

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

БУБЕЛА ВІТАЛІЙ ЮРІЙОВИЧ

Допускається до захисту:
завідувач кафедри політології
та державного управління
д.політ.н., професор
_____ Чальцева О.М.
«___» _____ 20__ р.

**ДЕРЖАВНІ ІНСТРУМЕНТИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ**

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Кваліфікаційна робота

Науковий керівник:
Прямухіна Н.В.
д.е.н, професор кафедри
політології та державного управління,
Оцінка: _____ / _____ / _____

(бали/за шкалою ЄКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____ (підпис) _____

Вінниця 2025

АНОТАЦІЯ

Бурбела В. Ю. Державні інструменти надання медичних послуг військовослужбовцям – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування. Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню державних інструментів надання медичних послуг військовослужбовцям України в умовах реформування системи охорони здоров'я та дії воєнного стану. У роботі проаналізовано інституційні засади функціонування медичного забезпечення силових структур, визначено повноваження ключових органів державного управління – МОЗ, МОУ, МВС, НСЗУ, а також їхню взаємодію у сфері реалізації державних програм медичної допомоги. Особливу увагу приділено проблемам фінансування, цифровізації процесів через ЕОЗ, забезпеченню міжвідомчої координації та якості надання послуг. На основі проведеного аналізу розроблено пропозиції щодо підвищення ефективності використання наявних ресурсів і вдосконалення управлінських механізмів у системі медичного обслуговування військовослужбовців.

Ключові слова: державне управління, медичні послуги, військовослужбовці, інституційне забезпечення, електронна система охорони здоров'я, міжвідомча взаємодія, ефективність.

Бібліограф.: 76 найм.

ABSTRACT

Burbela V. State Instruments for the Provision of Medical Services to Military Personnel.

Qualification work for the degree of Master's Degree in speciality 0413 Management and administration. Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2025.

The qualification paper is devoted to a comprehensive study of state instruments for the provision of medical services to military personnel of Ukraine under the

conditions of health care reform, decentralization of public administration, and martial law. The work substantiates the theoretical and methodological foundations of the functioning of the state mechanism for ensuring medical assistance to the military, defines its institutional structure, subject-object relations, and regulatory framework. The roles and powers of key public institutions – the Ministry of Health of Ukraine, the Ministry of Defense of Ukraine, the Ministry of Internal Affairs of Ukraine, the National Health Service of Ukraine, and other bodies involved in the medical support system of the security and defense sector – are analyzed. Particular attention is paid to issues of interagency coordination, efficient use of financial, human, and material resources, as well as the implementation of digital tools, including the Unified Electronic Health Care System (eHealth). Based on the conducted analysis, practical recommendations are developed to improve the organizational and managerial mechanisms of state support for medical services to military personnel, aimed at enhancing the quality, continuity, and accessibility of medical care. The obtained results have applied significance for the formation of a modern model of public administration in the field of military medicine and can be used in the development of state strategies in health care and national security.

Keywords: public administration, medical services, military personnel, institutional support, electronic health care system, interagency cooperation, efficiency.

Bibliography: 76 items.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	12
1.1. Сутність та роль медичного забезпечення у системі національної безпеки. .	12
1.2. Теоретичні та правові основи державного управління в галузі охорони здоров'я	23
1.3. Методологія дослідження державних інструментів у сфері медичних послуг для військових.....	30
Висновки до розділу 1.	39
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНИХ ІНСТРУМЕНТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УКРАЇНІ	42
2.1. Аналіз нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування військових	42
2.2. Особливості інституційної структури та компетенцій державних органів у сфері медичного забезпечення Збройних Сил	51
2.3. Аналіз ефективності реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців на прикладі ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області»	61
Висновки до розділу 2	68
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ.....	70
3.1. Напрями удосконалення інституційної структури державних органів у сфері медичного забезпечення військовослужбовців в умовах воєнного стану	70
3.2. Організація взаємодії ланок державного управління у сфері військової медицини	78
Висновки до розділу 3	86
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ	92
ДОДАТКИ	101

Список скорочень:

- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (Європейський центр профілактики та контролю захворювань)
- HERA – Health Emergency Response Authority (Європейський орган з реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я)
- ICS – комплексні системи догляду
- NHS – Національна служба охорони здоров'я
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Організація економічного співробітництва та розвитку)
- UHC – Universal Health Coverage (Універсальне медичне страхування)
- ВЛК – Військово-лікарська комісія медико-соціальною експертною комісією
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій
- ЕСОЗ – Електронна система охорони здоров'я.
- МВС – Міністерство внутрішніх справ України
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- МОУ – Міністерство оборони України
- МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ОЕСР – Організація економічного співробітництва та розвитку
- ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад
- ЦКПХ – Центр контролю та профілактики хвороб

ВСТУП

У сучасних умовах воєнного стану та системної трансформації сектору національної безпеки й оборони України забезпечення належного рівня медичного обслуговування військовослужбовців набуває особливої ваги у внутрішньополітичному та в гуманітарному вимірі. Військові – це категорія громадян, яка, виконуючи конституційний обов’язок щодо захисту державного суверенітету та територіальної цілісності України, потребує з боку держави не лише визнання, а й чітко налагоджених інституційних механізмів соціального захисту, серед яких медичне забезпечення посідає одне з центральних місць.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю системного осмислення та вдосконалення державних інструментів, які використовуються для організації, регулювання та контролю за наданням медичних послуг військовослужбовцям. На тлі зростання навантаження на систему військової медицини, обмежених ресурсів, а також потреби в інтеграції з цивільною системою охорони здоров’я постає потреба у переосмисленні підходів до державного управління в цій сфері. Зокрема, важливо визначити ефективність чинної нормативно-правової бази, координації міжвідомчої взаємодії, бюджетних механізмів, цифрових інструментів і практик партнерства з громадянським сектором.

Питання організації та функціонування системи медичного забезпечення військовослужбовців дедалі більше привертає увагу як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників, особливо в контексті воєнних конфліктів, трансформації системи охорони здоров’я та реформування сектору безпеки.

Серед українських науковців значний внесок у вивчення теми зробили *О. Руденко, М. Лисенко, І. Гудзь*, які розглядали функціонування військової медицини, її організаційні моделі та виклики в умовах гібридної війни. Зокрема, у роботах *І. Гудзя* акцентується увага на взаємодії між цивільною та військовою медичною інфраструктурою, питаннях ефективного ресурсного забезпечення та кадрової підготовки. У працях *І. Тодорової та Л. Марущак* детально розглянуто

впровадження госпітальних округів у контексті медичного обслуговування військовослужбовців та учасників бойових дій.

На рівні законодавчих і політичних досліджень, важливою є праця *О. Власюка*, в якій розкриваються аспекти державної політики безпеки з медичним забезпеченням оборонного сектору. Разом з тим, у працях *С. Беляєва* аналізуються проблеми нормативного забезпечення та фінансування військової медицини в умовах децентралізації.

Серед зарубіжних дослідників слід виділити праці *R. Farmer, J. C. Butler* та *T. N. Stokes*, які досліджували системи медичного забезпечення військовослужбовців США, Великої Британії та Канади. Особливу увагу в їхніх роботах приділено таким інструментам, як електронне здоров'я (eHealth), система тріажу, адаптивні госпітальні мережі, мобільна медицина та міжвідомча координація. Визначальною особливістю зарубіжного підходу є орієнтація на стандартизацію, інтероперабельність систем охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та інституційну інтеграцію з цивільною охороною здоров'я. Це дає змогу гарантувати швидкий доступ до медичних послуг, їх якість і контроль, що може слугувати корисним орієнтиром для адаптації в українському середовищі.

Водночас, незважаючи на наявність окремих ґрунтовних досліджень, загальна систематизація інструментів державного управління медичним забезпеченням військових в умовах воєнного стану, перехідного правового режиму та реформування охорони здоров'я в Україні залишається недостатньо опрацьованою, що зумовлює необхідність подальших міждисциплінарних досліджень у цій галузі. В Україні бракує комплексного аналізу державних інструментів надання медичних послуг військовослужбовцям в контексті сучасної трансформації державного управління, викликів безпеки, а також з урахуванням європейських стандартів охорони здоров'я у збройних силах. Зазначене потребує розроблення системного підходу, що дозволить би інтегрувати функціональні, організаційні та фінансові аспекти медичного забезпечення захисників держави.

Метою даної роботи є дослідження існуючих державних інструментів у сфері надання медичних послуг військовослужбовцям та формування практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів державного регулювання у зазначеній сфері відповідно до актуальних викликів та потреб.

Завдання роботи:

- 1) розглянути теоретичні засади функціонування системи державного управління у сфері надання медичних послуг військовослужбовцям, визначити ключові поняття, категорії та підходи;
- 2) охарактеризувати нормативно-правову базу, що регламентує надання медичних послуг військовослужбовцям в Україні та визначити її відповідність сучасним потребам та міжнародним стандартам;
- 3) дослідити практичне функціонування наявних державних інструментів (організаційних, фінансових, управлінських) у системі медичного забезпечення Збройних Сил України;
- 4) оцінити ефективність діючих механізмів взаємодії між органами державної влади, медичними установами та військовими структурами в процесі надання медичних послуг;
- 5) виявити основні проблеми, виклики та обмеження, які ускладнюють ефективну реалізацію державної політики у цій сфері, з урахуванням умов воєнного стану;
- 6) проаналізувати досвід інших країн щодо організації медичного забезпечення військовослужбовців та визначити можливості його адаптації в українському контексті;
- 7) сформулювати практичні рекомендації щодо удосконалення державних інструментів надання медичних послуг військовослужбовцям в умовах реформування сектору безпеки і оборони.

Об'єктом дослідження є система державного управління в галузі медичного забезпечення військовослужбовців.

Предмет дослідження – державні механізми, інструменти та практики реалізації медичних послуг військовослужбовцям у межах системи військової медицини.

Методи дослідження. Аналіз нормативно-правових актів – використовується для вивчення правових основ функціонування системи медичного забезпечення військовослужбовців, зокрема: Законів України, підзаконних актів, наказів МОУ та МОЗ, положень міжнародного гуманітарного права (наприклад, Женевських конвенцій); порівняльно-правовий метод – дозволяє зіставити державні інструменти надання медичних послуг військовим в Україні та в інших країнах (наприклад, США, Німеччині, Ізраїлі, Польщі); інституційний метод – спрямований на вивчення взаємодії державних і недержавних інституцій, які беруть участь у медичному забезпеченні військових; системний підхід – дозволяє розглядати медичне забезпечення військових як комплексну систему, що складається з організаційних, фінансових, управлінських і правових елементів; метод аналізу статистичних даних – застосовується для аналізу динаміки: забезпеченості медичними кадрами, кількості поранених і охоплених медичною допомогою, витрат державного бюджету на медичні програми для військових; метод експертних оцінок – полягає у зборі думок спеціалістів (військових медиків, управлінців, експертів з оборони) щодо якості чинних державних інструментів.

Наукова гіпотеза дослідження. В процесі дослідження припускається, що впровадження комплексної, системно орієнтованої моделі державного регулювання надання медичних послуг військовослужбовцям – за умови інтеграції цифрових сервісів, міжвідомчої координації та адаптації до стандартів НАТО – призведе до істотного підвищення доступності, якості та стійкості медичного забезпечення в умовах як мирного часу, так і збройного конфлікту. Водночас виявлення дисфункцій у чинних механізмах дозволить сформулювати оптимізовані управлінські рішення, спрямовані на підвищення ефективності використання державних ресурсів у сфері військової медицини.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані для удосконалення державної політики у сфері медичного обслуговування військовослужбовців, а також може слугувати аналітичною базою для законодавчих ініціатив, стратегій реформування системи військової медицини та розвитку інституційної спроможності відповідальних органів влади.

Наукова новизна дослідження полягає в комплексному обґрунтуванні та концептуалізації моделі державних інструментів забезпечення медичних послуг військовослужбовців, яка інтегрує сучасні механізми військово-медичного менеджменту, цифрові засоби координації медичної допомоги та індикатори оцінювання її доступності й безперервності в умовах воєнного стану.

Науково-практична значущість дослідження полягає в тому, що запропоновані підходи до удосконалення державних інструментів забезпечення медичних послуг військовослужбовців можуть бути використані органами державної влади та військово-медичними установами для підвищення ефективності організації медичної допомоги, оптимізації координації між цивільним і військовим секторами охорони здоров'я, впровадження цифрових сервісів для оперативного обліку та маршрутизації поранених, а також розроблення нормативно-правових рішень, спрямованих на забезпечення доступності, безперервності та якості медичного забезпечення у воєнний і післявоєнний періоди.

Кваліфікаційна (магістерська) робота виконана в межах розробки науково-дослідної теми кафедри політології та державного управління: 0123U101423 (2023-2028) «Публічна політика і державне управління в умовах війни та повоєнного відновлення України».

Апробація дослідження відбулася на Міжнародній науково-практичній конференції «Трансформаційні економічні процеси в Україні та країнах Європи» (24-25 жовтня 2025 року) м. Ужгород. Назва тез: «Теоретичні підходи до аналізу державного управління в галузі охорони здоров'я» (Додаток А).

Структура роботи. Кваліфікаційна (магістерська) робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 99 стор., список літератури – 76 джерел, 2 додатки.



РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Сутність та роль медичного забезпечення у системі національної безпеки.

Медичне забезпечення є однією з базових передумов існування і стабільного розвитку суспільства, охоплюючи не лише надання медичної допомоги, а й систему профілактики, реабілітації, епідеміологічного нагляду та охорони громадського здоров'я. Сутність медичного забезпечення полягає у створенні таких умов, за яких кожна людина має доступ до якісних медичних послуг, незалежно від соціального статусу чи місця проживання.

Роль медичного забезпечення у житті населення проявляється в таких ключових аспектах: по-перше, воно є гарантом фізичного та психічного здоров'я громадян, що безпосередньо впливає на їхню працездатність і тривалість життя; по-друге, ефективна система медичного забезпечення підтримує соціальну стабільність, адже від рівня довіри до медицини значною мірою залежить довіра до держави; по-третє, медичне забезпечення є важливою складовою національної безпеки, оскільки готовність системи охорони здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації – від епідемій до воєнних дій – визначає здатність держави зберегти людський потенціал.

Медичне забезпечення суспільства виконує не лише гуманітарну, а й стратегічну функцію. Воно формує основу економічної й соціальної стійкості країни, зміцнює обороноздатність і сприяє підвищенню якості життя громадян. Без ефективної системи охорони здоров'я неможливе повноцінне функціонування ані суспільства, ані держави.

Існує велика кількість визначень поняття «медичне забезпечення» як в контексті існування суспільства в цілому, так і в контексті безпеки держави.

Зокрема, у сфері медичного обслуговування населення: медичне забезпечення трактується як система заходів, що підвищують ефективність і доступність медичних послуг, покращують якість життя, знижують рівні захворюваності, інвалідності та смертності населення [1].

У контексті цивільного захисту (надзвичайних ситуацій) Л.Й. Шостак визначила медичне забезпечення як: «Медична спеціалізована служба цивільного захисту ... забезпечує надання медичної допомоги населенню в умовах загрози та виникнення надзвичайних ситуацій...» [2, с.3].

Відносно системи безпеки держави, насамперед, за військово-тиловим контекстом «Медичне забезпечення ... на марші, в бою та при розташуванні на місці організовується для збереження боєздатності і здоров'я особового складу, своєчасного надання медичної допомоги пораненим та хворим, їх евакуації, подальшого лікування та повернення до строю, попередження виникнення та поширення хвороб...» [3].

В роботах О.О. Терзі та К.В. Карпова [4] медичне забезпечення в системі національної безпеки визначається як це комплекс політичних, організаційних, правових та фінансових заходів, спрямованих на збереження і відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я населення та військових, що забезпечує їхню життєздатність та працездатність у будь-яких умовах.

