

Вплив повномасштабної війни на надання амбулаторної медичної допомоги в 2022 році: економічний аспект

за проєктом “Первинна та амбулаторна медична допомога громадянам України внаслідок військового конфлікту”
Проект реалізується за фінансової підтримки Міжнародного фонду “Відродження” та Європейського Союзу

Вступ

Після початку повномасштабної війни 24-го лютого Україна зіткнулася з безпрецедентними викликами в усіх сферах життя. Система охорони здоров’я також. При цьому виклики, з якими стикались медичні заклади в різних областях України, різнилися залежно від того, де розташований медичний заклад. Саме тому вивчення впливу на роботу системи охорони здоров’я зокрема на первинці, яка є основою для надання медичної допомоги, у різних громадах, зокрема прифронтових (які могли певний період часу бути в окупації) та таких, що розташовані в безпечніших областях на заході України, є надзвичайно важливим.

- Дослідження охоплювало 10 територіальних громад: 6 громад, які можна віднести до прифронтових (Харківська, Донецька та Чернігівська області) та 4 тилових громади (Львівська, Івано-Франківська та Закарпатська області).
- Джерелами інформації щодо спеціалізованої медичної допомоги є переважно результати аналітичного звіту НСЗУ за першу половину 2022 р., а інформація щодо послуг первинної медицини базується на даних дашбордів НСЗУ.

Важливість такого дослідження зумовлена потребою оцінити вплив війни на попит та пропозицію медичної допомоги з огляду на падіння економіки (реальний ВВП за оцінкою скоротився на 30-32% у 2022 році), шалену міграцію українців за кордон та всередині країни. Останні зміни важливі, оскільки після впровадження медичної реформи у 2018-2020 роках фінансування системи охорони здоров’я відбувається за принципом “гроші ходять за пацієнтом”. Війна вплинула на маршрут пацієнтів, що також треба врахувати при обговоренні можливих змін підходів до фінансування медичних закладів та обсягу такого фінансування з метою підвищення ефективності видатків на охорону здоров’я на фоні дуже великих бюджетних обмежень.

Цей короткий огляд структуровано так: демографічні зміни під час повномасштабної війни, фінансування охорони здоров’я на первинному рівні під час повномасштабної війни, спостереження на основі доступних даних, висновки.

Демографічні зміни під час повномасштабної війни

Кількість наявного населення в Україні відчутно скоротилася за 2022 рік, що впливає на попит на медичну допомогу, але з іншого боку і на пропозицію, оскільки медичні працівники також поїхали. За даними Управління верховного комісара ООН у національних програмах тимчасового захисту та підтримки в країнах ЄС беруть участь 4,9 мільйона українців¹. Близько 2,8 млн – опинилися у РФ, у тому числі примусово. Канада та США прийняли не менше 0,2 млн осіб. Враховуючи оцінку наявного населення в Україні на 1 січня 2022 року – 38,3 млн (34,5 млн осіб¹ + 3,8 млн в м. Київ), без урахування населення Криму та тимчасово окупованих територій Луганської та Донецької областей, відтік населення за 2022 р. склав не менше 20 %.

¹ <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>

Згідно з оцінками Міжнародної організації з міграції (МОМ), станом на 5 грудня кількість ВПО в Україні становить 5,9 млн осіб (17% від рівня наявного населення). Таким чином, більш ніж 40% населення України покинули місця звичного проживання.

Зменшення кількості населення в Україні за очікуваннями мало призвести до зниження попиту на медичну допомогу і, відповідно, до меншої потреби у фінансуванні. Нижче детальніше про те, чи справді це сталося.

Фінансування охорони здоров'я на первинному рівні під час повномасштабної війни

Медична реформа, запроваджена у 2018 році на первинному рівні, сприяла фінансуванню медичних закладів під час повномасштабної війни. Національна служба здоров'я (НСЗУ) продовжила фінансувати законтрактовані заклади. Був збережений принцип фінансування за капітаційною ставкою на основі кількості укладених декларацій та структури пацієнтів на первинному рівні. При цьому оплата з березня по червень була зафіксована відповідно до кількості декларацій, укладених на 1 березня 2022. Однак [опитування](#)² медичних працівників та пацієнтів свідчить про те, що не всі пацієнти розривали декларації в своїх закладах, коли переїжджали в інші громади в Україні або виїжджали за кордон. Але часом кількість декларацій знижувалась при звільненні лікарів.

3 липня був здійснений перехід на фінансування за оновлений обсяг декларацій. Медзаклади, що надають первинну медичну допомогу, до листопада 2022 року отримували фінансування за кількістю фактично укладених декларацій станом на 1 липня 2022 року. У листопаді КМУ вніс чергові зміни до програми медичних гарантій повернувши для цих медзакладів умови фінансування, що існували до початку повномасштабного вторгнення.

