я. Перекрестов, В. И. Линник, Е. В. Гуцал // Материалы научно-практической конференции врачей округа / Киев. воен. округ. – Киев, 1991. – С. 37.

1993

5. Применение внутритканевого электрофореза в комплексном лечении больных острой пневмонией с тяжелым течением у

лиц молодого возраста / И. К. Асаулюк, Н. Ф. Стефанюк, Н. Н. Вовкодав // I з'їзд фтизіатрів та пульмонологів України : тези доп., Вінниця, 14–16 верес. 1993 р. / МОЗ України, АМН України, Наук.-практ. т-во фтизіатрів та пульмонологів України. – Вінниця, 1993. – С. 194–195.

1994

6. Концептуальні підходи до реформування військово-медичної служби / В. Я. Білий, М. М. Вовкодав, В. В. Пасько // Народна армія. – 1994. – 1 груд. – С. 2.

1995

7. Вимоги до підготовки військово-медичних кадрів на сучасному етапі / М. М. Вовкодав, Б. А. Клішевич // Актуальні проблеми військової медицини : матеріали I-ї наук.-практ. конф. – Київ, 1995. – С. 14–16.
8. Військова медицина в центрі реформи системи медичного забезпечення / М. М. Вовкодав, Ю. М. Скалецький // Актуальні проблеми військової медицини : матеріали I-ї наук.-практ. конф. – Київ, 1995. – С. 12–14.
9. Вопросы усовершенствования структуры военно-медицинской службы / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав, В. В. Пасько // Современные аспекты военной медицины : сб. науч. тр. ГВКГ МО Украины / Гл. воен. клин. госпиталь. – Киев, 1995. – С. 8–10.
10. Гематологічні показники у віддалений період в осіб, які перенесли гостру променеву хворобу / М. М. Вовкодав, Ю. М. Скалецький, М. П. Бойчак [та ін.] // Актуальні проблеми військової медицини : матеріали I-ї наук.-практ. конф. – Київ, 1995. – С. 70–71.
11. Медико-организационные и экономические основы реформирования медицинского обеспечения Киевского военного гарнизона / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав // Современные аспекты военной медицины : сб. науч. тр. ГВКГ МО Украины / Гл. воен. клин. госпиталь. – Киев, 1995. – С. 10–13.
12. Методологические основы создания подсистемы АСУ госпиталя «Интенсивная терапия» / Н. Н. Вовкодав // Современные проб-

- лемы неотложной терапии в клинике внутренних болезней : тез. докл. науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию отд-ния неотложной терапии ГВКГ МО Украины / Гл. воен. клин. госпиталь МО Украины. – Киев, 1995. – С. 3–5.
13. Некоторые итоги и задачи интенсивной терапии в крупном военном госпитале / Н. Н. Вовкодав // Современные проблемы неотложной терапии в клинике внутренних болезней : тез. докл. науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию отд-ния неотложной терапии ГВКГ МО Украины / Гл. воен. клин. госпиталь МО Украины. – Киев, 1995. – С. 5–6.
 14. Організаційні та економічні аспекти реформування лікувально-профілактичного забезпечення Київського військового гарнізону / М. М. Вовкодав // Народна армія. – 1995. – 19 жовт. – С. 2.
 15. Піклуючись про якість, пам'ятати про вартість / М. М. Вовкодав // Народна армія. – 1995. – 19 жовт.
 16. Стан імунологічної реактивності у хворих у віддалений період після гострої променевої хвороби / М. М. Вовкодав, Ю. М. Скалецький, М. П. Бойчак [та ін.] // Актуальні проблеми військової медицини : матеріали I-ї наук.-практ. конф. – Київ, 1995. – С. 71–72.
 17. Функціональний стан серцево-судинної системи хворих у період віддалених наслідків гострої променевої хвороби / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, Ю. М. Скалецький [та ін.] // Актуальні проблеми військової медицини : матеріали I-ї наук.-практ. конф. – Київ, 1995. – С. 72–73.
 18. Шляхи підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги військовослужбовцям / М. М. Вовкодав // Актуальні проблеми військової медицини : матеріали I-ї наук.-практ. конф. – Київ, 1995. – С. 11–12.