Основні акценти визначень поняття «медичне забезпечення» як складової національної безпеки наведено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Акценти визначень поняття «медичне забезпечення»

Контекст	Основний акцент визначення
Військовий (бойовий)	Забезпечення здоров'я бійців, евакуація поранених, лікування, попередження хвороб
Військовий (загальний)	Система заходів: медична допомога, реабілітація, відновлення боєздатності
Громадянський / цивільний	Постачання населення медичними засобами і ресурсами в умовах криз

Джерело: сформовано автором за джерелами [1, 2, 3,4].

Здоров'я – не лише соціальне благо, а й фундаментальна складова національної безпеки. Медичне забезпечення виконує стратегічну функцію, забезпечуючи стійкість державницьких інститутів через здорову націю. Система медичного забезпечення як складова охорони здоров'я, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я є фундаментом миру й безпеки, а отже, має першорядне значення для стабільності держави, оскільки включає профілактику, моніторинг, реагування на загрози – служить «очима» й «рушієм» держави в кризових умовах і дозволяє швидко виявляти та локалізувати загрози [5].

Система медичного забезпечення є безпечним інструментом державного розвитку. Системні заходи громадського здоров'я, включаючи санітарно-епідеміологічний нагляд, вакцинацію, контроль гігієни, допомагають в довгостроковій перспективі підвищити життєстійкість населення. Наприклад, близько 80 % приросту тривалості життя в США у XX столітті стало результатом саме таких заходів, а не медичного лікування [5].

Система медичного забезпечення забезпечує обороноздатність країни через медичну підтримку військових та кризостійкість завдяки ефективному реагуванню на надзвичайні ситуації. Сучасна система військового (або укріпленого цивільного) медичного забезпечення покликана забезпечувати злагоджене реагування в разі конфліктів чи катастроф. Для прикладу, армійська медична система США (Military Health System, MHS) підтримує мережу закладів, транспортні ресурси та запаси для допомоги мільйону військових і цивільних під час бойових дій і гуманітарних криз. Здатність швидко евакуювати поранених, надати екстрену медичну допомогу й організувати логістику допомоги має вирішальне значення для обороноздатності.

Важливим завданням системи медичного забезпечення в безпековій сфері є створення єдиного медичного простору як основи обороноздатності. Воєнно-медична доктрина України встановлює принцип створення єдиного медичного простору, що об'єднує медичні служби ЗСУ, інших силових структур і цивільну систему охорони здоров'я. Така інтеграція дає змогу максимально ефективно

використовувати ресурси – від лікування поранених до реабілітації, зміцнюючи боєздатність і забезпечуючи оперативне реагування в умовах війни [6].

Ця інтеграція здійснюється через Воєнно-медичну доктрину: створення єдиного медичного простору. Постанова Кабінету Міністрів України № 910 від 31 жовтня 2018 року затвердила Воєнно-медичну доктрину, що проголошує об'єднання цивільних і військових медичних служб у єдиний медичний простір. Це забезпечує спільне стратегічне планування, матеріально-технічне оснащення та взаємодію під час мирного та кризового часу. Доктрина відзначає, що це об'єднання – не лише декларація, але й принцип, закріплений у ключових аспектах: стандартизації надання меддопомоги, клінічних протоколах та матеріальному забезпеченні.

В контексті доктрини під час повномасштабного вторгнення практична взаємодія цивільної і військової медицини здійснюється через створений єдиний медичний простір: цивільні медзаклади (мережа МОЗ) і військові госпіталі динамічно взаємодіють. Військові лікарі можуть лікувати поранених у цивільних лікарнях, що дозволяє рятувати життя ближче до фронту [7].

Важливу роль система медичного забезпечення відіграє у формуванні резервів та підготовці до масових викликів. Україна активно реформує систему медичного забезпечення сил оборони відповідно до стандартів НАТО. Це включає уніфікацію підходів, модернізацію техніки, підготовку кадрів з тактичної медицини та забезпечення високого рівня профілактики інфекцій. Такий підхід підсилює спроможність системи швидко адаптуватися до змін і криз. З цією метою перед системою медичного забезпечення стоять наступні завдання:

- запровадження єдиних підходів до системи медичного забезпечення у всіх складових сил оборони відповідно до стандартів НАТО;
- укомплектування сил оборони сучасним, уніфікованим медичним майном, медичною та санітарною технікою;

- забезпечення функціонування системи підготовки та перепідготовки військово-медичних працівників сил оборони з питань тактичної медицини;
- забезпечення координованої міжвідомчої взаємодії між медичними силами сил оборони та державною системою охорони здоров'я;
- забезпечення епідемічного благополуччя і високого рівня профілактики інфекційних захворювань особового складу сил оборони [8].

Система медичного забезпечення забезпечує інфраструктурну інтеграцію між цивільною та військовою медичною системами. Так, за словами заступника міністра оборони Наталії Калмикової на Міжнародному конгресі з військової медицини (липень 2024) «МОЗ відповідає за лікувальні етапи, а МОУ – за догоспітальну допомогу. При цьому запроваджено єдині клінічні протоколи за напрямом «бойова травма», які використовують представники обох систем» [9].

Інтеграція цивільної та військової систем медичного забезпечення здійснюється через механізми, відображені в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Механізми інтеграції цивільної та військової систем медичного забезпечення

Механізм інтеграції	Механізм інтеграції
Воєнно-медична доктрина (2018)	Створення єдиного медичного простору; стандартизація, ресурси, єдність
Практична взаємодія у війні	Спільна допомога: цивільні лікарні — військовим; зменшення смертності
Чіткий розподіл компетенцій (МОУ/МОЗ)	Клінічні протоколи, спільні підходи до доправки (поранених і хворих) та лікування
Наукове інституціональне оформлення	Законодавче й організаційне обґрунтування інтеграції ресурсів

Джерело: сформовано автором за джерелами [6; 8; 10].

Система медичного забезпечення в Україні забезпечує інфраструктурну інтеграцію цивільної та військової медицини через:

- нормативну основу (Воєнно-медична доктрина), що закладає єдиний медичний простір;
- практичну співпрацю лікарень під час військових загострень;
- чіткий розподіл ролей між МОУ і МОЗ із єдиними клінічними стандартами;

– науково-організаційне оформлення співпраці через відповідні інституційні рамки.

Це дозволяє забезпечити ефективне використання ресурсів, оперативне реагування у кризах, а також збереження боєздатності та здоров'я населення.

Охорона здоров'я розглядається як стратегічно важливий елемент національної безпеки. Без здоров'я нації порушується її можливість функціонувати стабільно та ефективно, що суттєво послаблює національну стійкість.

Узагальнимо роль медичного забезпечення в системі національної безпеки. Для цього скористаємося рис. 1.1.

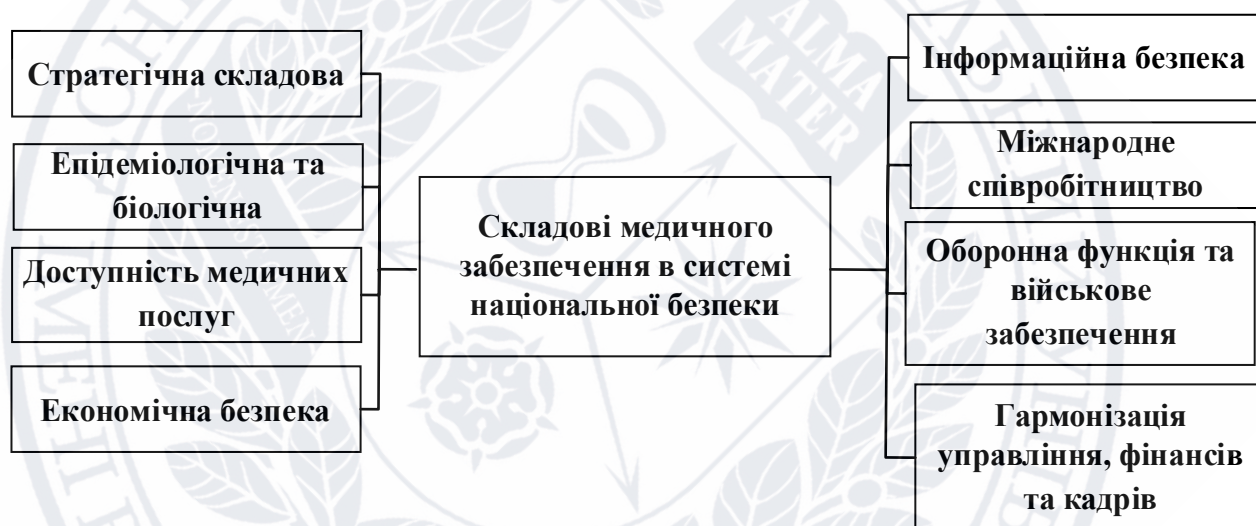


Рисунок 1.1. Складові медичного забезпечення в системі національної безпеки
Джерело: сформовано автором за джерелами: [1; 2; 3; 4].

Медичне забезпечення – це не просто медичні послуги. Це фундаментальна складова національної безпеки, що охоплює соціальну, економічну, епідеміологічну, інформаційну, біологічну й оборонну безпеку. Воно гарантує здатність суспільства та держави розвиватися, захищатися та реагувати на кризи.

Медичне забезпечення в системі національної безпеки включає наступні складові:

1. Стратегічна складова соціальної безпеки: сфера охорони здоров'я безпосередньо впливає на ключові показники життя – продуктивність,

демографічну стійкість, здатність держави забезпечувати населення. Тому це галузь-стратегія, яка має бути пріоритетною нарівні з економічною, політичною та оборонною потужністю.

2. Епідеміологічна та біологічна безпека: система медичного забезпечення включає заходи щодо виявлення, протидії та реагування на епідемії, пандемії, а також біологічні загрози. Це охоплює забезпечення вакцин, медичного обладнання та планів реагування на надзвичайні ситуації.
3. Доступність медичних послуг: надійний доступ до якісної меддопомоги є ключовим фактором соціальної стабільності. Відсутність такого доступу під час кризи підриває довіру до держави та загрожує суспільному порядку.
4. Економічна безпека: без здорового населення не може бути продуктивної економіки. Медична система, що має стале фінансування, захищає економічний потенціал країни від кризи, пов'язаної з масовою захворюваністю.
5. Інформаційна безпека: важливим аспектом є довіра громадян до медичної інформації і боротьба з дезінформацією. Надійна, перевірена інформація про здоров'я зміцнює стійкість суспільства.
6. Міжнародне співробітництво: обмін досвідом, спільна боротьба з глобальними загрозами (як-от пандемії) важливі для національної безпеки. Така колаборація допомагає розбудовувати стійкі системи реагування.
7. Оборонна функція та військове забезпечення: згідно з воєнно-медичною доктриною України, медичне забезпечення військових формувань – це окрема система, що інтегрується в національну медичну інфраструктуру і критично важлива для обороноздатності. Також окремо необхідно підкреслити важливість інтеграції військової медичної системи у єдиний медичний простір країни.
8. Гармонізація управління, фінансів та кадрів: ефективна система медичного забезпечення вимагає належного управління, стабільного фінансування, розвитку інфраструктури і підвищення кваліфікації медперсоналу.

Система медичного забезпечення в Україні має досить складну і розгалужену структуру інституцій яка складається з чотирьох основних складових (рис. 1.2):

- медичне забезпечення цивільної системи охорони здоров'я;
- військова система медичного забезпечення;
- медичне забезпечення інших силових структур з власними медичними службами;
- медичне забезпечення спеціалізованих відомчих закладів.

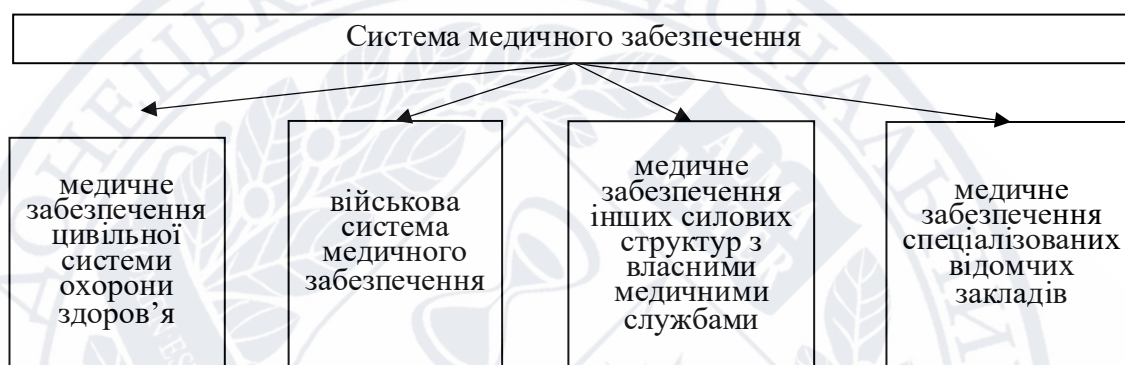


Рисунок 1.2. Інституціональна система медичного забезпечення в Україні, що сформувалась станом на 2024-2025 рр.

Джерело: сформовано автором за джерелами [10; 11].

1. Управління медичним забезпеченням цивільної системи охорони здоров'я здійснюється системою інституцій, серед яких основними є:
 - а) Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) – центральний орган виконавчої влади, формує та реалізує державну політику в галузі охорони здоров'я і підпорядковується Кабінету Міністрів України;
 - б) Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – орган при МОЗ, адміністратор Програми медичних гарантій, укладає договори з медичними закладами;
 - в) Центри контролю та профілактики хвороб МОЗ (ЦКПХ) – регіональні структури, що відповідають за епіднагляд та профілактику;

- d) Комунальні та приватні медичні заклади – лікарні, поліклініки, амбулаторії, центри ПМСД; підпорядковані місцевим органам влади або власникам.

2. Військова система медичного забезпечення:

- a) Міністерство оборони України (МОУ) – формує політику у сфері військової медицини;
- b) Командування Медичних сил Збройних Сил України (КМС ЗСУ) – відповідає за організацію та функціонування медичного забезпечення у ЗСУ (госпіталі, мобільні шпиталі, санітарна евакуація);
- c) Військово-медичні клінічні центри (госпіталі) – на регіональному рівні;
- d) Військово-медичні академії та навчальні заклади – підготовка кадрів (наприклад, Українська військово-медична академія).

3. Інші силові структури з власними медичними службами:

- a) Міністерство внутрішніх справ (МВС), яке, в свою чергу включає медичні підрозділи Національної гвардії України та медичні підрозділи Державної прикордонної служби України;
- b) Служба безпеки України (СБУ) яка має власні медичні підрозділи для співробітників;
- c) Державна служба України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) – медичні частини для рятувальників, аварійно-рятувальні бригади.

4. Спеціалізовані відомчі заклади, зокрема медичні заклади Управління державної охорони (УДО) та медичні установи Міністерства юстиції (для системи виконання покарань).

Наведені інституції мають різні рівні підпорядкування. Так, на найвищому рівні МОЗ (цивільна медицина, НСЗУ, ЦКПХ), МОУ (Командування Медичних сил ЗСУ), МВС, ДСНС, Мін'юст, інші силові структури з відомчими медслужбами підпорядковуються безпосередньо Кабінету міністрів України та Президенту України які здійснюють стратегічне керівництво в умовах воєнного стану (секретарю НРБО), зокрема в питання медичного забезпечення як

елементу нацбезпеки. Місцеве самоврядування – управляє комунальними медичними закладами, але в межах політики МОЗ та договорів з НСЗУ.

Інтеграція інституцій медичного забезпечення здійснюється через: воєнно-медичну доктрину України, прийняту у 2018, рішення РНБО у сфері нацбезпеки та практичну взаємодію у межах єдиного медичного простору.

Підсумовуючи наведене вище, можна зазначити, що медичне забезпечення є однією з базових складових системи національної безпеки, оскільки безпосередньо впливає на здоров'я нації, стійкість державних інститутів, рівень соціальної довіри та обороноздатність країни. В умовах сучасних загроз – воєнної агресії, гібридних викликів, пандемій та екологічних катастроф – роль медичної сфери набуває стратегічного значення та виходить далеко за межі суто соціальної функції.