Також змінювалась кількість пакетів програми медичних гарантій, за які НСЗУ здійснювала оплату ЗОЗ у 2022. Було введено додаткові пакети ПМГ «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги» (березень) та «забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залучення лікарів-інтернів» (травень), а фінансування за пакетом з вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19 з 1 травня 2022 року було зупинено.

На рівні амбулаторної спеціалізованої допомоги закладам оплачували у місяць 1/12 від їхнього законтрактованого річного фінансування, щоб забезпечити сталість фінансування. Це було важливо, оскільки окремі заклади на територіях, які опинились в тимчасовій окупації або ж зоні активних бойових дій, були відключені від ЕСОЗ, а тому не могли вносити дані про випадки в електронну систему.

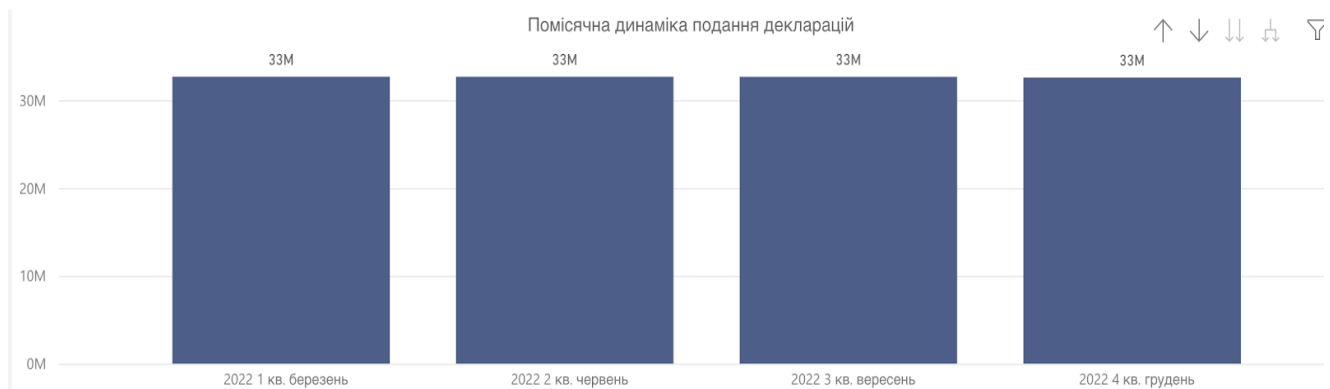
У цілому, закріплення фіксованого розміру фінансування для всіх медичних закладів на початку повномасштабного вторгнення дозволило медичним закладам стабільно продовжувати свою роботу, а подальші зміни дозволили диференціювати фінансування задля уникнення ситуацій, коли фіксований розмір фінансування йде в шкоду медичному закладу.

²<https://drive.google.com/file/d/1GZRQioV226EObmMGCw3VxSVbeQm77UQw/view?usp=sharing>

Спостереження на основі доступних даних:

1. На рівні первинної медицини суттєвої зміни навантаження лікарів первинної медицини під впливом військових дій не відбулося:

- о пацієнти, які перебувають в інших країнах, не розривають декларацій з сімейними лікарями, невелике зменшення у розрізі окремих закладів відбувається під впливом звільнення лікарів; загальна кількість декларацій змінилася з 32,67 млн на 1 березня 2022 до 32,57 млн на 1 грудня 2022, що складає близько 0,3%.



Мал.1. Динаміка подання декларацій у 2022 р.

Дані³ свідчать, що зміна кількості декларацій не суттєва: за цільовими громадами з ВПО – зростання на 0,4%-4,4%, у прифронтових – зменшення 1-7% (за виключенням Краматорська, Селидова, де кількість декларацій впала на 23%). Тобто в цілому зміна менша, ніж можна було б очікувати з огляду на міграцію населення.

ДЕКЛАРАЦІЇ	ПРИФРОНТОВІ					
	Харківська	% зміни	Чернігівська	% зміни	Донецька	% зміни
01.01.2022	2 232 299	-	853 031	-	1 379 141	-
01.03.2022	2 253 425	0,95%	859 180	0,72%	1 378 701	-0,03%
01.06.2022	2 222 111	-0,46%	850 937	-0,25%	1 341 221	-2,75%
01.09.2022	2 174 086	-2,61%	845 510	-0,88%	1 269 333	-7,96%
01.12.2022	2 130 676	-4,55%	839 936	-1,54%	1 197 213	-13,19%

ДЕКЛАРАЦІЇ	ТИЛОВІ					
	Івано-Франківська	% зміни	Закарпатська	% зміни	Львівська	% зміни
01.01.2022	1 211 821	-	1 081 931	-	2 273 626	-
01.03.2022	1 217 040	0,43%	1 100 172	1,69%	2 223 843	-2,19%
01.06.2022	1 226 170	1,18%	1 111 179	2,70%	2 285 653	0,53%
01.09.2022	1 233 987	1,83%	1 122 547	3,75%	2 306 410	1,44%
01.12.2022	1 238 967	2,24%	1 129 139	4,36%	2 321 087	2,09%