1996

19. Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги у Головному військовому клінічному госпіталі (ГВКГ) / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, Ю. М. Скалецький, М. І. Хижняк // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 150–153.

20. Аналіз показників захворюваності військовослужбовців Київського гарнізону / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, Ю. М. Скалецький, М. І. Хижняк // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 112–115.
21. Аналіз фінансового та матеріально-технічного потенціалу військово-медичної служби / М. М. Вовкодав, В. І. Столярчук, Ю. М. Скалецький, М. І. Хижняк // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 54–58.
22. Госпитализация больных: дифференцированный отбор и оптимальная продолжительность / Г. И. Баженова, Н. Н. Вовкодав, Т. С. Грузева [и др.]. – Киев, 1996. – 482 с.
23. Госпитализированная заболеваемость военнослужащих ВС Украины / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, А. С. Кухленко, В. В. Дяченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 96–99.
24. Заболеваемость военнослужащих по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Ю. К. Ситниченко, Г. И. Гальченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 94–96.
25. Медико-демографическая ситуация в стране и пути дальнейшего совершенствования медицинского обеспечения военнослужащих / Н. Н. Вовкодав, М. П. Бойчак, Н. И. Хижняк // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 147–150.
26. Некоторые проблемы управления / Н. Н. Вовкодав, А. И. Невольниченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 49–54.

27. О необходимости замены ведомственного военного здравоохранения на территориальную систему военно-медицинского обеспечения / Н. Н. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 23–28.
28. О необходимости изменения системы усовершенствования медицинского обеспечения военнослужащих / Н. Н. Вовкодав, Н. В. Кудренко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 29–33.
29. Об основных направлениях реформы военного здравоохранения / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 4–19.
30. Обґрунтування диференційованої потреби в окремих видах спеціалізованої допомоги / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, О. Б. Тонковид [та ін.] // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 153–155.
31. Охрана здоровья военнослужащих может оказаться вне проводимой в ВС Украины реформы / Н. Н. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 41–46.
32. Подходы при медицинском освидетельствовании призывников, военнослужащих и военнообязанных с расстройством личности / Н. Н. Вовкодав, В. В. Аброскин // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 63–68.
33. Показатели состояния здоровья офицерского состава ВС Украины / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Ю. К. Ситниченко, Г. И. Гальченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 91–94.

34. Пути реформирования военного здравоохранения на примере Киевского гарнизона / Н. Н. Вовкодав, М. П. Бойчак, Н. И. Хижняк // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 160–162.
35. Распространенность болезней системы кровообращения у военнослужащих Вооруженных Сил Украины / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, В. В. Павлык, В. В. Дяченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 106–108.
36. Распространенность хронических заболеваний у военнослужащих Вооруженных Сил Украины / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Ю. К. Ситниченко [и др.] // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 101–105.
37. Современная трактовка термина «функциональные состояния» в научной литературе / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав, Г. Л. Апанасенко, Н. И. Хижняк // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 58–63.
38. Трудопотери военнослужащих ВС Украины вследствие заболеваемости / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, А. С. Кухленко, В. И. Рудь // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 99–101.
39. Українська військово-медична академія / В. Я. Білий, М. М. Вовкодав, В. В. Пасько, Б. А. Клішевич // Проблемы военного здравоохранения пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 34–40.
40. Уровень физического развития рядового состава ВС Украины / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, В. В. Дяченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : материалы науч.-практ. конф. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1996. – С. 88–91.