Передусім, медичне забезпечення виконує ключову роль у «збереженні людського капіталу», який є фундаментом національної економіки та державотворення. Здоров'я нація формує основу для стабільного функціонування інститутів влади, економічного розвитку та соціальної згуртованості. Системна охорона здоров'я забезпечує профілактику, лікування та реабілітацію населення, тим самим підвищуючи тривалість та якість життя громадян. Як наслідок, зміцнюється соціальна стабільність і довіра до державних структур, що є однією з передумов стійкої національної безпеки.

Окреме значення має «оборонний аспект» медичного забезпечення. Військова медицина, інтегрована у структуру сектору безпеки і оборони, безпосередньо впливає на бойову готовність Збройних Сил України та інших військових формувань. Наявність ефективної системи медичної евакуації, розгалуженої мережі військових госпіталів, сучасних засобів тактичної медицини та висококваліфікованих кадрів підвищує здатність армії протистояти тривалим бойовим діям і мінімізує втрати особового складу. Крім того, досвід останніх років показав, що саме інтеграція цивільної та військової медицини дозволяє ефективно реагувати на надзвичайні ситуації, коли ресурсів однієї з підсистем бракує.

Важливою є і стійкість держави до криз, яка формується завдяки готовності медичної системи до реагування на епідемії, техногенні аварії, масові отруєння чи природні катастрофи. Наявність єдиних стандартів медичної допомоги, резервів лікарських засобів і засобів індивідуального захисту, а також належної координації між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством оборони та іншими відомствами створюють умови для збереження життя і здоров'я громадян у кризових умовах.

Важливим компонентом сучасної системи медичного забезпечення є «інфраструктурна інтеграція цивільної та військової медицини». На законодавчому рівні передбачено співпрацю між МОЗ, МОУ, Державною прикордонною службою, Національною гвардією та Службою безпеки України, що дозволяє об'єднувати ресурси, проводити спільні навчання та координувати роботу у сфері охорони здоров'я. Подібна інтеграція сприяє ефективному використанню наявних медичних потужностей, підвищує мобільність реагування на загрози та забезпечує гнучкість у розподілі ресурсів під час надзвичайних ситуацій.

Не менш важливим є і «інституційний аспект». Система медичного забезпечення в Україні має багаторівневу структуру: від Президента та Ради національної безпеки і оборони – до Кабінету Міністрів, МОЗ, НСЗУ, МОУ, Командування Медичних сил, а також спеціалізованих медичних служб інших силових відомств. Така модель забезпечує чітку вертикаль управління і контроль за виконанням функцій, а також дозволяє координувати дії на стратегічному, оперативному та тактичному рівнях.

Отже, медичне забезпечення в системі національної безпеки України виконує багатофункціональну роль. Воно є гарантом соціальної стабільності, фундаментом людського потенціалу, чинником підвищення обороноздатності та важливим елементом кризового реагування. Подальший розвиток цієї системи має ґрунтуватися на принципах інтегрованості цивільної та військової медицини, інституційної координації, достатнього фінансування та впровадження сучасних медичних технологій. Саме комплексний підхід до медичного забезпечення

дозволить Україні зміцнити власну національну безпеку, забезпечити стійкість держави та зберегти здоров'я нації як її стратегічний ресурс.

1.2. Теоретичні та правові основи державного управління в галузі охорони здоров'я

Охорона здоров'я до 2014 р. традиційно розглядалася як соціальна політика з акцентом на доступності та якості послуг. Після пандемії COVID-19 та в умовах повномасштабної агресії проти України вона дедалі більше інтерпретується як критична державна інфраструктура і складова національної безпеки. У сучасних підходах до управління системою охорони здоров'я в цілому та системи медичного забезпечення переплітаються два підходи:

- 1) підхід до управління охороною здоров'я як засобом універсального охоплення послугами (УНС). Управління зосереджується на фінансовому захисті, формуванні первинної ланки, управлінні якістю;
- 2) підхід, який фокусується на готовності до реагування на загрози, інституційній стійкості, міжвідомчій координації (так званий підхід «охорона здоров'я як безпека»).

ВООЗ (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я) та ОЕСР (Організація економічного співробітництва та розвитку) після 2020 року запропонували підхід до управління, який отримав назву «резильєнтність системи охорони здоров'я», при якому роль управління полягає в здатності пом'якшувати, готуватися, відповідати й відновлюватися, продовжуючи забезпечувати базові послуги та трансформуючись за підсумками криз. Ця концепція державного управління зміщує роль управління з «лікування проблеми» на керування ризиками у трьох вимірах: інституційному (хто відповідає), операційному (як організовано) та фінансовому (чим підкріплено) [12]. Для України ця концепція управління системою медичного забезпечення збігається з нормативною логікою Закону «Про національну безпеку України» [13], де безпека людини та стійкість

секторів є предметом державної політики та міжвідомчої координації. Охорона здоров'я тут – одночасно об'єкт (який треба захистити) і інструмент (яким держава підтримує обороноздатність і життєздатність суспільства).

У теорії політики здоров'я розрізняють три основні моделі управління системою охорони здоров'я, які описані в працях багатьох науковців, зокрема, М. Бабенка, А. Немченка, В. Назаркіна, К. Косяченко [14]. На практиці в «чистому» вигляді ці моделі управління не реалізуються. Вони реалізуються в змішаному вигляді з переважанням тієї чи іншої моделі.

1. Національна модель. За цієї моделі управління здійснюється шляхом фінансування галузі охорони здоров'я з податків, домінує державного замовник, сильний регулятор і державні стандарти якості. Така система управління діє у Великій Британії з 2022 року, через інтегровані кола догляду ICS. Елементи цієї моделі міцно укорінились у вітчизняній практиці управління системою охорони здоров'я ще з часів СРСР. Окрім цього ця модель є основою управління в Новій Зеландії та на Кубі. Ключова управлінська інновація – інтегроване планування на рівні територій, спільні цілі із соціальною опікою, договірні механізми відповідальності за результати [15].
2. Страхова модель – обов'язкове медичне страхування через фонди (sickness funds), розвинений договірний менеджмент і співоплати, потужне самоврядування учасників програм страхування. Найтиповішою країною, де застосовується ця модель є Німеччина. аналітику щодо витрат та ефективності управління фондами надає ОЕСР. Державне управління за цією моделлю полягає в регуляції тарифів/контрактів, впровадження прозорих індикаторів якості, велику роль відіграють професійні самоврядні організації [16].
3. Змішана/ринково-інституційна – державний гарант + багатоканальне фінансування, діджитал-інтеграція сервісів, конкуренція за контракт (приклади – Нідерланди, Данія, Онтаріо, Франція). Досвід інтегрованого догляду вказує, що об'єднання бюджетів і єдині маршрути пацієнта зменшують дублювання та підвищують результативність [17].

Спільним для всіх моделей трендом стало цифрове управління (eHealth, інтероперабельність, аналітика даних), що посилює прозорість і керованість.

Україна після 2017 року перейшла до моделі державного гарантованого пакета послуг (Програма медичних гарантій) із Національною службою здоров'я України (НСЗУ) як єдиним платником за договором. Це переформатувало систему управління від «утримання мережі» до контракування за результат і стандартів якості. Паралельно вибудована система громадського здоров'я (з 2023 р. Закон № 2573-IX [18] набув чинності), що визначає запобіжні, аналітичні та координаційні функції держави.

У 2025 році Уряд схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. і операційний план, закріпивши пріоритети:

- стійкість;
- кадрова політика;
- цифровізація;
- громадське здоров'я;
- фінансова сталість у воєнних умовах.

Ключові механізми в моделі управління, що сформувалась в Україні станом на 2025 р. наступні:

- нормативне регулювання здійснюється через галузеві закони та підзаконні акти (МОЗ як головний регулятор, НСЗУ як платник, Центр громадського здоров'я як головна експертна установа);
- договірні відносини між НСЗУ та надавачами за пакетами послуг,
- eHealth як інфраструктура управління (контракти, звітність, аналітика);
- міжвідомча координація з безпековим блоком (ДСНС, Міноборони, Медичні сили ЗСУ) — у т. ч. для підсилення спроможностей у надзвичайних ситуаціях [19].

Розглянемо зарубіжний досвід державного управління в галузі охорони здоров'я.

Управління системою охорони здоров'я Великобританії відрізняється високим впливом на неї громадськості. У цій країні задіяні інтегровані системи

догляду як інструмент спільної відповідальності. Закон про охорону здоров'я та догляд 2022 року затвердив Integrated Care Systems (ICS – комплексні системи догляду) як суб'єкти спільного планування здоров'я та соціальної опіки для визначених територій. Суть цієї системи полягає в створенні спільних рад/партнерств (NHS (Національна служба охорони здоров'я) + місцеве самоврядування) та формулювання цілей за досягненими результатами (здоров'я населення, нерівності, ефективність). Досвід цієї країни свідчить про те, що системи, які швидко інтегрують догляд і вирівнюють відповідальність, легше відновлюють планову допомогу та краще реагують на коливання попиту [20]. Разом з тим, оцінки King's Fund демонструють, що без довгострокового кадрового та інвестиційного планування інтеграція не автоматично покращує результати – потрібні узгоджені стимули та стабільне фінансування [21].

Нідерланди, Данія, Франція, Канада (Онтаріо) практикують управлінську практику яка умовно називається «керовані шляхи пацієнта та об'єднання бюджетів». OECD/ЕС кейс-огляд (2024) описує успішні практики: єдині маршрути пацієнта, координатори випадку, спільні бюджети між секторами, оплата за результат. Критичний інституційний фактор – ясний розподіл відповідальності: хто планує, хто фінансує, хто відповідає за результат на рівні пацієнта та популяції.

Після COVID-19 ЄС створив HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority) і ухвалив Regulation (EU) 2022/2371 про серйозні транскордонні загрози здоров'ю. Управлінський сенс для держав:

- стандарти готовності та обмін даними,
- спільні сценарії/вправи та механізми закупівель контрзаходів,
- посилений мандат ECDC і координація на рівні ЄС.

Це створює «наднаціональну» рамку, якою можуть і мають інтегруватися національні системи, зокрема Україна як держава-кандидат [24].

Країни НАТО розробили спільну доктрину медичного забезпечення як стандарт міжвідомчої взаємодії AJP-4.10(B). Allied Joint Doctrine for Medical Support (2019) визначає принципи планування потужностей, евакуації, ролей

медичної допомоги, спільності стандартів і взаємосумісності. Для України, що інтегрується в НАТОвські підходи, важливо віддзеркалити ці принципи у цивільно-військовій взаємодії (маршрутизація постраждалих, стандарти ТССС, взаємодія з EMS).

Основи законодавства про охорону здоров'я містять базові принципи прав і гарантій, обов'язки держави, повноваження центральних органів виконавчої влади. Актуальні редакції закріплюють пріоритет профілактики, безперервності допомоги, екстреної медичної допомоги, контроль якості.

Законодавчо-нормативне регулювання управління системою медичного забезпечення в контексті державної безпеки здійснюється через ряд законодавчих та підзаконних актів серед яких слід зауважити на наступних:

1. Закон «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX (2022, чинний з 01.10.2023) – визначає структуру і функції системи громадського здоров'я: епіднагляд, профілактика, промоція здоров'я, ризик-комунікація, міжсекторальна взаємодія. На рівні МОЗ інституціоналізовано відповідні підрозділи та ЦГЗ як головну експертну установу. (Закон України, Міністерство охорони здоров'я України).

2. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017) – вводить НСЗУ як національного платника і Програму медичних гарантій, що забезпечує фінансову сталість та керованість мережі через контракти.

3. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. (КМУ, 17.01.2025) – політичні цілі та операційний план 2025-2027: кадрова стійкість, цифровізація, інтеграція з громадським здоров'ям, готовність до НС, відновлення інфраструктури. Документ прямо артикулює безпековий вимір і необхідність цивільно-військової інтеграції. (Закон України, Урядовий портал)

4. Безпековий контур:

– Закон «Про національну безпеку України» (2018) в якому висвітлені засади секторальної стійкості, міжвідомчої координації;

- Воєнно-медична доктрина України (КМУ № 910, 2018) містить принципи організації медичного забезпечення сил оборони, медичної евакуації, ролей допомоги та взаємодії з цивільною системою в особливий період.

Разом ці акти формують «трикутник стійкості» (рис. 1.3).

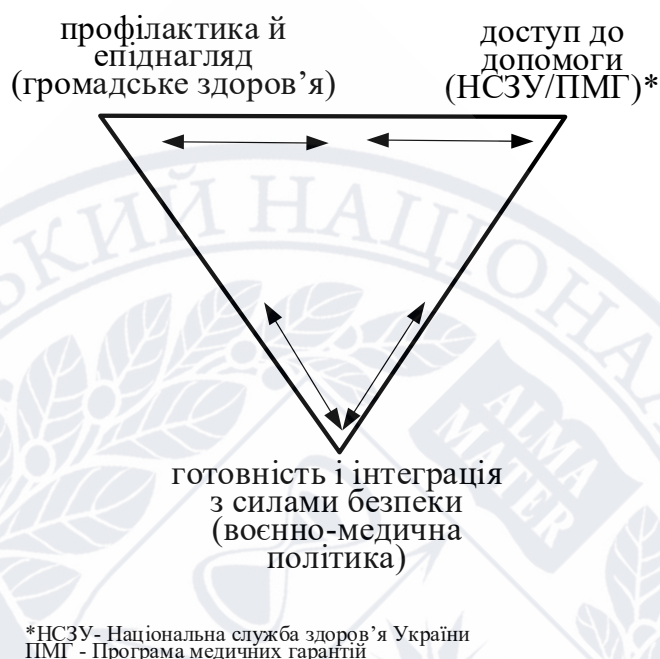


Рисунок 1.3. Трикутник стійкості Карпмана в контексті медичного забезпечення

Джерело: сформовано за джерелом [14].

Поряд з внутрішнім законодавством система медичного забезпечення послуговується спільними з ЄС та НАТО документами, зокрема:

- Regulation (EU) 2022/2371 – спільні правила готовності/реагування на транскордонні загрози, координація даних, оцінка ризиків, спільні закупівлі.
- HERA (2021) – інституційний механізм ЄС із двома режимами: «підготовка» та «кризова відповідь», з повноваженнями щодо горизонт-сканування, R&D, виробничих потужностей і стратегічних запасів.
- Підсилений мандат ECDC (2022) – сильніша технічна підтримка держав у підготовці/реагуванні.
- AJP-4.10(B) – уніфікує планування медичної підтримки, рівні допомоги й евакуації, сумісність стандартів і якості. Адаптація до цивільної системи

(EMS, лікарні) забезпечує безперервність маршруту постраждалих у масових інцидентах/бойових обстрілах.

Для України як кандидата вступу до ЄС це напрям гармонізації стандартів готовності, процедур обміну даними та спільних закупівель критичних контрзаходів [22; 23].

Сучасне управління переходить від вхідних ресурсів до вимірювання результатів на рівні пацієнта і населення. Практики ОЕСР пропонують порівняльні індикатори:

- надлишкова смертність;
- доступність первинки;
- профілактичні охоплення;
- відновлення планової допомоги;
- цифрова зрілість, готовність до НС (запаси, час розгортання ліжок, навчання).

В Україні формування системи управління медичним забезпеченням охорони здоров'я в цілому та армії зокрема знаходиться в зародковому стані. Хоча, слід визнати той факт. Що початок активної фази війни різко прискорив процеси реформування системи державного управління в галузі охорони здоров'я та її медичного забезпечення.

Підсумовуючи зазначене вище, можна зробити наступні висновки:

Сучасні теоретичні підходи виводять охорону здоров'я за межі суто «соціального» сектору, позиціонуючи її як систему управління ризиками та критичну інфраструктуру держави. У центрі – резильєнтність, яку ВООЗ/ОЕСР трактують як здатність системи пом'якшувати ризики, готуватися до криз, ефективно відповідати і швидко відновлюватися, зберігаючи базові послуги та впроваджуючи трансформації. Для України це не абстракція: законодавча рамка (Нацбезпека, СГЗ, ПМГ), управлінська інфраструктура (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ), а також безпекова інтеграція (Воєнно-медична доктрина, взаємодія з КМС/ДСНС) створюють координовану архітектуру, здатну поєднати повсякденну допомогу з готовністю до пікових навантажень і воєнних загроз.