Табл.1. Узагальнена інформація щодо динаміки підписання декларацій у поточному році в цільових областях

- о Опитування та інтерв'ю при цьому свідчать, що пацієнти, які переїхали в інші громади або виїхали за кордон, часто продовжують дистанційно консультиватись зі своїми сімейними лікарями.
- о Також медичні заклади подекуди надавали медичну допомогу пацієнтам (зокрема, ВПО) без укладання декларацій. Особливо, якщо йшлося про перший візит пацієнта, але іноді і при наступних консультаціях.

Область	Декларацій	Надавачів з деклараціями	Лікарів з деклараціями	Середня к-сть декларацій на лікаря
ВІННИЦЬКА	1,367,193	93	963	1420
ВОЛИНЬСЬКА	900,675	58	681	1323
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	2,718,987	174	1,874	1451
ДОНЕЦЬКА	1,378,701	49	815	1507
ЖИТОМИРСЬКА	1,065,795	78	830	1284
ЗАКАРПАТСЬКА	1,100,172	87	848	1297
ЗАПОРІЗЬКА	1,406,276	103	1,144	1229
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА	1,217,040	124	1,095	1111
КИЇВСЬКА	1,705,426	126	1,290	1322
КІРОВОГРАДСЬКА	752,739	62	546	1379
ЛУГАНСЬКА	511,235	29	339	1508
ЛЬВІВСЬКА	2,233,843	181	1,859	1196
М.КИЇВ	2,447,194	119	1,899	1289
МИКОЛАЇВСЬКА	899,280	52	612	1469
ОДЕСЬКА	1,987,168	190	1,464	1357
ПОЛТАВСЬКА	1,210,092	81	944	1282
РІВНЕНСЬКА	1,034,795	106	806	1284
СУМСЬКА	918,461	95	727	1263
ТЕРНОПІЛЬСЬКА	905,534	61	703	1288
ХАРКІВСЬКА	2,233,425	138	1,578	1428
ХЕРСОНСЬКА	859,015	66	603	1425
ХМЕЛЬНИЦЬКА	1,135,937	75	922	1232
Total	32,676,576	2,295	24,524	1332

Мал.2. Статистика поданих декларацій станом на 01.03.2022 р.

Можливість обслуговування пацієнтів на первинному рівні без наявності декларації з конкретним лікарем та можливість онлайн комунікацій дозволили максимально полегшити доступ пацієнтів до медичної допомоги незалежно від місця перебування.

Аналіз доступних даних³ свідчить про скорочення відвідувань пацієнтами лікарів не тільки у прифронтових громадах, але і в громадах, де велика кількість ВПО: березень-квітень характеризуються суттєвим падінням, але і у вересні-жовтні 2022 р. кількість звернень до лікарів не повернулася до рівня січня-лютого 2022 р. У ряді цільових громад з ВПО звернення (за кількістю ЕМЗ) складають 75-80% від рівня січня 2022 р., у прифронтових громадах (які зараз у відносно безпечному стані) – 50-70%. Виключенням є м. Краматорськ, де рівень відвідувань не перевищує 20%, що є відображенням приблизної кількості населення, яке залишається у місті.

Підкреслимо, що середня кількість декларантів на лікаря в Україні на 1 березня 2022 р. складала 1332 пацієнта, при цьому це значення було найбільшим у Донецькій та Луганській областях та найменшим у Івано-Франківській та Львівській областях – 1111 та 1196 відповідно.

Кількість лікарів первинної ланки не змінилась суттєво в обох типах цільових громад та проаналізованих областях, що на фоні значного зменшення відвідувань означає зниження навантаження практик сімейного лікаря. Зниження відбулось через зменшення кількості населення, яке перебуває на місці, через внутрішню або зовнішню міграцію. Водночас частково змінювалось, ймовірно, і ставлення населення до відвідин лікарів: профілактичні візити, особливо в прифронтових громадах, відкладаються на ліпші часи.