1997

41. Заболеваемость язвенной болезнью военнослужащих срочной службы Вооруженных Сил Украины / Н. Н. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 124–126.
42. К вопросу оптимизации деятельности системы санитарно-статистической информации военно-медицинской службы / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Л. И. Бидненко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 11–12.
43. Кадри як складова частина медичного забезпечення Збройних Сил України / М. М. Вовкодав, В. О. Жаховський // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 21–23.
44. Концепция основных направлений реформы военного здравоохранения / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав, Ю. М. Скалецкий, Н. И. Хижняк. – Киев, 1997. – 24 с.
45. Методологические и методические подходы к разработке и внедрению медико-экономических стандартов / Н. Н. Вовкодав, Н. Н. Козачок, П. В. Бобок // Современные аспекты военной медицины / Гл. воен. клин. госпиталь. – Киев, 1997. – Вып. 2. – С. 6–7.
46. Организационные аспекты системы обеспечения качества эффективности медицинской помощи в Вооруженных силах / Н. Н. Вовкодав, П. В. Бобок // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 17–21.
47. Основні напрямки планування медичного забезпечення військовослужбовців та пенсіонерів ЗС України / М. М. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 13–16.
48. Особенности диагностики и течения впервые возникшей стенокардии / Е. В. Гуцал, Н. Н. Вовкодав, М. П. Бойчак // Современные аспекты военной медицины : сб. науч. тр. ГВКГ МО Украины / Гл. воен. клин. госпиталь. – Киев, 1997. – Вып. 2. – С. 242–243.

49. Проблема структурних змін в медичній службі ЗС України та їх фінансування / М. М. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 41–43.
50. Психічне здоров'я військовослужбовців ЗС України / В. Я. Білий, М. М. Вовкодав, В. В. Бондар, М. І. Хижняк // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 122–124.
51. Роль и место органов управления военно-медицинской службы в системе ВС Украины при переходе на территориальную систему обеспечения войск / Н. Н. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 24–29.
52. Система материально-технического обеспечения и финансирования требует реформ / Н. Н. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 54–60.
53. Стандартизация медицинской помощи в ВС: сущность проблемы и пути ее решения / Н. Н. Вовкодав, О. Н. Пархоменко, П. В. Бобок // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1997. – С. 29–41.
54. Стратегія військової охорони здоров'я у забезпеченні боєздатності військ / М. М. Вовкодав // Народна армія. – 1997. – 8 лип.

1998

55. Аналіз поширення вроджених аномалій серед підлітків та стану здоров'я призовників в регіональному аспекті / В. Ю. Михайлець, М. М. Вовкодав, М. І. Хижняк, Л. І. Бідненко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1998. – С. 321–323.
56. Завдання кафедри військової терапії у підготовці лікарів загальної практики / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, М. М. Козачок // Проблемы військової охорони здоров'я і шляхи її реформування (військова медична освіта та наука) / Укр. воен.-мед. акад. – Київ, 1998. – С. 46–49.

57. Захворюваність військовослужбовців ЗС України інфекційними і паразитарними хворобами в динаміці чотирьохрічного спостереження / М. М. Вовкодав, М. І. Хижняк // Современные аспекты военной медицины : сб. науч. тр. междунар. науч.-практ. конф. инфекционистов и эпидемиологов ВС Украины (Актуальные вопросы инфектологии, эпидемиологии и микробиологии), 27–29 мая 1998 г. / Гл. воен. клин. госпиталь МО Украины. – Киев, 1998. – С. 37–39.
58. Здоров'я підлітків України та організаційні заходи щодо його покращення / В. Я. Білий, В. Ю. Михайлець, М. М. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1998. – С. 310–312.
59. Медико-економічні проблеми реформування охорони здоров'я / М. М. Вовкодав // Наука і оборона. – 1998. – № 1. – С. 43–49.
60. Мониторинг «Здоровье военнослужащих – окружающая среда» как основа принятия управленческих решений на государственном и ведомственном уровнях / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Л. И. Бидненко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1998. – С. 183–185.
61. Некоторые подходы к определению понятия «здоровья» в научной литературе / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Л. И. Бидненко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1998. – С. 392–396.
62. Основные тенденции показателей здоровья населения Украины на современном этапе / В. Я. Белый, Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Л. И. Бидненко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1998. – С. 186–188.
63. Роль и место органов управления военно-медицинской службы в Вооруженных Силах Украины при переходе на территориальную систему обеспечения войск / Н. Н. Вовкодав // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформи-

рования : сб. науч. тр. / Укр. воен.-мед. акад. – Киев, 1998. – С. 200–205.