Зарубіжний досвід показує, що інтегроване управління, об'єднання бюджетів, цифрова інтероперабельність, спільні індикатори результату та регулярні стрес-тести є ключем до стійкості системи медичного забезпечення. ЄС із HERA та Regulation 2022/2371 задає наднаціональні стандарти готовності й координації, НАТО, відповідно, стандартизацію медичної підтримки для оборонного сектору. Адаптація цих рамок із урахуванням українських реалій є шляхом до синергії соціальної й безпекової функцій системи охорони здоров'я.

1.3. Методологія дослідження державних інструментів у сфері медичних послуг для військових

Державне управління у сфері медичного забезпечення військовослужбовців становить одну з ключових сфер дослідження сучасної науки про національну безпеку. В умовах збройної агресії проти України, масштабних воєнних викликів та зростання потреби в інтегрованій системі цивільної та військової медицини виникає необхідність формування чіткої методології дослідження інструментів державного регулювання. Методологічна основа дозволяє не лише ідентифікувати існуючі проблеми, але й виробляти нові управлінські рішення, спрямовані на підвищення обороноздатності, стійкості та ефективності системи охорони здоров'я в цілому.

Методологія дослідження державного управління в галузі медичних послуг для військових спирається на загальнонаукові та спеціальні підходи. Вона включає системний аналіз, що дозволяє розглядати медичне забезпечення як цілісну підсистему в структурі національної безпеки, де взаємодіють різні інституції – Міністерство охорони здоров'я, Міністерство оборони, Національна служба здоров'я України, Державна служба з надзвичайних ситуацій. Теоретичною базою є концепція «security studies», що інтегрує медичне забезпечення до ширшого розуміння національної безпеки [24].

Основними методами, що застосовуються в дослідженні питань державного управління системою медичного забезпечення, є:

- системний метод – системний аналіз дає змогу розглядати медичне забезпечення військовослужбовців не ізольовано, а як складову єдиної системи національної безпеки. Він дозволяє виявити взаємозв'язки між органами державної влади (МОЗ, Міноборони, СБУ, МВС), військово-медичними установами, приватним сектором охорони здоров'я та міжнародними партнерами. У науковій літературі підкреслюється, що саме системний підхід забезпечує розуміння ролі медичної галузі у формуванні стійкості держави в умовах війни [26];
- порівняльний аналіз – порівняння дозволяє встановити подібності та відмінності між українською системою військової медицини та моделями інших держав (наприклад, країн НАТО). Це дає змогу оцінити, які інструменти можуть бути імплементовані в Україні з урахуванням воєнних викликів. Зокрема, досвід Німеччини та США у сфері реабілітації військових вважається показовим (NATO Medical Support Doctrine, 2019) [27];
- контент-аналіз нормативно-правових актів – дає змогу оцінити законодавчу базу управління медичними послугами для військових;
- метод експертних оцінок – експертні інтерв'ю з військовими лікарями, представниками МОЗ, фахівцями із безпеки дозволяють здійснити якісну оцінку державних інструментів у сфері медичних послуг. Особливу увагу приділяють аналізу реального функціонування системи під час кризових ситуацій, зокрема бойових дій, пандемії COVID-19 чи масових евакуацій.

У практиці сучасних досліджень важливим є поєднання кількісних і якісних методів, що дозволяє як проаналізувати статистику забезпеченості військових медичними послугами, так і врахувати суб'єктивний досвід лікарів та пацієнтів [28].

Інструменти державного управління у сфері медичних послуг для військових охоплюють нормативно-правову, організаційну, фінансову, програмну та контрольну площини. Їх комплексне використання визначає здатність держави

гарантувати військовим своєчасну медичну допомогу, що є невід'ємним елементом національної безпеки.

Науковці, які досліджують питання управління медичним забезпеченням системи охорони здоров'я та надання медичних послуг військовим виділяють 5 основних груп інструментів:

1. Нормативно-правові інструменти.

Нормативно-правові інструменти забезпечують ефективне управління системою медичного забезпечення завдяки створенню єдиної правової бази, стандартизації медичних послуг, захисту прав військових і цивільних, формуванню механізмів контролю та адаптації системи у кризових умовах. Ця ефективність досягається шляхом формування єдиної правової бази нормативно-правових актів (закони, укази Президента, постанови Кабінету Міністрів, накази МОЗ та МОУ) які визначають принципи діяльності медичної системи, її структуру, підпорядкування та повноваження органів влади [29].

Нормативно-правові інструменти забезпечують правову визначеність для військових. У сфері оборони діють спеціальні акти, які регламентують організацію медичного забезпечення військовослужбовців, зокрема, Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [30] який визначає права на медичне обслуговування та соціальні гарантії. Та Наказ МОУ № 490 від 14.08.2008 р. «Про затвердження Положення про військово-медичну службу Збройних Сил України» регулює організацію медичної допомоги у військах.

2. Організаційні інструменти.

Коли йдеться про організаційні інструменти державного управління, то мають на увазі сукупність форм, методів і механізмів, за допомогою яких органи влади організовують практичне функціонування системи управління, забезпечують узгоджену роботу різних структур, установ та служб. Організаційні інструменти державного управління відіграють ключову роль у забезпеченні ефективності системи медичного забезпечення, оскільки саме вони відповідають за практичне впровадження норм права, координацію інституцій та використання

ресурсів. Якщо нормативно-правові інструменти створюють правову базу, то організаційні – забезпечують її реалізацію.

Серед організаційних інструментів, які забезпечують функціонування системи медичного забезпечення системи охорони здоров'я включно із наданням послуг для воєнних слід назвати наступні:

Група інституційних інструментів, які забезпечують створення й роботу органів влади, медичних закладів, військово-медичних підрозділів, визначення їхніх повноважень і підпорядкування. Серед останніх основними інституціями є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), яке координує систему охорони здоров'я на державному рівні та Головне військово-медичне управління МОУ, завданням якого є організація медичного забезпечення Збройних Сил.

Організаційні інструменти забезпечують планування та координацію мережі медичних установ, їх матеріально-технічне забезпечення, кадрову політику, розподіл ресурсів. У військовій сфері забезпечують організацію роботи військово-медичних клінічних центрів, мобільних госпіталів, медичних рот і пунктів. Окрім того, вони забезпечують постійний моніторинг ефективності медичного обслуговування, включаючи систему медичної статистики, аудит якості послуг, оцінку ефективності лікування. Для військових – це система медичного обліку поранених і хворих, аналіз ефективності евакуації та лікування.

Інструменти кадрового забезпечення управління медичними кадрами, визначають порядок підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу. Важливим елементом є формування резерву кадрів для роботи в умовах війни чи надзвичайних ситуацій.

Інструменти логістики та медичного постачання охоплюють забезпечення лікарськими засобами, обладнанням, транспортом, системою евакуації поранених. У воєнних умовах особливо важливими є мобільні логістичні схеми та інтеграція цивільної і військової медицини.

Систему інструментів державного управління сферою медичного забезпечення військовослужбовців та цивільного населення узагальнено в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Порівняльна таблиця нормативно-правових та організаційних інструментів державного управління у сфері медичного забезпечення

Критерій	Нормативно-правові інструменти	Організаційні інструменти
Сутність	Правові норми, що регламентують діяльність системи медичного забезпечення	Форми, методи, структури та механізми організації практичної роботи
Основна функція	Встановлюють правила, стандарти та обов'язки	Забезпечують виконання правил на практиці
Інструменти реалізації	Закони, постанови, накази, протоколи, інструкції	Інституції, організаційні структури, кадрові системи, управлінські процедури
Рівень впливу	Визначають «рамку» та правові підстави діяльності	Забезпечують функціонування всередині цієї рамки
Результат	Юридична визначеність та легітимність системи	Скоординована робота установ, ефективне використання ресурсів

Джерело: створено автором за джерелами: [24; 31].

3. Фінансово-економічні інструменти.

Ця група інструментів спрямована на забезпечення належного фінансування медичних послуг військовим та цивільним. Вона включає:

- Державний бюджет України (щорічно) – окремі статті видатків на військову медицину, включно з витратами на закупівлю ліків, обладнання, фінансування госпіталів;
- державні цільові програми (наприклад, «Програма медичного забезпечення Збройних Сил України»);
- Міжнародна фінансова допомога (США, ЄС, НАТО) – використовується для оснащення шпиталів та підготовки медиків;
- закупівлі через систему ProZorro – механізм забезпечення прозорості витрат на ліки й обладнання.

4. Програмно-стратегічні інструменти.

За допомогою цієї групи інструментів формуються середньо- та довгострокові орієнтири розвитку військової медицини. Серед останніх слід виокремити наступні:

- Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України на 2023-2030 рр. – містить окремі положення про інтеграцію військової та цивільної медицини;
- Концепція розвитку військової медицини до 2035 р. (затверджена МОУ) – передбачає створення єдиної медичної інформаційної системи, розвиток евакуаційної медицини та реабілітаційних послуг;
- програми медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій – передбачають роботу з ПТСР, інвалідністю та адаптацією до мирного життя.

5. Контрольно-наглядові інструменти.

Інструменти цієї групи спрямовані на оцінку ефективності та прозорості використання ресурсів. До цієї групи інструментів відносяться, зокрема:

- внутрішній контроль МОУ та МОЗ які здійснює моніторинг діяльності госпіталів та закупівель.
- парламентський контроль (Комітет ВРУ з питань національної безпеки, оборони та розвідки) – заслуховування звітів та перевірка діяльності МОУ.
- рахункова палата України – проводить аудит використання бюджетних коштів на військову медицину.
- Громадський контроль (волонтерські організації, медіа, правозахисники) – підсилює прозорість та виявляє проблеми в системі.

Методи оцінювання ефективності інструментів державного управління в сфері медичного забезпечення (як нормативно-правових, так і організаційних) зазвичай поділяють на кількісні та якісні.

1. Кількісні методи – ґрунтуються на статистичних показниках і вимірюваних критеріях.

Медико-статистичний аналіз. За допомогою цього методу здійснюється оцінка рівня захворюваності, смертності, тривалості лікування, рівня забезпеченості ліжками, лікарями тощо.

Індексний метод дозволяє здійснювати аналіз динаміки зміни ключових показників (наприклад, доступності медичних послуг військовим за роками).

Метод витрати-результат (cost-effectiveness analysis) – співставлення обсягів бюджетних витрат із досягнутими результатами (наприклад, витрати на лікування поранених проти рівня повернення військовослужбовців до служби).

Порівняльний (бенчмаркінг) – зіставлення ефективності роботи установ МОЗ, МОУ та міжнародного досвіду (наприклад, НАТО).

2. Якісні методи – враховують соціальне сприйняття, управлінські й організаційні аспекти.

Експертне оцінювання ефективність застосування того чи іншого інструменту здійснюється залученими незалежними фахівцями (медики, управлінці, військові) для аналізу сильних і слабких сторін інструментів.

Соціологічні опитування – визначення рівня задоволеності військових та їхніх родин якістю медичних послуг.

SWOT-аналіз – виявлення сильних і слабких сторін системи, можливостей і загроз для ефективності управління.

Аналіз відповідності – перевірка, чи відповідають інструменти міжнародним стандартам (наприклад, Женевським конвенціям, стандартам ВООЗ чи НАТО).

На практиці, для отримання об'єктивної інформації щодо ефективності застосування конкретних управлінських інструментів застосовують комплексні підходи.

3. Комплексні підходи.

Система ключових показників ефективності (KPI) – для військової медицини це може бути: швидкість евакуації поранених, відсоток успішного лікування, рівень кадрового забезпечення.

Balanced Scorecard (BSC) – поєднання фінансових, соціальних, організаційних та медичних результатів.

Моніторинг і аудит – регулярна оцінка ефективності реалізації стратегій і нормативних актів.

В таблиці 1.3 наведено матрицю оцінювання ефективності інструментів державного управління у сфері медичного забезпечення військових.

Таблиця 1.3

Матриця оцінювання ефективності інструментів державного управління у сфері медичного забезпечення військових.

Група інструментів	Приклад інструменту	Метод оцінки ефективності	Основні показники (KPI)	Джерела для оцінки
Нормативно-правові	Законодавче закріплення гарантій медичного забезпечення військових (Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»)	Аналіз відповідності та медико-статистичний аналіз	- Відповідність стандартам ВООЗ/НАТО- Частка військових, які отримали повний обсяг меддопомоги	Законодавчі акти, МОЗ, МОУ
Організаційні	Створення військово-медичних клінічних центрів регіонального рівня	SWOT-аналіз, KPI	- Кількість пролікованих пацієнтів- Середня тривалість лікування- Кількість реабілітованих	МОУ, звіти медзакладів
Фінансово-економічні	Державне фінансування та програми співфінансування з міжнародними донорами	Метод «витрати–результат», бенчмаркінг	- Обсяг фінансування на одного військовослужбовця- Співвідношення витрат і досягнутих результатів	Бюджет України, донорські звіти
Інституційні	Взаємодія МОЗ, МОУ та міжнародних структур (НАТО, ВООЗ)	Експертне оцінювання, аналіз відповідності	- Ефективність координації між відомствами- Участь у міжнародних програмах	НІСД, міжнародні звіти
Соціально-комунікаційні	Інформаційні кампанії з психічного здоров'я військових	Соціологічні опитування, експертне оцінювання	- Рівень обізнаності про доступні послуги- Зниження рівня посттравматичних розладів	Соціопитування, дані МОЗ

Джерело: складено за джерелами: [32; 33; 34; 35]

Ефективність застосування державних інструментів у сфері медичного забезпечення для військових оцінюється не лише за формальними критеріями (наявність нормативно-правових актів чи організаційних структур), а й за реальними результатами їх дії. Нормативно-правові механізми виявляють

ефективність через рівень відповідності законодавчої бази сучасним викликам у сфері національної безпеки та охорони здоров'я, швидкість ухвалення рішень у кризових умовах і ступінь інтеграції військової та цивільної медицини. Організаційні інструменти оцінюються за якістю координації між інституціями, готовністю медичних підрозділів до реагування на надзвичайні ситуації та ступенем оптимізації управлінських процесів.

Фінансово-економічні методи виявляють результативність через обсяг і раціональність використання бюджетних коштів, забезпечення належного рівня фінансування військової медицини та стійкість її інфраструктури. Соціально-психологічні інструменти демонструють свою ефективність через рівень довіри військовослужбовців і суспільства до системи охорони здоров'я, а також через показники морально-психологічного стану особового складу. У сукупності всі методи оцінювання дозволяють виявити, наскільки дієво система медичного забезпечення підтримує обороноздатність, кризостійкість і стабільність державних інститутів.

Підсумовуючи сказане вище можна підсумувати – методологія дослідження державних інструментів у сфері медичних послуг для військових є важливою складовою формування цілісної та ефективної системи державного управління у сфері національної безпеки. Вона дозволяє комплексно аналізувати механізми правового, організаційного, фінансово-економічного та соціально-психологічного впливу, визначати їх результативність і пропонувати шляхи оптимізації. Застосування багаторівневого методологічного підходу забезпечує не лише теоретичне обґрунтування, але й практичну можливість удосконалення медичного забезпечення військових.

Ефективність державних інструментів залежить від їх узгодженості та інтегрованості: нормативно-правові акти повинні відповідати реальним викликам, організаційні структури – бути гнучкими і здатними до швидкої адаптації, фінансові механізми – гарантувати стабільність і раціональність витрат, а соціально-психологічні інструменти – формувати довіру та підтримувати бойовий дух особового складу.

Ключовим чинником виступає поєднання цивільної та військової систем охорони здоров'я, що дозволяє створити інтегровану інфраструктуру для реагування на кризові ситуації та воєнні виклики. Саме ця взаємодія забезпечує стійкість державних інститутів, підвищує обороноздатність і зміцнює довіру суспільства до системи охорони здоров'я.

Отже, методологія дослідження державних інструментів у сфері медичних послуг для військових є не лише теоретичним, а й практичним інструментом, що дозволяє виробити оптимальні управлінські рішення. Вона формує підґрунтя для подальшого розвитку медичної політики держави, спрямованої на підтримку здоров'я військовослужбовців як стратегічного ресурсу національної безпеки.