³ Інформація з дашбордів https://docs.google.com/spreadsheets/d/1gkRK_vKmnDV-8F_C5zs2vVG-S_oXBw/edit?usp=sharing&ouid=110180330357892368916&rtoref=true&sd=true

ЛІКАРІ з деклараціями	ПРИФРОНТОВІ					
	Харківська	% змін	Чернігівська	% змін	Донецька	% змін
01.01.2022	1 563	-	600	-	916	-
01.03.2022	1 578	0,96%	597	-0,50%	915	-0,11%
01.06.2022	1 568	0,32%	594	-1,00%	909	-0,76%
01.09.2022	1 578	0,96%	603	0,50%	902	-1,53%
01.12.2022	1 594	1,98%	598	-0,33%	884	-3,49%

ЛІКАРІ з деклараціями	ТИЛОВІ					
	Івано-Франківська	% змін	Закарпатська	% змін	Львівська	% змін
01.01.2022	1 094	-	840	-	1 865	-
01.03.2022	1 095	0,09%	848	0,95%	1 859	-0,32%
01.06.2022	1 103	0,82%	857	2,02%	1 863	-0,11%
01.09.2022	1 117	2,10%	866	3,10%	1 907	2,25%
01.12.2022	1 110	1,46%	863	2,74%	1 912	2,52%

Табл.2. Узагальнена інформація щодо кількості лікарів з деклараціями у поточному році в цільових областях

При аналізі також варто врахувати ще одну особливість поточної ситуації в секторі. Тоді як кількість сімейних лікарів в громадах, які ми досліджували, суттєво не змінилась, фактично сформувалось кілька когорт лікарів:

- Лікарі, які залишилися в своїх громадах та дають медичну допомогу пацієнтам як офлайн, так і дистанційно. При цьому йдеться про пацієнтів, у яких укладена декларація з кимось із лікарів з відповідної амбулаторії, а часом і з тим, у кого немає декларації з цим закладом. Для таких лікарів, особливо в прифронтових громадах, здійснюють доплати, щоб стимулювати лікарів далі залишатись в містах і не шукати безпечніші території. Це важливий результат медичної реформи: керівники ЗОЗ можуть самостійно визначати рівень оплати праці лікарів і запровадити стимули.
- Лікарі, які виїхали зі своїх громад, але продовжують надавати допомогу пацієнтам, з якими укладені декларації дистанційно. Хоча вже є випадки, коли окремі ЦПМСД відкривають кабінети в місцях скупчення своїх пацієнтів, які стали ВПО.
- Лікарі, які не працюють, але яких не було звільнено (ймовірно, щоб не втратити їх пацієнтів, яким надають допомогу лікарі з першої групи), але які оформлені як такі, що перебувають в простій без збереження заробітної плати.
- Лікарі, які були мобілізовані, але які зберігають за собою робоче місце.
- Лікарі, які загинули під час військових дій.
- Лікарі, які звільнились.

Водночас, під час нашого дослідження не вдалось кількісно оцінити ці групи. Тому, на нашу думку, НСЗУ варто було б розробити відповідну форму-опитувальник та розіслати в законтрактовані заклади, щоб справді зрозуміти кадрову картину на місцях.

2. На рівні амбулаторних спеціалізованих медичних послуг у березні-квітні 2022 року відбулось падіння звернень з питань лікування до 61% та 76% відповідно від показників лютого 2022 р. У цілому в Україні поступово відбулась нормалізація ситуації з візитами вже в червні (за даними аналітичного звіту НСЗУ).

Спеціалізована амбулаторна допомога включає **інтервенції**: лікування, профілактика та реабілітація, а також відповідні **лабораторні та інструментальні дослідження**.

- Кількість пацієнтів, що звернулися за **лікуванням** суттєво знизилась у березні та квітні до рівня відповідно 61% та 76% від показника лютого 2022 року, а потім

повернулася до рівня 94% і 102% у травні-червні. При цьому середня кількість інтервенцій з лікування на одного пацієнта була найвищою у травні та червні 7,7-7,8 проти 6,5 у лютому.

- Кількість пацієнтів, що звернулися за профілактикою суттєво знизилась у березні та квітні, склавши 56% та 80% від показників лютого 2022 р., а потім підвищилась до рівня 84% і 89% у травні-червні відповідно. При цьому середня кількість інтервенцій з профілактики на одного пацієнта була найвищою у травні та червні 5,3-5,3 проти 4,2 у лютому.
- Кількість пацієнтів, що звернулися за реабілітацією суттєво знизилась у березні та квітні склавши 61 % та 69% від рівня лютого 2022, а потім суттєво підвищилась до рівня 107% і 130% у травні-червні відповідно. При цьому середня кількість інтервенцій з реабілітації на одного пацієнта була практично на тому ж рівні у травні та червні 10,6-10,9 проти 10,3 у лютому.
- Кількість пацієнтів, яким були надані лабораторні дослідження у березні та квітні суттєво знизилась – 52% та 65% (від максимального рівня у довоєнні місяці 2022 – лютий 2022), а потім практично повернулася до того ж рівня у травні-червні – до 87% і 98% відповідно. При цьому середня кількість аналізів на одного пацієнта була найвищою у травні та червні – 3,7 та 3,68.
- Кількість пацієнтів, яким були надані інструментальні дослідження (без ендоскопії) аналогічно у березні та квітні суттєво знизилась – 53% та 66%, а потім повернулася до того ж рівня у травні-червні – до 88% і 99% відповідно (від максимального рівня у довоєнні місяці 2022). При цьому середня кількість інструментальних досліджень на одного пацієнта була найвищою у квітні та травні 2,6 проти 2,1 у січні та лютому.