1999

64. Заболеваемость военнослужащих ВС Украины по данным обращаемости в военные лечебно-диагностические учреждения / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк // Современные аспекты военной медицины : сб. науч. тр. ГВКГ МО Украины / Гл. воен. клин. госпиталь. – Киев, 1999. – Вып. 4. – С. 33–37.
65. Інтегрована система охорони здоров'я військовослужбовців у забезпеченні боєготовності ЗС України / В. Я. Білий, М. М. Вовкодав // Наука і оборона. – 1999. – № 1. – С. 49–54.
66. Наукове обґрунтування основних напрямків реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / М. М. Вовкодав ; МОЗ України, Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – Київ, 1999. – 20 с.
67. Організаційна перебудова і раціоналізація медичного забезпечення Київського гарнізону / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, Л. А. Голик // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченої п'ятирічному ювілею Ірпінського військового госпіталю / МО України, Київ. військ.-мед. центр. – Київ, 1999. – С. 6–7.
68. Реформування медичного забезпечення Київського гарнізону: передумови, деякі підсумки, перспективи / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, Л. А. Голик // Современные аспекты военной медицины : сб. науч. тр. ГВКГ МО Украины / Гл. воен. клин. госпиталь. – Киев, 1999. – Вып. 4. – С. 14–29.

2000

69. Концептуальне обґрунтування структурно-функціональної перебудови військово-медичної служби ЗС України та раціоналізації медичної допомоги / М. М. Вовкодав // Современные аспекты военной медицины : сб. науч. тр. ГВКГ / Гл. воен. клин. госпиталь. – Киев, 2000. – Вып. 5. – С. 3–15.
70. Концепція професійного здоров'я військовослужбовців у Програмі будівництва та розвитку ЗС України / В. Я. Білий,

- О. О. Сохін, М. М. Вовкодав, В. І. Варус // Наука і оборона. – 2000. – № 3. – С. 22–26.
71. Чудес чекати немає від кого. Для реалізації права військово-службовців на медичне забезпечення необхідно змінити його принципи / М. М. Вовкодав // Народна армія. – 2000. – 5 січ.

2002

72. Медико-економічні стандарти як основа організації безоплатної медичної допомоги військовослужбовцям і пенсіонерам МО України / М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, Л. А. Голик // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 4. – С. 72–77.
73. Форми і методи діяльності стаціонару вдома : метод. рек. / М. М. Вовкодав. – Київ, 2002. – 13 с.
74. Шляхи та механізми удосконалення діяльності військових госпіталів щодо забезпечення військовослужбовців і пенсіонерів МО України безоплатною медичною допомогою / М. М. Вовкодав, Л. А. Голик // Сучасні аспекти військової медицини : зб. наук. пр. ГВКГ МО України / Голов. військ. клін. госпіталь. – Київ, 2002. – Вип. 7. – С. 17–21.

2004

75. Концептуальні підходи до визначення ролі і місця воєнної медицини як оборонної складової держави / М. М. Вовкодав // Сучасні аспекти військової медицини : зб. наук. пр. ГВКГ / Голов. військ. клін. госпіталь. – Київ, 2004. – Вип. 9. – С. 3–8.

2005

76. Змінюються умови, але не завдання для військової медицини, яка нині також реформується / М. М. Вовкодав // Народна армія. – 2005. – 16 квіт.
77. Ключові стратегії розвитку Головного військового клінічного госпіталю / М. П. Бойчак, М. М. Вовкодав, Л. А. Голик // Сучасні аспекти військової медицини : зб. наук. пр. ГВКГ / Голов. військ. клін. госпіталь. – Київ, 2005. – Вип. 10. – С. 24–31.

2006

78. Військова медицина: п'ять перепон на шляху до одужання / М. М. Вовкодав // Військо України. – 2006. – № 4. – С. 35–37.
79. Медичні карти нового зразка – методична основа удосконалення діяльності лікуючих лікарів / М. М. Вовкодав, А. П. Славушев // Сучасні аспекти військової медицини : зб. наук. пр. ГВКГ / Голов. військ. клін. госпіталь. – Київ 2006. – Вип. 11. – С. 27–33.
80. Думки про наболіле (роздуми військового лікаря над реформуванням медицини ЗС України) / М. М. Вовкодав. – [Б. м., б. р.]. – 64 с.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

ФОТОАЛЬБОМ



**Микола Вовкодав з сином Андрієм у м. Салтів (Харківська область)
в гостях у родичів дружини, 1978 р.**



**Микола Вовкодав з дружиною Людмилою на відпочинку,
м. Сочі, 1988 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав під час передачі гуманітарної допомоги
делегацією ФРН, 1993 р.**