Висновки до розділу 1

Медичне забезпечення є однією з базових складових системи національної безпеки, оскільки безпосередньо впливає на здоров'я нації, стійкість державних інститутів, рівень соціальної довіри та обороноздатність країни. В умовах сучасних загроз – воєнної агресії, гібридних викликів, пандемій та екологічних катастроф – роль медичної сфери набуває стратегічного значення та виходить далеко за межі суто соціальної функції.

Особливе значення має «оборонний аспект» медичного забезпечення. Військова медицина, інтегрована у структуру сектору безпеки і оборони, безпосередньо впливає на бойову готовність Збройних Сил України та інших військових формувань. Наявність ефективної системи медичної евакуації, розгалуженої мережі військових госпіталів, сучасних засобів тактичної медицини та висококваліфікованих кадрів підвищує здатність армії протистояти тривалим бойовим діям і мінімізує втрати особового складу. Крім того, досвід останніх років показав, що саме інтеграція цивільної та військової медицини дозволяє ефективно реагувати на надзвичайні ситуації, коли ресурсів однієї з підсистем бракує.

Медичне забезпечення в системі національної безпеки України виконує багатофункціональну роль. Воно є гарантом соціальної стабільності, фундаментом людського потенціалу, чинником підвищення обороноздатності та важливим елементом кризового реагування. Подальший розвиток цієї системи має ґрунтуватися на принципах інтегрованості цивільної та військової медицини, інституційної координації, достатнього фінансування та впровадження сучасних медичних технологій. Саме комплексний підхід до медичного забезпечення дозволить Україні зміцнити власну національну безпеку, забезпечити стійкість держави та зберегти здоров'я нації як її стратегічний ресурс.

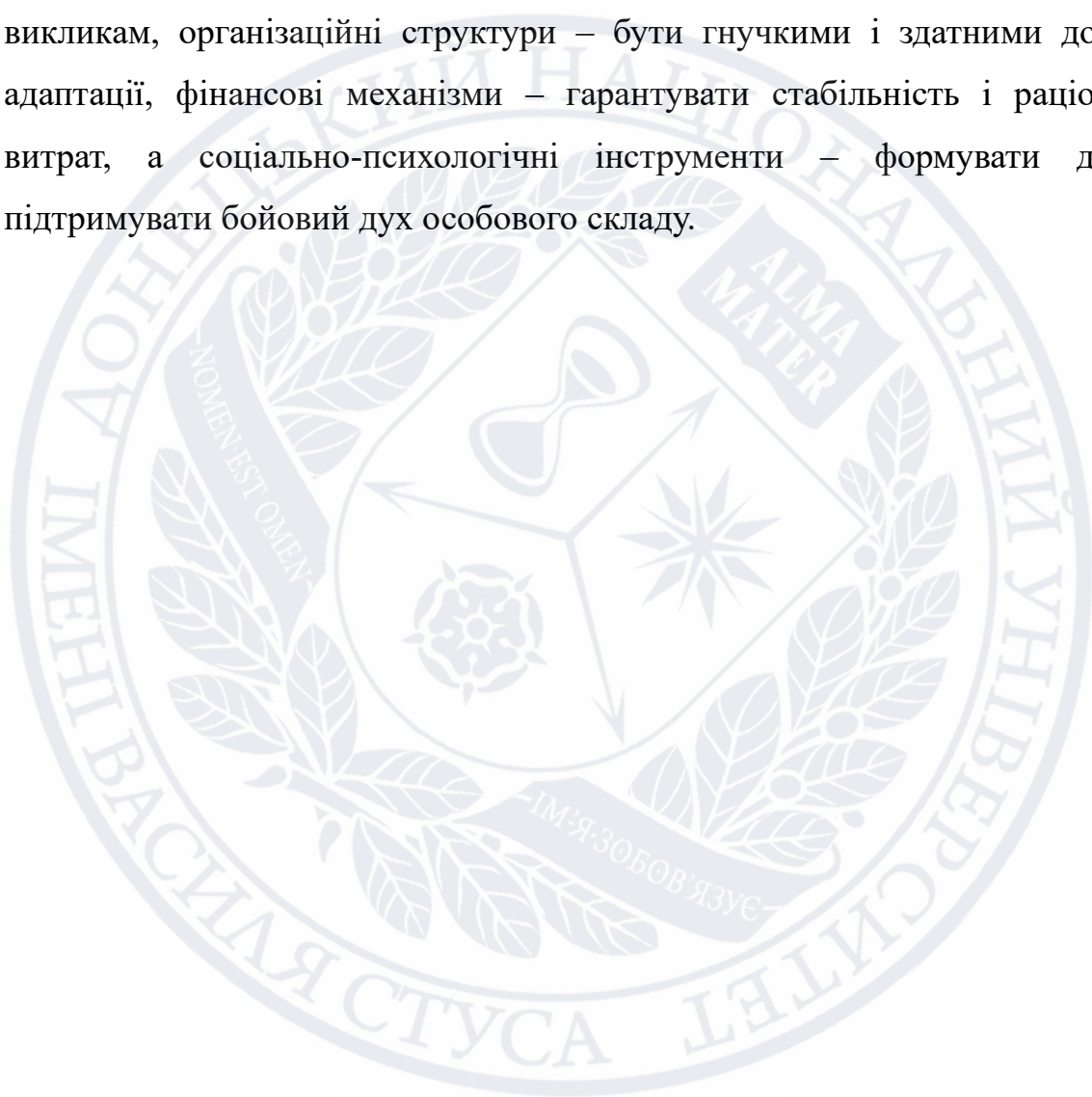
Сучасні теоретичні підходи виводять охорону здоров'я за межі суто «соціального» сектору, позиціонуючи її як систему управління ризиками та критичну інфраструктуру держави. У центрі – резильєнтність, яку ВООЗ/ОЕСР трактують як здатність системи пом'якшувати ризики, готуватися до криз, ефективно відповідати і швидко відновлюватися, зберігаючи базові послуги та впроваджуючи трансформації. Для України це не абстракція: законодавчі основи (Нацбезпека, СГЗ, ПМГ), управлінська інфраструктура (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ), а також безпекова інтеграція (Военно-медична доктрина, взаємодія з КМС/ДСНС) створюють координовану архітектуру, здатну поєднати повсякденну допомогу з готовністю до пікових навантажень і воєнних загроз.

Зарубіжний досвід показує, що інтегроване управління, об'єднання бюджетів, цифрова інтероперабельність, спільні індикатори результату та регулярні стрес-тести є ключем до стійкості системи медичного забезпечення. ЄС із HERA та Regulation 2022/2371 створює стандарти готовності й координації, НАТО, відповідно, стандартизацію медичної підтримки для оборонного сектору. Адаптація цих основ до українських реалій є шляхом до синергії соціальної й безпекової функцій системи охорони здоров'я.

Методологія дослідження державних інструментів у сфері медичних послуг для військових є важливою складовою формування цілісної та ефективної системи державного управління у сфері національної безпеки. Вона дозволяє комплексно аналізувати механізми правового, організаційного, фінансово-

економічного та соціально-психологічного впливу, визначати їх результативність і пропонувати шляхи оптимізації. Застосування багаторівневого методологічного підходу забезпечує не лише теоретичне обґрунтування, але й практичну можливість удосконалення медичного забезпечення військових.

Ефективність державних інструментів залежить від їх узгодженості та інтегрованості: нормативно-правові акти повинні відповідати реальним викликам, організаційні структури – бути гнучкими і здатними до швидкої адаптації, фінансові механізми – гарантувати стабільність і раціональність витрат, а соціально-психологічні інструменти – формувати довіру та підтримувати бойовий дух особового складу.



РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНИХ ІНСТРУМЕНТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування військових

Аналіз нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування військовослужбовців спрямований на виявлення логіки побудови чинної системи регулювання у період воєнного стану та оцінювання її узгодженості між секторами оборони і охорони здоров'я. Предметом розгляду є норми, що визначають гарантії доступу до допомоги, стандарти її надання, маршрутизацію та медичну евакуацію, компетенції органів публічної влади і військового управління, а також фінансові механізми та інформаційні режими обміну даними у взаємодії військових і цивільних закладів охорони здоров'я. Оскільки медичне забезпечення військових є елементом обороноздатності держави та складовою системи національної безпеки, воно підпорядковується як загальним законам сектору безпеки й оборони, так і спеціальному медичному законодавству, включно з правовим режимом воєнного стану та підзаконними актами, прийнятими для реагування на динаміку бойових дій.

Межі аналізу окреслено двома параметрами. По-перше, розгляд охоплює акти, що прямо регулюють медичне забезпечення особового складу під час несення служби, виконання бойових завдань і відновного лікування, а також взаємодію з цивільною системою охорони здоров'я (договори з НСЗУ, залучення цивільних ЗОЗ до надання допомоги, телемедичні інструменти). По-друге, у часовому вимірі беруться до уваги акти, чинні станом на вересень 2025 року, з урахуванням новітніх редакцій і спеціальних воєнних режимів (продовження дії воєнного стану, тимчасові порядки, спрощені процедури) [36].

У межах базових законів сектору національної безпеки та оборони *правове підґрунтя медичного забезпечення військовослужбовців* визначається як

складова обороноздатності держави, інтегрована в систему гарантій безпеки громадян і військових формувань. Закон України «Про національну безпеку України» закріплює цілі, принципи та суб'єктний склад сектора безпеки й оборони, підкреслюючи, що спроможність сил оборони забезпечувати боєздатність передбачає належну організацію медичного забезпечення, захист життя і здоров'я особового складу та координацію між цивільними і військовими інституціями [37]. У логіці цього закону медична підтримка розглядається не як окремий сервіс, а як інструмент забезпечення стійкості і готовності сил оборони – від профілактики та підготовки персоналу до медавакуації, госпіталізації й реабілітації. Закон «Про оборону України» конкретизує архітектоніку управління обороною, розмежовуючи повноваження Президента України, Верховної Ради, Кабінету Міністрів, Міністерства оборони та Генерального штабу, що виводить на нормативні підстави функціонування військово-медичної служби, матеріально-технічного забезпечення медичними засобами, а також залучення цивільних закладів охорони здоров'я для потреб оборони у порядку, визначеному урядом та відомчими актами [38]. Комплементарно діє Закон «Про правовий режим воєнного стану», який створює гнучкий процедурний контур для оперативного перерозподілу повноважень, мобілізації ресурсів, встановлення тимчасових порядків взаємодії між відомствами, спрощених режимів закупівель і логістики медичних виробів, а також розширеного використання інфраструктури цивільної системи охорони здоров'я у зоні бойових дій та на прифронтових територіях [36]. На рівні цих базових законів формуються принципи законності, безперервності надання допомоги, пріоритету охорони життя військовослужбовців і спеціальних процедур під час воєнного стану, що надалі деталізуються галузевими актами охорони здоров'я.

Секторне медичне законодавство забезпечує матеріалізацію вказаних принципів у стандартизовані гарантії доступу до допомоги, механізми фінансування та регулювання якості. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» формують загальні правові, організаційні та етичні засади системи, визначають види медичної допомоги, права пацієнта і обов'язки

закладів, базу для ліцензування та акредитації, стандартизації та інфекційного контролю, що поширюються і на випадки надання допомоги військовослужбовцям у цивільних закладах, коли вони діють як суб'єкти публічної системи [39]. Інституційно їх доповнює Закон «Про систему громадського здоров'я», який встановлює сучасну модель preparedness- та response-функцій держави, управління ризиками для здоров'я населення, епіднагляд і міжвідомчу координацію. Для військово-медичного сегмента це означає можливість швидкого розгортання профілактичних та протиепідемічних заходів, інтеграцію санітарно-епідемічної безпеки на полі бою та в тилкових госпіталях із цивільною мережею, а також уніфікацію інформаційного обміну між військовими та цивільними системами surveillance [18]. Фінансовий вимір забезпечується Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який інституалізує Програму медичних гарантій і роль НСЗУ як національного закупівельника медичних послуг. Попри спеціальний статус військово-медичних частин і відомчих госпіталів, у практиці воєнного часу ключовим стає правовий механізм контрактування і маршрутизації пацієнтів до цивільних закладів, оплачених за кошти держбюджету через Програму медгарантій; закон визначає принцип «гроші йдуть за пацієнтом», правила тарифікації пакетів, реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, що дозволяє оперативно закривати дефіцити спроможності військової ланки, не розриваючи безперервність лікування [40]. Важливу роль відіграє також Закон «Про екстрену медичну допомогу», який закріплює організацію системи ЕМД, вимоги до диспетчеризації, догоспітального етапу та взаємодії з іншими службами. В умовах війни його норми застосовуються з урахуванням спеціальних режимів воєнного стану і дають нормативну основу для інтегрованої диспетчеризації викликів, у тому числі на прифронтових територіях, та для взаємодії з військовими підрозділами тактичної медицини і командами медичної евакуації [41].

Регуляція лікарських засобів і медичних виробів, критична для забезпечення боєздатності, проходить етап оновлення: нова редакція Закону

«Про лікарські засоби» 2022 року гармонізує національну систему з правом ЄС у частині досліджень, державної реєстрації, фармаконагляду, дистанційної торгівлі та прозорості ланцюгів постачання, при цьому значна частина положень вводиться в дію після завершення воєнного стану, що зумовлює тимчасове співіснування старих і нових процедур та необхідність перехідних рішень для забезпечення безперебійного доступу до терапії у військових підрозділах і госпіталях [42, 43]. На практиці блок безпеки і якості підсилюється також вимогами до обігу харчових продуктів та супутніх товарів медичного призначення, які опосередковано зачіпають медичне забезпечення через санітарний контроль і стандарти логістики, що особливо помітно під час масових медевакуацій і розгортання тимчасових госпіталів [44].

У підсумку законодавча основа сектору охорони здоров'я формує для оборонної підсистеми три критичні «ланки»: по-перше, нормативна, із сектора безпеки й оборони, через загальні принципи безперервності та пріоритету збереження життя; по-друге, фінансова, через Програму медичних гарантій і можливість контрагування цивільних потужностей для лікування військових; по-третє, регуляторна ланка якості та безпеки через стандарти лікарських засобів, інфекційний контроль, екстрену медичну допомогу та елементи громадського здоров'я. Так вибудовується узгоджена, хоча й складна, система норм, у межах якої військова та цивільна ланки можуть взаємодіяти під час воєнного стану без зниження вимог до якості, безпеки та правової визначеності.

У частині спеціальних актів Міністерства оборони та Генерального штабу формується «операційний контур» військово-медичного забезпечення, який деталізує маршрути пацієнта від місця поранення до лікувального закладу, моделі медичної евакуації, склад і функції підрозділів медичної служби, а також процедурні засади військово-лікарської експертизи. Ключовим є наказ МО України № 598 від 03.09.2024, що встановлює обсяги догоспітальної допомоги та закріплює рольову модель медичної підтримки (R1-R4) із урахуванням практик НАТО; саме він уніфікує вимоги до стабілізації, евакуаційних рішень і взаємодії військових підрозділів з екстреною цивільною медициною, знижуючи ризики

фрагментації на догоспітальному етапі [45]. Невід’ємним елементом є Положення про військово-лікарську експертизу (наказ МО № 402), що визначає порядок оцінки придатності до служби, продовження лікування, направлення на реабілітацію й медичні показання для відновлення або звільнення; у воєнний час ця експертиза виконує роль правового «шлюзу» між клінічними рішеннями та кадровою політикою оборонного відомства, забезпечуючи юридичну визначеність для особового складу і командування [46]. Окремі керівні документи Генерального штабу ЗСУ й Медичних сил конкретизують стандарти оснащення, медичної логістики, інфекційного контролю та обміну даними, відсилаючи до галузевих актів охорони здоров’я, що забезпечує сумісність військової і цивільної підсистем.