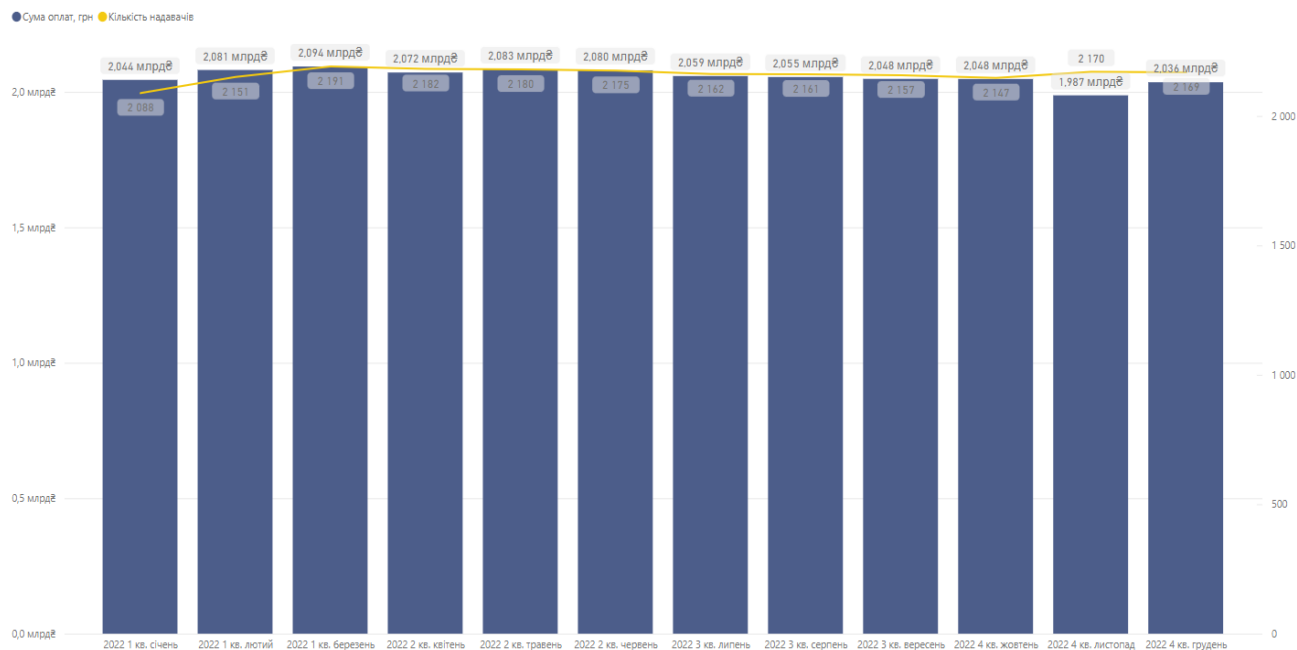
Таким чином, у перші 2 місяці з початку повномасштабної війни відбулося суттєве зниження обсягу наданої **спеціалізованої амбулаторної допомоги** усіх видів, особливо досліджень, де скорочення у березні по відношенню до лютого 2022 р. склало практично половину (52-53%), лікування та профілактики – скорочення близько 40% та 61%. Ці показники відображають ставлення громадян до здоров'я у той період як не до найважливішого з пріоритетів. У квітні поступово почалось відновлення кількості візитів, а до травня досягнуто рівня лютого практично з усіх напрямків, окрім профілактики (89%). Щодо реабілітації – у травні показник інтервенцій перевищив на 30% значення лютого, що пов'язано з великою кількістю поранених військових та цивільних осіб.

Водночас варто врахувати, що при аналізі показників прифронтових та фронтових областей потрібно детальніше вивчати періоди, коли їх заклади вимушено були відключені від ЕСОЗ. При цьому медичні заклади на деокупованих територіях не миттєво підключаються до ЕСОЗ, зокрема через брак комп'ютерів для цього. Відповідно ці заклади не могли в певні періоди вносити дані про випадки в електронну систему.