**М. М. Вовкодав під час зустрічі з делегацією з ФРН,
1995 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав у президії святкового зібрання,
присвяченого 5-річчю ЗС України, 1996 р.**



**М. М. Вовкодав у військово-транспортному літаку
Національної гвардії штату Каліфорнія, США, 1997 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав (третій справа) з Представниками компанії «Пфайзер»
серед делегатів фахівців охорони здоров'я України, м. Нью-Йорк, США, 1997 р.**



**М. М. Вовкодав у відрядженні до США,
23 жовтня 1997 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав у Боснії і Герцеговині,
1998 р.**



**М. М. Вовкодав у складі української делегації у Боснії і Герцеговині,
де брав участь у вивченні стану медичного забезпечення
240-го українського спеціального батальйону, що перебував у складі
багатонаціональних Сил НАТО з 1995 р., 1998 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



М. М. Вовкодав у Боснії і Герцоговині. Німецький госпіталь ROL-3, розгорнутий у пошкодженій обстрілами школі, м. Сараєво, 1998 р.



М. М. Вовкодав з полковником В. О. Жаховським у Боснії і Герцоговині, 1998 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав у Боснії і Герцоговині.
Інструктаж перед початком роботи, 1998 р.**



М. М. Вовкодав з колегами у Сараєво біля Латинського мосту через річку Міляцка, де 28 червня 1914 р. було вбито спадкоємця австро-угорського престолу Франца Фердинанда та його дружину герцогиню Софію Гогенберг, після чого розпочалася Перша Світова війна, Боснія і Герцоговина, м. Сараєво, 1998 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби

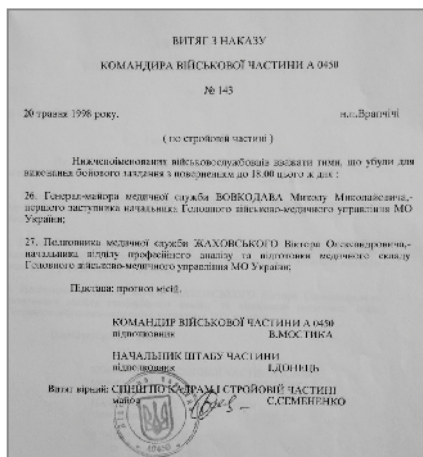


**М. М. Вовкодав з колегами під час планування роботи.
Військово-медичне управління Сухопутних військ Бундесверу,
м. Мьонтхенгладбау, ФРН, 1998 р.**



**М. М. Вовкодав з колегами у військово-медичному управлінні
Сухопутних військ Бундесверу, м. Мьонтхенгладбау, ФРН, 1998 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
 Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
 один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



Витяг з Наказу командира військової частини А 0450 В. Мостика про направлення М. М. Вовкодава та В. О. Жаховського для виконання бойового завдання, Боснія і Герцоговина, 1998 р.



**М. М. Вовкодав з делегацією військово-медичної служби США.
 В центрі – керівник делегації генерал Р. Зайчук, 1999 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак і професор В. Ф. Торбін,
м. Київ, 1999 р.**



**М. М. Вовкодав (другий зліва) в музеї Головного військового госпіталю
на зустрічі з начальниками госпіталю. Перший зліва – М. П. Бойчак,
третій зліва – О. М. Козачонок, другий справа – Я. Г. Бубес, 1998 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**Командування Головного військового госпіталю вітає М. М. Вовкодава
з днем народження, м. Київ, 1999 р.**



**Під час чергового збору керівного складу медичної служби ЗС України.
У центрі генерали В. Я. Білий і М. М. Вовкодав, м. Ірпінь, 1999 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



М. М. Вовкодав у відрядженні з начальником Центру військового співробітництва і верифікації, заступником начальника Генерального штабу, генералом М. Т. Гончаренком, 2000 р.