Нормативні акти МОЗ та спільні накази МОЗ та МО виконують функцію стандартизації якості, безпеки і технологій надання допомоги, зокрема тоді, коли військовослужбовці лікуються у цивільних закладах. Визначальним тут є наказ МОЗ № 1695 від 17.09.2022, який унормував на період дії воєнного стану телемедичні й телереабілітаційні сервіси для забезпечення безперервності лікування, у тому числі в умовах обмеженої доступності стаціонарів; у 2024 році наказом № 77 розширено можливості застосування телемедицини, деталізовано вимоги до захисту даних і організації взаємодії між надавачами, що критично для інтеграції маршрутів військових пацієнтів і цивільної мережі [47; 48]. У низці спільних актів МОЗ/МО регулюється взаємодія з системою екстреної медичної допомоги, механізми диспетчеризації та передання медичної інформації, що мінімізує часові лаги між стабілізацією, евакуацією і госпіталізацією у відомчих чи цивільних закладах [47].

Постанови Кабінету Міністрів та міжвідомчі рішення воєнного часу формують процедурний каркас оперативної адаптації сектору охорони здоров’я під вимоги оборони. Вони встановлюють особливості публічних закупівель у період дії воєнного стану (зокрема постанова № 1178 від 12.10.2022), що дає можливість прискореного забезпечення лікарськими засобами, медичними виробами, засобами індивідуального захисту й медтехнікою для військових і

цивільних закладів, які лікують військовослужбовців [49]. На рівні урядових рішень також унормовано маршрутизацію пацієнтів між відомствами, централізовані поставки, розподіл гуманітарної допомоги та роботу єдиних диспетчерських центрів, а відомчі роз'яснення МО і МОЗ конкретизують впровадження рольової моделі підтримки, синхронізуючи її з цивільними протоколами та можливостями телемедичних сервісів [45, 50]. Сукупно ці інструменти забезпечують правову визначеність для оперативних рішень командирів, керівників закладів і диспетчерів, зменшуючи транзакційні витрати між військовою та цивільною підсистемами.

Ключові підзаконні акти, які регулюють основні питання надання медичних послуг військовослужбовцям, наведено в табл. 2.1.

Таблиця 2. 1

Ключові підзаконні акти, релевантні організації догоспітальної допомоги, телемедицини та урядових процедур у воєнний час

НПА	Мета	Відповідальні органи	Сфера застосування	Релевантність воєнному стану	Обмеження / ризики
Наказ МОУ № 598 від 03.09.2024	Уніфікація догоспітальної допомоги	МОУ, Медичні сили ЗСУ	Догоспітальний етап, бойові дії	Стандартизація на полі бою, сумісність із цивільною ЕМД	Потреба в постійному оновленні під динаміку БД
Наказ МО № 402 (2008) (Положення про ВЛК)	Правила ВЛК	МОУ, ВЛК	Кадрові рішення та медичні підстави	Юридичний «шлюз» між клінікою і кадровими рішеннями	Навантаження на ВЛК, ризик черг
Наказ МОЗ № 1695 (2022) і № 77 (2024)	Телемедицина /телереабілітація	МОЗ, ЗОЗ	Амбулаторна, стаціонарна, реабілітаційна допомога	Підтримка безперервності лікування у віддалених/не безпечних місцях	Технічна готовність, захист даних
Постанова КМУ № 1178 (12.10.2022)	Закупівлі у воєнний час	КМУ, замовники у сфері публічних закупівель	Постачання ліків, медвиробів, обладнання	Прискорює забезпечення військової/цивільної мережі	Тимчасові норми, часті зміни

Джерело: сформовано за джерелами [45; 46; 47; 49].

Система охорони здоров'я у сфері державного управління медичними закладами має функціонувати у відповідності з міжнародно-правовими

стандартами, що регулюють захист життя та здоров'я людини в умовах миру й війни. Найбільш вагомими у цьому контексті є Женевські конвенції 1949 р. та Додаткові протоколи до них [51], які визначають статус поранених і хворих військовослужбовців, а також гарантії недоторканності медичного персоналу, транспорту й закладів. Зобов'язання України як сторони конвенцій передбачають, що медичні працівники мають користуватися особливим захистом, не можуть бути об'єктом нападів, а їх діяльність спрямована виключно на надання допомоги незалежно від національної чи політичної належності потерпілих. Це накладає на державні органи обов'язок забезпечити дотримання міжнародних гуманітарних норм у повсякденній практиці охорони здоров'я та в умовах надзвичайних ситуацій.

Окремий вимір становлять зобов'язання України у рамках євроатлантичної інтеграції. Важливим інструментом тут виступають стандарти НАТО (STANAG) [52], які встановлюють єдині вимоги до медичного забезпечення збройних сил, системи евакуації поранених, класифікації рівнів медичної допомоги та взаємодії між військовими і цивільними структурами охорони здоров'я. Відповідність українських протоколів медичної допомоги положенням STANAG є важливою умовою сумісності з країнами-членами Альянсу та гарантією підвищення ефективності надання допомоги в бойових умовах.

Таким чином, міжнародно-правові зобов'язання формують подвійний орієнтир: з одного боку – забезпечення виконання універсальних гуманітарних норм, закріплених у Женевських конвенціях, а з іншого – інтеграція в систему стандартів НАТО, що дозволяє адаптувати національну медичну сферу до сучасних викликів безпеки й підвищити рівень захисту військовослужбовців та цивільного населення.

У сфері охорони здоров'я, в цілому, та медичного обслуговування військових, зокрема, велика увага приділяється питанням кондиційності. В цьому питанні ключовим є поєднання загального персонально-правового режиму, галузевих норм охорони здоров'я та спеціальних «воєнних» порядків

організації допомоги. Базовий рівень задає Закон України «Про захист персональних даних», який визначає статус медичних даних як чутливих, вимагає наявності чітких правових підстав обробки, встановлює права суб'єкта даних і зобов'язання власників (розпорядників), а також умови передачі даних третім особам і за кордон [53]. Галузеву рамку цифрової взаємодії формує постанова Кабінету Міністрів № 411, яка закріплює архітектуру електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ/eHealth): розмежовує ролі центральної бази даних та медичних інформаційних систем, визначає суб'єктів, реєстри та вимоги до сумісності (interoperability) й кібербезпеки, що створює правові можливості для безпечної інтеграції військової та цивільної підсистем у частині обміну медичними записами [54; 55]. Спеціальний телемедичний порядок МОЗ № 1695 (з подальшими змінами) унормовує на час воєнного стану застосування телемедицини та телереабілітації, зокрема підстави дистанційного консультування, маршрути направлень та вимоги до інформаційної безпеки під час передавання клінічних даних — це дозволяє підтримувати безперервність лікування військовослужбовців у віддалених чи небезпечних районах і водночас утримувати належний рівень захисту персональних даних і медичної таємниці [47, 48]. У сукупності норми персонального захисту, платформа ЕСОЗ та воєнні телемедичні режими утворюють цілісний правовий контур для ведення електронних медичних записів і обміну ними між військовими підрозділами, відомчими госпіталями та цивільними закладами, мінімізуючи правову невизначеність щодо доступу до медичної інформації, логів доступу, зберігання й трасування змін у записах [47; 53; 54].

Логістика та забезпечення медичними засобами у воєнний час регулюються поєднанням матеріального (галузевого) права та спеціальних процедур публічних закупівель. Нова редакція Закону України «Про лікарські засоби» гармонізує правила досліджень, реєстрації, фармаконагляду та простежуваності, передбачає посилені вимоги до якості й прозорості ланцюгів постачання та вводить сучасні інструменти контролю, що критично важливо для сталості забезпечення військово-медичної служби й цивільних закладів, які

лікують військовослужбовців [42]. Операційний вимір постачання в умовах війни забезпечує постанова КМУ № 1178 про особливості публічних закупівель: вона дозволяє скорочувати процедури, централізувати закупівлі, швидко контракувати постачальників лікарських засобів, виробів медичного призначення й обладнання, а також встановлює гнучкі механізми реагування на перебої логістики та пікові навантаження на мережу надавачів [49]. У поєднанні з відомчими актами (накази МО щодо обсягів догоспітальної допомоги та медичної евакуації, типізації оснащення) це створює нормативну «трасу» від планування номенклатури до фізичної доставки у зону бойових дій і забезпечує правову зв'язаність між клінічними потребами, фінансуванням і матеріальним забезпеченням. У підсумку саме зв'язок «гармонізовані правила обігу лікарських засобів – цифровий облік в ЕСОЗ – спрощені, але контрольовані закупівлі у воєнний час» мінімізує часові лаги між виникненням потреби та її закриттям, зберігаючи вимоги до безпеки, простежуваності та належної якості терапії для військовослужбовців [42; 49; 54].

Проведений аналіз показує, що нормативно-правова база не лише описує рамкові повноваження у сферах оборони та охорони здоров'я, а й безпосередньо «вмикає» державні інструменти надання медичних послуг військовослужбовцям. На рівні законів безпеки та оборони закріплюється обов'язок держави гарантувати безперервність медичної допомоги особовому складу під час бойових дій і відновлення боєздатності; галузеве медичне законодавство трансформує ці принципи у стандартизовані механізми – від прав пацієнта й вимог до якості до процедур ліцензування, акредитації та інфекційного контролю. Правовий режим воєнного стану задає спеціальні процесуальні основи, які роблять інструменти застосовними в режимі реального часу: дозволяють оперативне залучення цивільних потужностей, перерозподіл ресурсів, спрощені закупівлі та централізовану логістику. Таким чином, юридична рамка слугує умовою виникнення, легітимності та масштабування інструментів, а не лише їхнім фоновим контекстом.

У підзаконному вимірі зв'язок між нормами та інструментами стає операційним і вимірюваним. Наказ Міністерства оборони про рольову модель підтримки на догоспітальному етапі фактично конвертує законодавчі гарантії у стандартизований процес медичної евакуації та стабілізації; спільні акти МОЗ/МО і порядок телемедицини забезпечують технологічну інтеграцію військової та цивільної ланок, створюючи канали дистанційних консультацій, реабілітації та обміну даними; постанова КМУ щодо особливостей закупівель у воєнний час знижує транзакційні витрати й підвищує швидкість постачання лікарських засобів і медичних виробів; положення про військово-лікарську експертизу зв'язує клінічні рішення з кадровими та управлінськими. У сукупності це формує цілісний інструментарій доступу, якості й безпеки допомоги, де кожен регуляторний акт матеріалізується у конкретну управлінську процедуру або сервіс.

Разом з тим узгодженість і дієвість інструментів залежать від стійкості зв'язків між відомствами та від керованості тимчасових режимів. Часті оновлення підзаконних актів у воєнний період, різна швидкість імплементації цифрових рішень у військовій і цивільній мережах, а також навантаження на процедури військово-лікарської експертизи створюють точки напруги, що позначають межі реальної спроможності інструментів. Отже, нормативна архітектура визначає простір можливого для державних інструментів надання медичних послуг військовослужбовцям, а емпіричний стан їхньої реалізації віддзеркалює якість міжвідомчої координації, швидкість адаптації підрозділів і зрілість цифрових та логістичних практик у воєнних умовах.

2.2. Особливості інституційної структури та компетенцій державних органів у сфері медичного забезпечення Збройних Сил

Спираючись на результати аналізу нормативно-правової бази, розглянемо інституційну структуру та компетенції суб'єктів, які безпосередньо реалізують

державні інструменти надання медичних послуг військовослужбовцям. Важливо чітко визначити як юридично визначені повноваження розподіляються між рівнями управління від стратегічного до тактичного, як вибудовуються зв'язки між оборонним і цивільним секторами, та яким чином організаційні ролі й канали взаємодії реалізують стандарти, маршрутизацію, медичну евакуацію, фінансування і обмін даними у воєнний час.

Рівні управління та логіка підпорядкування у системі медичного забезпечення Збройних Сил України вибудовуються за трирівневою моделлю (рис. 2.1).

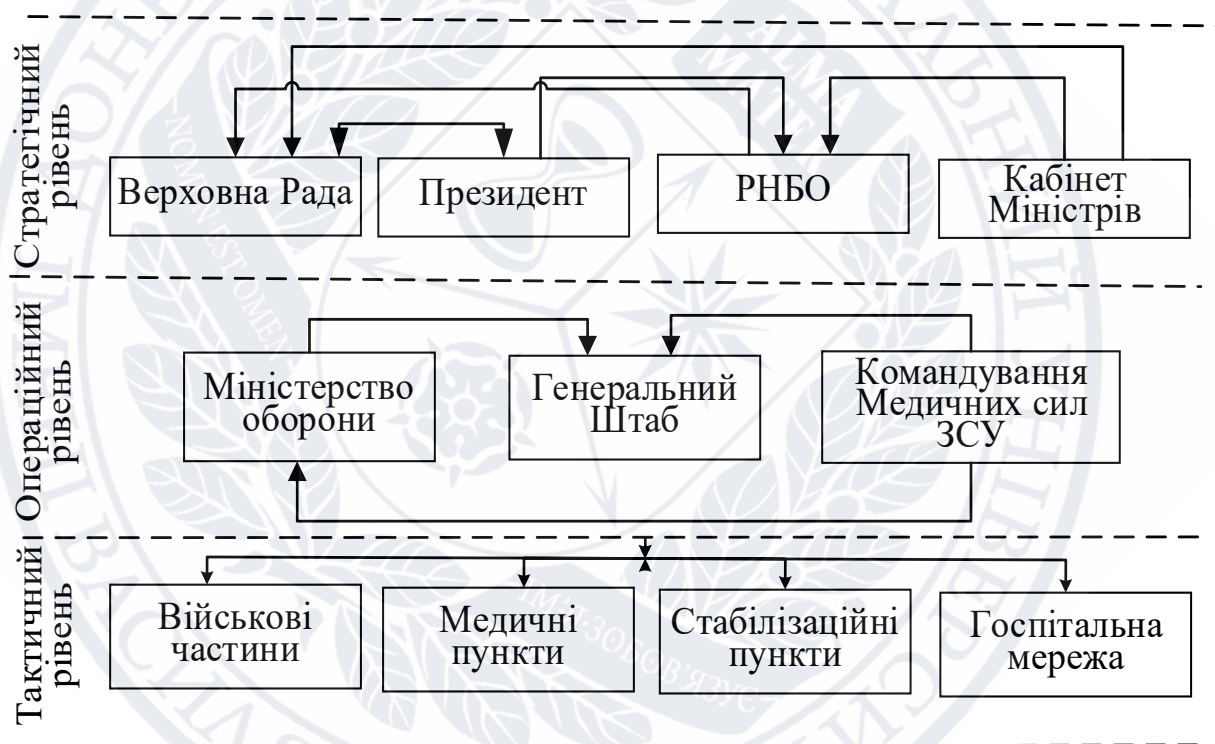


Рисунок 2.1. Структура інституцій діючої системи надання медичних послуг військовослужбовцям

Джерело: сформовано автором за джерелами [32; 64].

На стратегічному рівні рішення ухвалюються Президентом, Верховною Радою, РНБО та Кабінетом Міністрів, які формують законодавчу й політичну рамку функціонування сектору оборони та охорони здоров'я.

Ці інституції задають нормативно-стратегічні орієнтири, забезпечують міжвідомчу координацію та переводять безпекові пріоритети у процедурні механізми реалізації для виконавчої вертикалі. Закони про національну безпеку, оборону та воєнний стан легітимують деталізацію стандартів військово-медичної підтримки, маршрутів медичної евакуації та цифрової інтеграції з цивільною системою, що відзначається у дослідженнях про стандартизацію медичної підтримки ЗСУ та доктринальні засади військової медицини, де підкреслюється потреба узгодження «верхнього рівня» рішень з підзаконними актами й керівними документами оборонного відомства [57; 58]. На урядовому рівні розгортаються інструменти програмної та процедурної реалізації: постанови щодо закупівель у воєнний час, міжвідомча координація МО та МОЗ у маршрутизації пацієнтів, централізоване постачання та інтеграція телемедичних сервісів із госпітальною мережею. У публікаціях про організацію медаваку та логістику травматологічної допомоги у воєнних умовах показано, що саме урядова компетенція задає практичні «рельси» для швидкого залучення цивільних потужностей, уніфікації каналів евакуації та скорочення транзакційних витрат між силовою і цивільною підсистемами [59]. Стратегічну інтеграцію забезпечує РНБО як координаційний центр, який піднімає до рівня національної безпеки питання санітарно-епідемічної стійкості, реабілітації та захисту медичної інфраструктури. Такий підхід корелює з науковими оцінками, де підкреслюється необхідність доктринальної узгодженості й пріоритезації ресурсів, зокрема в частині впровадження військово-медичних стандартів і керування міжвідомчими потоками даних [58]. На перетині з цифровим здоров'ям дослідження української eHealth фіксують, що законодавчо задана архітектура ЕСОЗ і відповідні урядові рішення є необхідною умовою інтероперабельності реєстрів, прозорості маршрутів надання допомоги й простежуваності медичних втручань для військовослужбовців у цивільних закладах, що безпосередньо залежить від здатності центральних органів влади синхронізувати політики МОЗ і МО [60]. Сукупно це підтверджує, що Парламент визначає норму відповідальності, уряд конвертує ці норми в операційні

інструменти, а РНБО забезпечує стратегічну зчепленість і контроль виконання. Така триєдина конструкція розкривається у сучасних емпіричних і концептуальних працях, присвячених стандартам, медаваку, логістиці та цифровізації військово-медичної системи України.