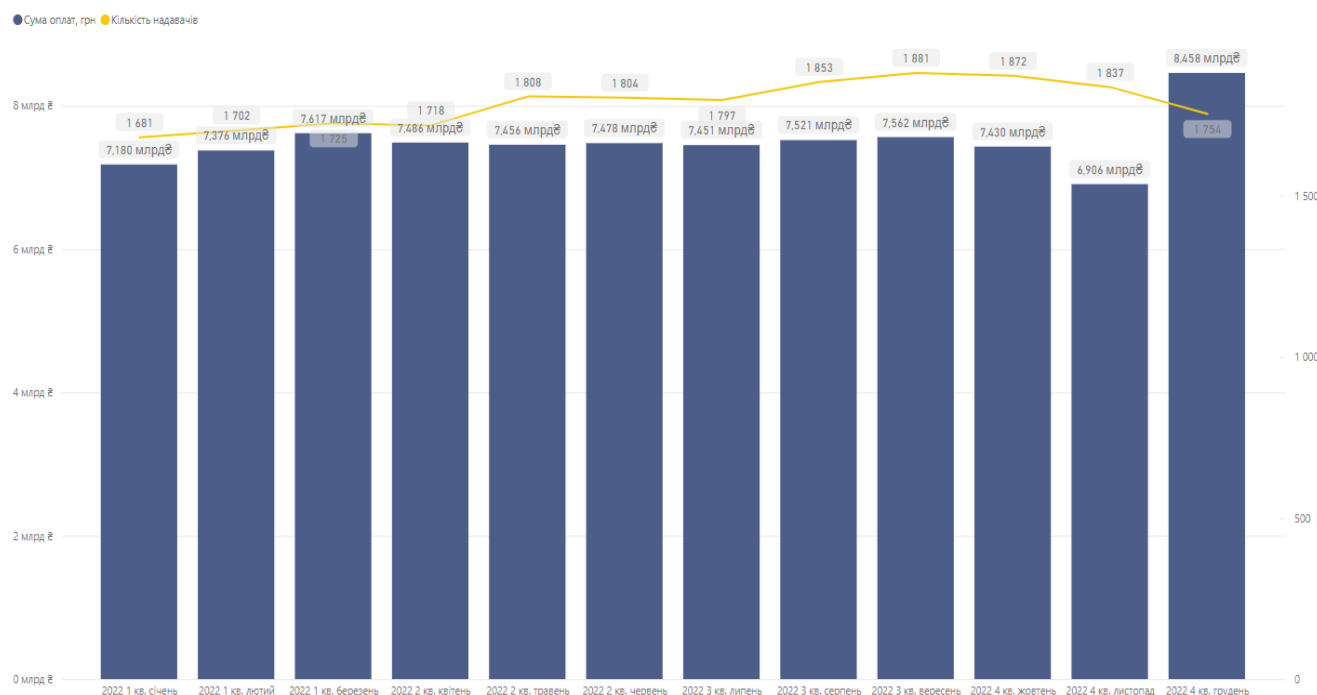
3. Під впливом відкладених візитів, перерв у лікуванні хронічних захворювань, ускладнення доступу до ліків у прифронтових та тимчасово окупованих регіонах України та зростання рівня стресу, *буде спостерігатися загострення хронічних захворювань*. Значний вплив на рівень стресу має зростання безробіття, роз'єднання сімей, зміна не на краще режиму харчування, хвилювання за рідних, які у ЗСУ чи залишилися у небезпечних районах.

Саме тому сімейним лікарям потрібно будувати проактивну системну роботу з пацієнтами, що мають хронічні захворювання, та роботу з організації скринінгів та профілактичних заходів. При цьому опитування та інтерв'ю свідчать про потребу проходження сімейними лікарями курсів з надання психологічної підтримки пацієнтам.

4. Значних змін у рівні фінансуванні не відбувалось по Україні в цілому та по цільовим областям (за винятком Донецької)



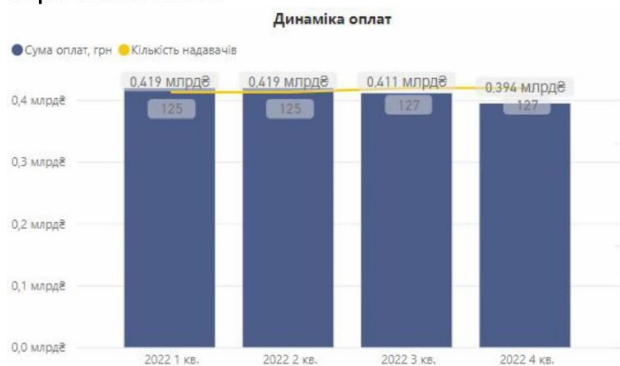
Мал.3. Фінансування первинної медичної допомоги в Україні у 2022 р. за місяцями⁴



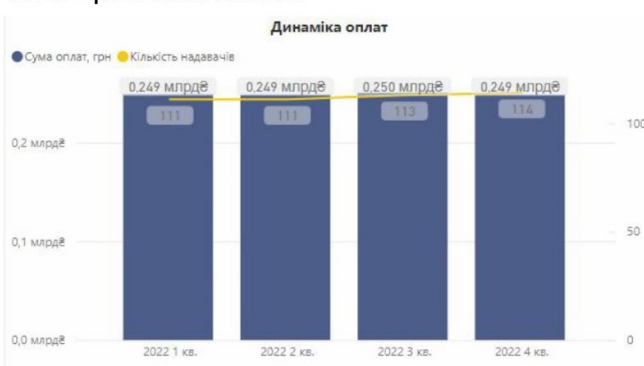
Мал.4. Фінансування спеціалізованої медичної допомоги в Україні у 2022 р. за місяцями⁴