**З начальниками Київського військового госпіталю (зліва направо):
М. М. Вовкодав, М. П. Бойчак, Я. Г. Бубес, О. М. Козачонок, заступник начальника
госпіталю І. Г. Гринчук, секретар начальника госпіталю Л. М. Коломієць,
м. Київ, 2000 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав з автором книги на території
Головного військового госпіталю, м. Київ, 2000 р.**



**М. М. Вовкодав з дружиною Людмилою з керівником ДП «Укрспецекспорт»
О. М. Шараповим (зліва) та його дружиною (справа), на святкових заходах
Міністерства оборони України у палаці «Україна», 2001 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав у відрядженні у складі делегації військово-медичної служби
ЗС України, м. Лондон, Велика Британія, 2001 р.**



М. М. Вовкодав під час чергової наради, м. Київ, 2001 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав з Надзвичайним і повноважним послом Грузії
в Україні Г. Катамадзе, 2001 р.**



**М. М. Вовкодав під час обміну подарунками
з членами закордонної делегації, 2001 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



М. М. Вовкодав з міністром оборони України генералом армії О. І. Кузьмуком (у центрі) та членами японської делегації у Головному військовому клінічному госпіталі, 2001 р.



М. М. Вовкодав з депутатом Верховної Ради України VIII скликання Л. П. Козаченком, 2002 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав вітає підлеглих військових лікарів
з Днем медичного працівника, 2002 р.**



**Під час урочистостей (зліва направо: президент Міжнародної академії
комп'ютерних наук, контр-адмірал В. О. Тарасов, генерали медичної служби
В. Я. Білий, М. П. Бойчак, М. М. Вовкодав, м. Київ, 2002 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



М. М. Вовкодав,
2002 р.



Дискусія з іноземною делегацією.
У центрі – М. М. Вовкодав, крайній зліва – В. Я. Білий, м. Київ, 2002 р.

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**М. М. Вовкодав з дружиною Людмилою Миколаївною та автором книги
за святковим столом, м. Київ, 2003 р.**



**М. М. Вовкодав з Першим заступником МО України В. А. Гошовською,
м. Київ, 2004 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



М. М. Вовкодав з дружиною Людмилою у Туреччині, 2008 р.



М. М. Вовкодав з онучками Каріною та Вікторією

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**Сім'я старшого сина Миколи Миколайовича Вовкодава:
Ігор Миколайович Вовкодав з дружиною Анжелікою,
сином Віталієм та дочкою Вікторією, 2020 р.**



**Сім'я молодшого сина Миколи Миколайовича Вовкодава:
Андрій Миколайович Вовкодав, старша дочка Карина,
молодша дочка Анна, 2023 р.**

Бойчак М. П.
ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби,
один з ініціаторів реформування військово-медичної служби



**Микола Миколайович Вовкодав з дружиною Людмилою в гостях у сусідів,
с. Лісники, Київська обл.**

НОТАТКИ

Бойчак М. П.

ВОВКОДАВ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ
ПЕРШИЙ ГОЛОВНИЙ ТЕРАПЕВТ МО УКРАЇНИ,
ГЕНЕРАЛ-МАЙОР МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ,
ОДИН З ІНІЦІАТОРІВ РЕФОРМУВАННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Робоча група:

Бортнік Н. М.
завідувач редакційно-видавничого відділу
Національної наукової медичної бібліотеки України

Самчук Л. І.
головний бібліограф відділу наукової бібліографії
Національної наукової медичної бібліотеки України

Відповідальна за випуск

Остапенко Т. А.
в. о. генерального директора
Національної наукової медичної бібліотеки України,
заслужений працівник культури України

Оригінал-макет

Коляда О. П.

Підписано до друку 15.11.2024. Формат – 60 x 84/16. Друк офсетний. Гарнітура – «Alegreya». Тираж – 10 прим.

Видавництво: ФОП Коляда О. П.: вул. Т. Шевченка, 68, м. Боярка, Київська обл, 08150.

Свідцтво про державну реєстрацію: Серія Воо №862091 від 05.07.2002 р.

Свідцтво державного реєстру видавців: №1628 від 23.12.2003, Серія ДК. e-mail: kolyada.oleg@gmail.com
Друк: ФОП Ігнатенко А. В.: вул. Перемоги, 9, кв. 22, с. Білогородка, Київська обл., 08140. Зам. №15/11/2024