Операційний рівень представлений Міністерством оборони, Генеральним штабом та Командуванням Медичних сил ЗСУ, що відповідають за планування медичного забезпечення, стандартизацію процедур і управління ресурсами.

Тактичний рівень утворюють військові частини, медичні пункти, стабілізаційні пункти та госпітальна мережа, які безпосередньо надають допомогу військовослужбовцям. Така багаторівнева система дозволяє поєднати політичні та нормативні рішення з практичними інструментами надання допомоги у бойових умовах і тилу, забезпечуючи єдність командування та координацію з цивільною системою охорони здоров'я.

Командування Медичних сил Збройних Сил України, як інституція, виконує центральну координаційну роль у військово-медичному забезпеченні, перетворюючи стратегічні настанови сектору безпеки на операційні процедури догоспітальної, госпітальної та відновної допомоги. Інституція відповідає за медичну підтримку операцій і стандартизацію рольової моделі R1-R4 (від першої допомоги на полі бою до розгорнутих стаціонарів), що закріплено наказом Міністерства оборони № 598 від 03.09.2024 і доктринально прив'язано до практик НАТО (TCCC/TACEVAC) для уніфікації стабілізації, сортування та евакуації поранених у зоні бойових дій і на етапах тилового забезпечення [45; 50]. Наукові дослідження фіксують, що саме ця інституція акумулює відповідальність за розробку й упровадження військово-медичних стандартів, синхронізуючи відомчі керівні документи з клінічними протоколами та забезпечуючи їх застосування у госпітальній мережі ЗСУ й на догоспітальному етапі, де критичними є час до першого втручання та керованість маршрутизації [57]. Управління госпітальною мережею (військово-медичні клінічні центри, госпіталі відновного лікування, спеціалізовані підрозділи інтенсивної терапії та реабілітації) здійснюється через вертикаль Командування Медичних сил, що

погоджує розгортання спроможностей з Генеральним штабом, забезпечує санітарну авіацію та залізничну евакуацію, а також оперативно балансує потоки пацієнтів між відомчими закладами і цивільною підсистемою. Для масштабних евакуацій і критичних випадків інституція взаємодіє з ДСНС, Національною гвардією та Держприкордонслужбою на підставі міжвідомчих порядків аеромедичної евакуації, що визначають механізми залучення повітряних суден і спеціалізованих бригад до перевезення поранених сил безпеки й оборони [52].

Координація з цивільною екстреною медициною (ЦЕМД) та МОЗ вибудовується у правовому полі Закону «Про екстрену медичну допомогу», де фіксуються диспетчеризація, вимоги до реагування, склад бригад і принципи взаємодії служб у надзвичайних ситуаціях; це дозволяє інституції інтегрувати регіональні центри ЕМД у військово-медичні маршрути, забезпечуючи безперервність ланцюга від R1 до стаціонару [41]. Інформаційні контури взаємодії з цивільною системою охорони здоров'я формуються навколо електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ/eHealth): урядовий Порядок її функціонування визначає ролі центральної бази та медичних інформаційних систем, правила інтероперабельності й безпеки даних, що дає нормативну основу для обміну епізодами лікування військовослужбовців між відомчими та комунальними закладами [54]. Профільні накази МОЗ до ЕСОЗ (реєстри медичних записів, медичних висновків, направлень і рецептів) і телемедичні порядки розширюють цифрову взаємодію для консилиумів, телеконсультацій і телереабілітації, що особливо важливо під час нестачі фахівців у прифронтових регіонах. Як інституція, Командування Медичних сил використовує ці результати для оперативного моніторингу ліжкової спроможності, завантаженості відділень інтенсивної терапії та черг на реабілітацію, що уможливлює швидкі рішення щодо перенаправлення пацієнтів і нарощування ресурсів у «вузьких місцях». Фінансову зв'язаність із цивільною мережею інституцій охорони здоров'я забезпечує модель державних фінансових гарантій: оплата Національною службою здоров'я України здійснюється за даними, внесеними до ЕСОЗ, що з'єднує управління клінічними маршрутами з механізмом контракування послуг

у цивільних закладах для військових пацієнтів і створює стимул для прозорого обліку та простежуваності втручань [63]. У сукупності це надає Командуванню Медичних сил інструменти не лише для регламентації TCCC/TACEVAC і рольової моделі R1-R4, а й для реального керування потоками пацієнтів, логістикою евакуації, ліжковим фондом і якістю допомоги через інтегровану взаємодію інституцій оборонного та цивільного секторів на нормативно визначених цифрових платформах.

Відомча мережа закладів оборонного відомства як інституції – військово-медичні клінічні центри, гарнізонні та відновні госпіталі, тилові госпіталі й реабілітаційні центри – формує багаторівневу інфраструктуру стаціонарної допомоги Збройним Силам України, у якій поєднуються хірургія гострої травми, інтенсивна терапія, медична реабілітація, психічне здоров'я, функції військово-лікарських комісій (ВЛК) і телемедичні сервіси. У наукових публікаціях підкреслюється, що саме військово-медичні клінічні центри (як макрорегіональні інституції) забезпечують управління підпорядкованими госпіталями та концентрацію високоспеціалізованих компетенцій (політравма, абдомінальна хірургія, шок, комбустіологія, нейротравма), тоді як гарнізонні госпіталі виконують роль опорних вузлів для стабілізації й продовженого лікування з можливістю швидкого скерування вгору по маршруту медичної евакуації [64]. Дослідження з організації травматологічної допомоги у воєнних умовах фіксують, що результативність цієї мережі визначається керованістю ліжкової спроможності, наявністю команд (damage control surgery/ICU) і налагодженими каналами TACEVAC до спеціалізованих відділень, а також міжінституційною взаємодією з цивільними закладами у разі пікових навантажень [65].

Реабілітаційна функція відомчої мережі набуває системного характеру: у працях останніх років описано перехід від епізодичних практик до інституційної моделі безперервної реабілітації (рання, післягостра, довготривала), інтегрованої з клінічними шляхами для бойової травми, ампутацій, ЧМТ і поранень опорно-рухового апарату; наголошується на необхідності мультидисциплінарних команд

(фізична, ерго- та логопедична терапія, психолог/психотерапевт), стандартизації цілей за ICF та використанні інструментів оцінювання функціонування для планування виписки і повернення до служби чи цивільної діяльності [64, 66]. Паралельно розгортаються інституції психічного здоров'я при відомчих госпіталях і реабілітаційних центрах (від кризових втручань до PTSD-орієнтованих програм), що відображено у міждисциплінарних дослідженнях: зростання потреби в госпіталізаціях по лінії психіатрії супроводжується стабільним попитом на травма-фокусовану допомогу, а ефективність забезпечується завдяки інтеграції психічного здоров'я з реабілітаційними маршрутами всередині мережі інституцій оборонного відомства.

Інституційна структура та компетенції державних органів у сфері медичного забезпечення Збройних Сил України мають низку специфічних рис, які відрізняють їх від аналогічної системи в цивільній охороні здоров'я. Головна відмінність полягає у поєднанні функцій медичного захисту військовослужбовців із завданнями підтримання обороноздатності держави, що формує інший зміст і механізми організації управління.

У цивільній сфері центральним органом у забезпеченні медичних послуг виступає Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), компетенції якого полягають у формуванні політики, координації закладів, регулюванні стандартів допомоги, ліцензуванні та контролі якості послуг. МОЗ діє через розгалужену систему державних і комунальних закладів охорони здоров'я, фінансованих із державного та місцевих бюджетів, а також через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), що адмініструє Програму медичних гарантій [28].

У військовій сфері регулювання зосереджене у компетенції Міністерства оборони України та Генерального штабу, у структурі яких діє Головне військово-медичне управління. Воно відповідає за стратегію медичного забезпечення військ, координацію шпиталів, медичних рот і підрозділів. На відміну від МОЗ, військова медична служба поєднує лікувально-діагностичну допомогу, медичну евакуацію, профілактику, а також специфічні завдання – санітарно-

епідеміологічний контроль у польових умовах, підтримання боєздатності особового складу [67].

Особливим є і правовий статус військових медичних закладів: вони інтегровані в оборонний сектор, підпорядковані виключно військовому командуванню та фінансуються за статтею «Оборона». Це забезпечує більшу автономність у розподілі ресурсів. У цивільній системі ж фінансування стандартизоване та здійснюється через НСЗУ, що робить його більш залежним від бюджетних і програмних рішень. Кадрова політика також має специфіку: медики у військовій службі є військовослужбовцями з подвійною підготовкою – медичною та військовою, тоді як цивільні лікарі зосереджені переважно на клінічних компетенціях. Військові медики повинні володіти знаннями з тактики, медицини катастроф та психологічної підтримки [68]. Модель організації допомоги також різниться: у цивільній системі вона територіальна (первинний, вторинний, третинний рівні), у військовій – евакуаційна (від допомоги на полі бою до стратегічних шпиталів). Така модель дозволяє зберегти життя за умов бойових дій, коли критичним є час надання першої допомоги [69].

Недоліком існуючої нині системи надання медичних послуг військовослужбовцям є відсутність в її структурі на оперативному та тактичному рівнях інституцій цивільної медицини. Медична система Збройних сил України й цивільний сектор охорони здоров'я не повністю інтегровані за стандартами обміну даними, маршрутизації пацієнтів, єдиною системою реабілітації та загальної електронної медичної історії. Це створює ситуації, коли військові після стабілізації стану в евакуаційній ланці випадають із цілісного протоколу лікування, а командування та цивільні лікарні не мають доступу до повної клінічної інформації. Наслідком чого є недоліки у наданні специфічної медичної допомоги військовослужбовцям після списання останніх із лав армії. Мається на увазі лікування віддалених наслідків поранень, посттравматичних станів, надання психологічної допомоги колишнім військовослужбовцям, тощо.

Водночас обидві системи взаємодіють: у мирний час військові шпиталі можуть обслуговувати цивільне населення, а в умовах війни – цивільні заклади активно лікують поранених військових [70]. Це свідчить про гнучкість і здатність інтегрувати ресурси держави для реагування на виклики. Узагальнено особливості відмінності інституцій державних органів у сфері медичного забезпечення Збройних Сил та системи охорони здоров'я цивільного населення подано в табл 2.2.

Таблиця 2.2

Відмінність інституціональної структури системи медичного забезпечення
Збройних Сил та цивільної медицини

Критерій	Цивільна охорона здоров'я	Військова медицина
Центральний орган	МОЗ, НСЗУ	Міноборони, Генштаб, ГВМУ
Основні завдання	Доступність, якість, профілактика для населення	Медичне забезпечення військ, евакуація, збереження боєздатності
Підпорядкування	Державні й місцеві органи влади	Військове командування
Фінансування	Держбюджет, місцеві бюджети, НСЗУ	Стаття «Оборона», централізований розподіл
Кадровий склад	Цивільні лікарі	Військовослужбовці-медики з подвійною підготовкою
Модель допомоги	Територіальна (первинний, вторинний, третинний рівні)	Евакуаційна (від поля бою до стратегічного шпиталю)
Взаємодія	Обслуговування населення	Допомога військовим, у кризах – співпраця з цивільною системою

Джерело: сформовано за джерелом [70].

Таким чином, інституції військової медицини відрізняються від інституцій цивільної медицини насамперед завданнями оборонного характеру, специфічною структурою управління, особливостями фінансування, кадровим складом і евакуаційною моделлю надання допомоги. Ці риси роблять її окремим, але водночас інтегрованим елементом системи охорони здоров'я України.

Дослідження інституційної структури системи управління в сфері медичного забезпечення Збройних Сил України свідчать, що інституційна структура та компетенції державних органів у сфері медичного забезпечення Збройних Сил України мають виразні особливості, які визначають управлінську

специфіку цієї системи. На відміну від цивільної сфери охорони здоров'я, де домінує децентралізація та взаємодія між МОЗ, НСЗУ і місцевим самоврядуванням, військова медицина функціонує на засадах чіткої вертикалі управління та централізованого підпорядкування командним органам. Це забезпечує оперативність прийняття рішень, що є критично важливим у бойових умовах.

Варто відзначити, що управлінські функції у військовій медицині поєднують стратегічний і тактичний рівні. Міністерство оборони та Генеральний штаб визначають стратегічні пріоритети, тоді як військово-медичні підрозділи реалізують їх безпосередньо на місцях. Така інтегрованість сприяє ефективному узгодженню завдань лікування, евакуації та профілактики з потребами бойових підрозділів.

Слід наголосити і на кадровому аспекті управління. На відміну від цивільної медицини, у військовій сфері лікарі є військовослужбовцями, що зумовлює необхідність поєднання медичних і військових компетенцій. Управлінські рішення у цій сфері охоплюють питання підготовки, комплектування та професійного розвитку кадрів, що суттєво підвищує мобільність і стійкість системи в умовах надзвичайних ситуацій.

Недоліком існуючої системи інституціонального забезпечення надання медичних послуг військовослужбовцям є недостатня інтеграція військових та цивільних медичних інституцій.

Таким чином, особливості інституційної структури та компетенцій у сфері медичного забезпечення Збройних Сил України визначаються пріоритетами оборонної політики та потребами військової організації. Управлінський вимір цієї системи полягає у поєднанні централізованого керівництва, швидкого ресурсного забезпечення, спеціалізованої кадрової підготовки та функціонування за евакуаційною моделлю. Усе це забезпечує високу ефективність і стійкість військової медицини, водночас формуючи суттєві відмінності від цивільної системи охорони здоров'я.

2.3. Аналіз ефективності реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців на прикладі ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області»

Актуальність проведення системного аналізу ефективності реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців визначається поєднанням двох ключових чинників: національної безпеки та соціально-економічної ефективності державних витрат. По-перше, здатність системи швидко й якісно надавати медичну допомогу постраждалим у бойових діях безпосередньо впливає на боєготовність підрозділів і демографічний потенціал Збройних Сил; по-друге, в умовах значного нарощення потреб після 2022 р. виникає критична необхідність у прозорому розподілі ресурсів, оцінці результатів лікування і реабілітації та зіставленні витрат із клінічними й функціональними результатами для військовослужбовців. Таке дослідження дозволяє виявити дисбаланси між обсягом фінансування, матеріально-технічним і кадровим забезпеченням та кінцевими показниками виживаності, повернення до служби й якості реабілітації, а отже – сформувати інструменти для управлінських рішень, які підвищують оперативність, ефективність і підзвітність програм. Аналіз у розрізі 2021-2024 рр. дає змогу не лише виміряти адаптаційні реакції системи на воєнні виклики, але й окреслити траєкторію трансформаційних змін, що є необхідною умовою для стратегічного бюджетного планування й координації між військовими та цивільними інституціями охорони здоров'я.