⁴ [Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій \(e-health.gov.ua\)](https://e-health.gov.ua/)

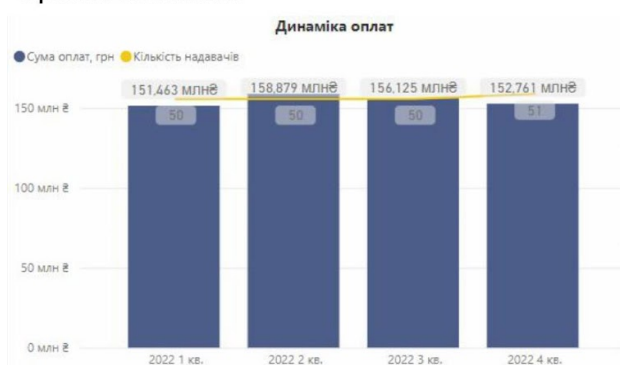
Харківська область



Івано-Франківська область



Чернігівська область



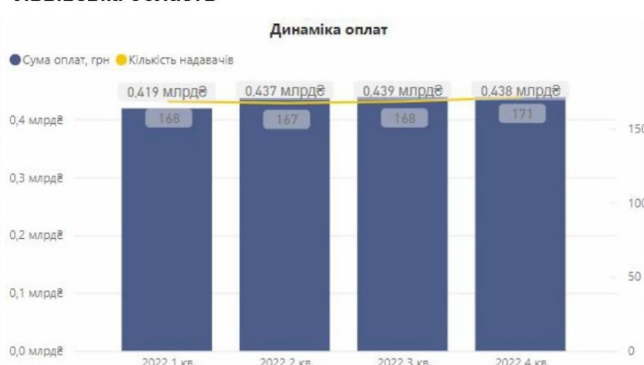
Закарпатська область



Донецька область



Львівська область

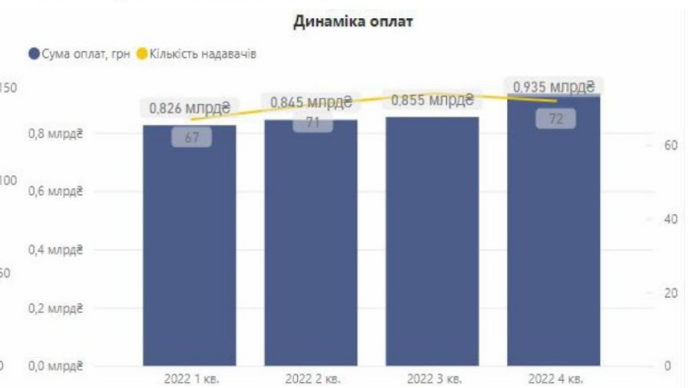


Мал.5. Фінансування первинної медичної допомоги за цільовими областями у 2022 р.⁴

Харківська область



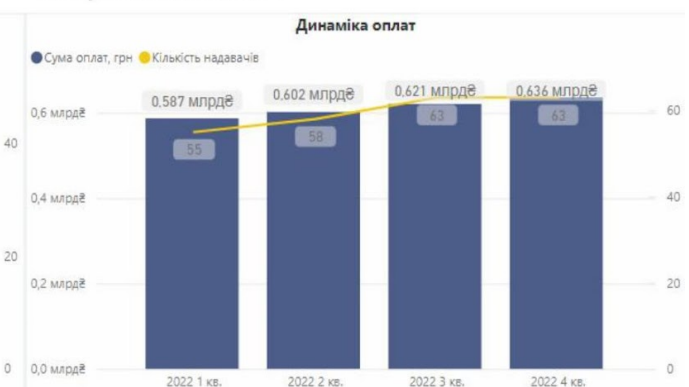
Івано-Франківська область



Чернігівська область



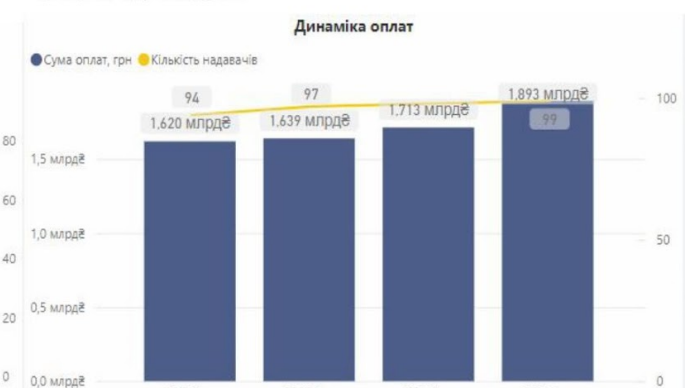
Закарпатська область



Донецька область



Львівська область



Мал.6. Фінансування спеціалізованої медичної допомоги за цільовими областями у 2022 р.⁴

- Для розуміння достатності медичної інфраструктури та наявної кількості лікарів потрібно спочатку зрозуміти кількість наявного населення у всіх громадах, його структуру, а також оцінити потенційні зміни принаймні на 2023 рік. Сьогодні відсутнє розуміння у громадах точної кількості ВПО та своїх мешканців на конкретний момент: відносно велика частина громадян, яка перебувала у громаді, могла повернутися на місце свого проживання у разі звільнення територій. Це буде мати вплив на невизначеність частини місцевих бюджетів, пов'язаних з охороною здоров'я.

ВИСНОВКИ:

Під час повномасштабної війни система охорони здоров'я України, підтримана виправданими діями уряду та НСЗУ, продемонструвала стійкість. Прозорі та зрозумілі підходи до фінансування медичних закладів дозволили отримувати ресурси, необхідні для збереження доступності медичної допомоги для пацієнтів. Надання доступу пацієнтам до медичної допомоги без прив'язки до декларації з сімейним лікарем дозволило пацієнтам незалежно від місця перебування в Україні отримувати медичну допомогу. Реформа охорони здоров'я за принципом “гроші ходять за пацієнтом” є важливим надбанням і повинна продовжуватися.

Більш детальні наші висновки такі:

- дії уряду щодо підходів дофінансування медичних закладів були адекватними в умовах 2022 року, але потребують перегляду у подальшому з метою більш ефективного використання обмежених ресурсів та врахування проблем макроекономічного характеру;
- фактичне скорочення наявного населення в Україні у 2022 році під впливом військових дій суттєво знижує попит на медичні послуги, що важливо враховувати при плануванні надання послуг та вносити відповідні зміни у фінансування;
- інформація про активну кількість користувачів медичною допомогою у цілому на рівні окремих територій є критичною для бюджетотворення та оцінки ПМГ; це один з ключових викликів системи, на який треба шукати відповідь з активним залученням громад;
- дані про кількість укладених декларацій по громадах не корелюють з даними зовнішньої міграції (грудень 2022 – 7,9 млн) і внутрішньої міграції (5,9 млн), оскільки пацієнти не поспішають розривати декларації зі своїми сімейними лікарями;
- дані НСЗУ не підтверджують зв'язку між кількістю декларацій та кількістю звернень пацієнтів/візитів до лікаря первинної ланки, що знову ж таки пов'язано з великою внутрішньою та зовнішньою міграцією; при цьому надання онлайн (дистанційних) консультацій також розриває зв'язок між наявним в громаді населенням та кількістю звернень;
- для ефективної реінтеграції українців, які зараз перебувають в інших країнах через військові дії та будуть повертатися в Україну, в аспекті належної уваги до їхнього здоров'я, необхідно налагодити обмін інформацією щодо їхньої взаємодії з медичними системами в європейських країнах;
- дані стосовно кількості лікарського персоналу, які існують у ЕСОЗ, не дозволяють отримати реальну картину щодо кількості фактично наявних лікарів на окремих територіях чи у ЗОЗ та тих, хто працює дистанційно; важливо провести роботу по виявленню кількості лікарів, які працюють виключно дистанційно (в Україні чи за її межами), а також лікарів, які числяться як зайняті у закладах, але не отримують оплати (включно з лікарями, які на службі у ЗСУ).

Рік тому була розроблена Стратегія охорони здоров'я України до 2030 р., яку так і не було схвалено. Робочій групі варто її знову проаналізувати та врахувати нові виклики, які створила повномасштабна війна. Зокрема йдеться про зміну кількості та структури населення, а також руйнування окремих закладів. Водночас нагально важливо дотриматись далі принципів

запровадженої медичної реформи, яка забезпечує прозорість фінансування, дотримання принципу "гроші ходять за пацієнтом", ґрунтується на автономності закладів охорони здоров'я. Саме ці риси медичної реформи дозволили закладам працювати навіть в надскладних умовах 2022 року і напрацьовувати і власні рішення, про які більше в звіті з досліджень в рамках проєкту.

Звіт склали - Олександра Бетлій та Олена Решетняк при підтримці Крістіни Куропатенко

Матеріал підготовлено за підтримки Європейського Союзу та Міжнародного Фонду «Відродження» в межах грантового компоненту проєкту EU4USociety. Матеріал відображає позицію авторів і не обов'язково відображає позицію Міжнародного фонду «Відродження» та Європейського Союзу.