На жаль, у відкритому доступі відсутня відкрита статистика яка б прямо вказували окремо обсяги бюджетного фінансування тільки для військової медицини України за 2021-2024 роки, аби порівняти з довоєнним періодом. Потрібні дані громадсько не представлені або не деталізовані публічно (в доступних звітах) у такий спосіб, що дозволяє чітко відокремити видатки на медицину ЗСУ від загальних видатків на охорону здоров'я чи оборони. Проаналізувати фінансову складову ефективності управління системою в рамках

країни неможливо. Натомість надані керівництвом ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» статистичні дані, дозволяють здійснити аналіз стан реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців з урахуванням фінансових чинників.

ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» є самостійним державним багатoproфільним закладом охорони здоров'я, який об'єднує лікувально-профілактичні та інші заклади, що здійснюють на основі ліцензії медичне забезпечення осіб, які відповідно до законодавства мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС. ТМО є бюджетною, неприбутковою установою, що належить до сфери управління Міністерства внутрішніх справ України, діяльність якої координується через структурний підрозділ апарату МВС, який забезпечує виконання завдань і функцій у частині участі і формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Організаційну структуру ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» наведено на рис. 2.2.



Рисунок 2.2. Організаційна структура ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області»

Джерело: Статут ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області».

З рис. 2.2 видно, що основний вид діяльності здійснюється в п'яти структурних підрозділах: Медична (Військово-Лікарська) Комісія здійснює лікарську, військово-лікарську та лікарсько-льотну експертизу осіб у відповідних підсистемах; первинна медична допомога надається в Медичному центрі первинної допомоги як окремому підрозділі; безпосередньо процес лікування відбувається в Лікарні установи на 78 ліжок, та власній поліклініці. Окремо в складі ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» діє Центр профілактичної медицини, що займається профілактичними заходами, санітарним наглядом, епідеміологією.

Станом на 01.01.2025 р. в ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» працювало 163 фахівці з яких 9 осіб – залучені з інших медичних установ. В кадровій структурі найбільшу питому вагу має вищий та середній медичний персонал (по 30% відповідно), та молодший та обслуговуючий персонал – 27%. Систему управління установою забезпечують 15 працівників адміністративно-управлінського апарату (9%).

Медичні послуги цієї установи отримують працівники силових структур та відомств. Так у 2024 р. медичні послуги було надано понад 32 тис. пацієнтів (32817 осіб), серед яких співробітники НПУ, НГУ, Пенсіонери МВС, члени їх сімей. Структуру категорій пацієнтів установи наведено на рис. 2.3.

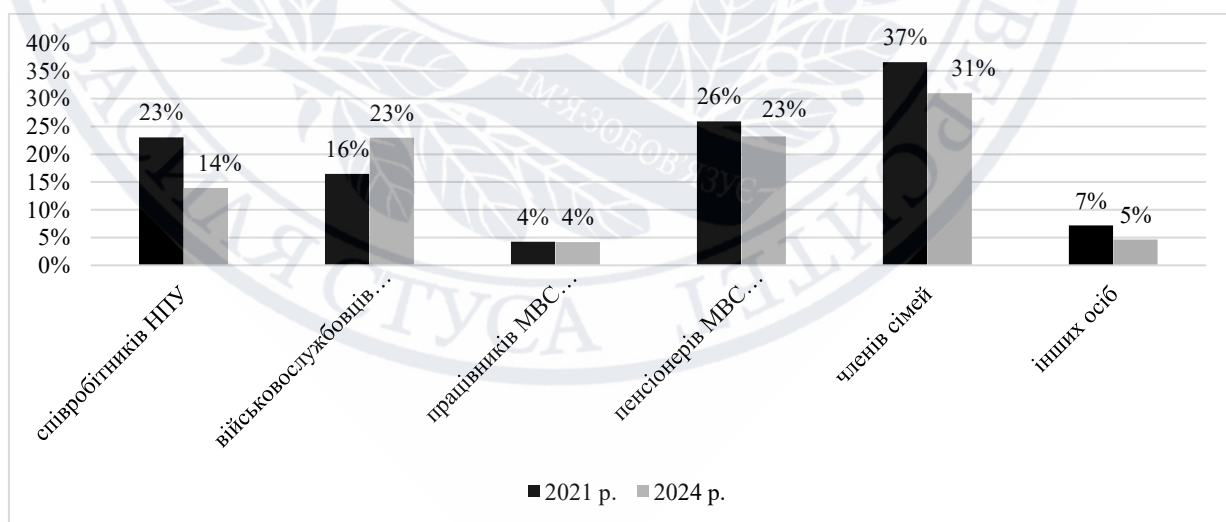


Рисунок 2.3. Категорії пацієнтів ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області»

Джерело: розроблено автором на основі даних, наданих ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області»

Основними споживачами послуг досліджуваної медичної установи і до війни і після її початку є працівники силових структур – близько 64 %, при чому в довоєнний період питома вага працівників та пенсіонерів поліції була найбільша – 49%, після початку повномасштабного вторгнення різко збільшилась питома вага військовослужбовців з рядів НГУ і зменшилась діючих поліцейських, що свідчить про зміщення акцентів в питаннях надання медичної допомоги та реабілітації військовослужбовців та членів їх сімей.

Окремо по лікарні ДУ ТМО МВС за 2022-2024 рр. надано медичної допомоги близько 5 тис. військовослужбовців, працівників поліції та їх сімей (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Показники діяльності лікарні ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області»

Показник	2022 рік	2023 рік	2024 рік
Виписано хворих	1521	1567	1798
Виконання плану ліжко-днів (%)	103,1	104,8	130,2
Зайнятість ліжка	286	298,7	342,2
Оборот ліжка		20,1	23,1
Середній термін перебування хворого на ліжку	14,8	14,3	14,5
Летальність	—	—	—

Джерело: за даними ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області»

Поліклінічне відділення установи за цей період надало послуг по амбулаторному лікуванню та консультації понад 30 тис. пацієнтів. У 2024 р. лікувальним закладом надано медичної допомоги 8450 пацієнтам, в основному ветеранам нацгвардії та поліції – 57%. В цей же час медична допомога надавалася діючим військовослужбовцям – 40%.

Медична (Військово-Лікарська) Комісія здійснює лікарську, військово-лікарську та лікарсько-льотну експертизу осіб. У 2024 р. медичну комісію в цьому підрозділі пройшли 7344 особи. При цьому непридатними для служби в війську та підрозділах поліції визнано 2,8% обстежених.

У 2024 р. ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» реалізує 5 основних програм реабілітації:

1. Програм реабілітаційного лікування травм опорно-рухового апарату та їх наслідків у поліцейських, осіб рядового та начальницького складу системи ДСНС, військовослужбовців НГУ та ДПСУ;
2. Програму медико-психологічної реабілітації поліцейських, осіб рядового та начальницького складу системи ДСНС, військовослужбовців НГУ та ДПСУ з посттравматичними стресовими розладами та з синдромом емоційного вигорання;
3. Програму реабілітаційного лікування черепно-мозкової травми та її наслідків у поліцейських, осіб рядового та начальницького складу системи ДСНС, військовослужбовців НГУ та ДПСУ;
4. Програму реабілітаційного лікування поліцейських, осіб рядового та начальницького складу системи ДСНС, військовослужбовців НГУ та ДПСУ з неврологічними проявами болей у спині вертеброгенної природи;
5. Програму реабілітаційного лікування акубаротравми та її наслідків у поліцейських, осіб рядового та начальницького складу системи ДСНС, військовослужбовців НГУ та ДПСУ

У 2024 р. через ці програми пройшло понад 880 осіб, з яких на базі установи реабілітацію пройшло 280 військовослужбовців, 550 військовослужбовців та ветеранів направлено на реабілітацію в санаторії різної відомчої підпорядкованості в різних регіонах нашої країни («Південний Буг», «Перлина Прикарпаття», «Пуща Водиця», «Миргород» та інших).

Обсяг фінансування ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» у 2024 р. становив 85,7 млн грн., з яких найбільша частка припадає на оплату праці медичних працівників установи з урахуванням нарахувань на заробітну плату – 61,3 млн, або 71,5% бюджету. Ще 22% установа витрачає на придбання медикаментів, на продукти, оплату послуг, ремонти. Лише 7,8% бюджету витратило досліджувана установа на придбання основних засобів, насамперед медичного та реабілітаційного обладнання, що не сприяє зростанню

ефективності реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців. Світовий досвід свідчить про те, що для медичної установи, котра вже має базову інфраструктуру, “здоровою” вважається 10-20 % від повного бюджету витрат спрямовувати на капітальні інвестиції [72].

З метою підвищення ефективності реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців управління установою «ТМО МВС України по Вінницькій області» у 2024 р. проведено аналіз діяльності установи і визначені сильні та слабкі сторони системи управління установою. Серед сильних сторін визначено наступні:

1. Кваліфікований та досвідчений персонал, який постійно розвивається.
2. Заклад забезпечує високу якість медичних послуг, спеціалізуючись на обслуговуванні військовослужбовців, поліцейських, ветеранів та їхніх сімей, виконуючи важливу соціальну місію.
3. Інноваційні підходи: впровадження сучасних діагностичних та лікувальних технологій, зокрема для реабілітації поранених.
4. Позитивна репутація, довіра з боку пацієнтів.
5. Інклюзивність.

Серед слабких – різна геолокація структурних підрозділів та недостатність площ для розвитку надання медичних послуг.

На основі проведеного SWOT-аналізу сформована нова стратегія розвитку установи основною метою якої стало вдосконалення системи управління з метою підвищення ефективності реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців.

Проведений аналіз діяльності ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» свідчить про поступову адаптацію системи медичного забезпечення до умов воєнного часу та зростання навантаження на інфраструктуру установи. Зокрема, спостерігається стабільне зростання кількості пролікованих хворих, рівня виконання ліжко-днів і показника зайнятості ліжка, що свідчить про підвищення ефективності використання ресурсів. Разом із тим, у структурі пацієнтів відбулися суттєві зміни – переорієнтація з обслуговування переважно

поліцейських і пенсіонерів МВС на надання допомоги військовослужбовцям Національної гвардії та інших силових підрозділів. Така динаміка є свідченням стратегічного переформатування установи під потреби оборонного сектору держави.

Фінансові дані засвідчують, що у 2024 р. більша частина бюджету – понад 70 % – спрямовується на оплату праці медичного персоналу, ще близько 22 % становлять витрати на медикаменти, ремонтні роботи та послуги. Натомість лише 7,8 % коштів було витрачено на придбання основних засобів, що нижче від рекомендованих у міжнародній практиці орієнтирів (10-20 % бюджету). Така структура витрат не дозволяє забезпечити належне оновлення обладнання й технічної бази, що обмежує можливості розширення спектра реабілітаційних і спеціалізованих послуг. У перспективі це може знижувати ефективність реалізації державних програм, зокрема у частині відновлення функціональної спроможності військовослужбовців після поранень.

Водночас аналіз кадрового потенціалу та функціональної структури свідчить про високу кваліфікацію персоналу та спеціалізацію установи у наданні допомоги силовим відомствам, що є її стратегічною перевагою. Зростання кількості реалізованих програм реабілітації, зокрема для осіб із посттравматичними розладами, травмами опорно-рухового апарату та акубаротравмами, відображає підвищення ролі закладу у системі медичного забезпечення сектору безпеки. Результати діяльності свідчать про ефективне виконання соціальної місії, однак вимагають посилення інвестицій у матеріально-технічну базу для підтримання стійкості до подальших викликів.

Отже, ефективність реалізації державних програм медичного обслуговування військовослужбовців у межах діяльності ДУ «ТМО МВС України по Вінницькій області» визначається поєднанням професійного кадрового складу, спеціалізації закладу та високої інтенсивності роботи, але водночас стримується обмеженим фінансуванням на розвиток основних засобів. Для підвищення результативності доцільно передбачити збільшення частки капітальних інвестицій, інтеграцію цифрових інструментів управління та

розширення партнерств із відомчими і цивільними закладами реабілітаційного профілю.

Висновки до розділу 2

Аналіз державних інструментів надання медичних послуг військовослужбовцям в Україні свідчить, що нормативно-правова та інституційна архітектура медичного забезпечення військовослужбовців в Україні є цілісною й багаторівневою, поєднуючи безпекові норми, загальне медичне право та воєнні спеціальні процедури. Закони і підзаконні акти забезпечують реалізацію принципів безперервності допомоги, стандартів якості та механізмів залучення цивільних потужностей, а цифрові режими (ЕСОЗ, телемедицина, захист даних) створюють операційний каркас прозорості та трасованості. Водночас регулятивний потенціал реалізується нерівномірно: бракує уніфікованого набору процесних метрик і стабільної публічної звітності, що обмежує можливості порівняння та щоденного управління.

Інституційно система організована за логікою «стратегічний – операційний – тактичний» рівні, де рольова модель, стандарти евакуації та інтеграція цивільної мережі задають керовану траєкторію пацієнта від стабілізації до реабілітації. Найуразливіші місця інституційної системи це з'єднання між відомствами: різна швидкість імплементації цифрових рішень, оновлення підзаконної бази та навантаження на військово-лікарські комісії. Саме вони створюють розрив між правовими можливостями та фактичним результатом для пацієнта.

В систему надання медичних послуг слабо інтегровані інституції цивільної медицини, що ускладнює допомогу військовослужбовцям у подоланні віддалених наслідків воєнних дій – медичної реабілітації й психологічної допомоги.

Емпіричний приклад профільної установи засвідчує водночас спроможність і обмеження: розгорнуті контури допомоги (стаціонар, первинна

допомога, реабілітація, ВЛК) дозволяють реагувати на воєнні виклики, проте фрагментована географія підрозділів, нерівномірність ресурсів і низька частка капітальних інвестицій стримують масштабування спеціалізованих послуг і гнучкість у пікові періоди. Відсутність повного набору процесних даних (своєчасні внесення до ЕСОЗ, показники маршрутизації та реабілітаційні результати) знижує доказовість управлінських рішень.

Звідси слідує три практичних висновки. По-перше, необхідно стабілізувати підзаконну базу та розширити стандарти воєнної телемедицини, міжвідомчої диспетчеризації й відкритої процесної звітності. По-друге, збалансувати фінансування на користь цільових капітальних інвестицій у критичні спроможності (обладнання, транспорт медевакуації, реабілітаційні технології), спираючись на дані про завантаженість і результати. По-третє, забезпечити інтегрованість через ЕСОЗ (єдині канали обміну, контроль доступу, аудит) та інвестувати у мультидисциплінарні команди (травма, інтенсивна терапія, реабілітація, психічне здоров'я).

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ

3.1. Напрями удосконалення інституційної структури державних органів у сфері медичного забезпечення військовослужбовців в умовах воєнного стану

Ефективність надання медичних послуг військовослужбовцям значною мірою визначається чіткістю та узгодженістю інституційної структури органів державної влади, що забезпечують організацію та координацію військової медицини. В умовах воєнного стану особливого значення набуває здатність державних інституцій діяти комплексно, мобільно та узгоджено, оскільки від цього залежить не лише збереження життя та здоров'я військовослужбовців, а й загальна обороноздатність країни.

Сучасна система інституційного забезпечення медичного обслуговування військовослужбовців в Україні характеризується багаторівневістю та складною організацією управління. До неї входить низка центральних органів виконавчої влади, військових структур та відомчих медичних служб, що функціонують паралельно та взаємодіють між собою у процесі організації лікувально-профілактичних заходів. Така багатоступенева модель управління формально спрямована на розподіл повноважень та спеціалізацію завдань, однак у практичному вимірі вона значно ускладнює оперативність ухвалення рішень.

У контексті воєнного стану складність інституційної структури набуває особливої актуальності, оскільки швидкість і скоординованість управлінських дій визначає ефективність надання медичної допомоги пораненим та хворим військовослужбовцям. У ситуаціях, коли необхідно забезпечити негайну евакуацію, розгортання мобільних шпиталів чи розподіл медичних ресурсів, багаторівнева система породжує додаткові комунікаційні бар'єри. Це уповільнює

реагування, створює ризик дублювання завдань і знижує адаптивність медичної служби до динамічних умов бойових дій.

Наслідком зазначеної проблеми є обмежена спроможність держави забезпечити належний рівень координації у сфері військової медицини. Чим складнішою є система інституційних зв'язків, тим вищою стає ймовірність втрати часу та ресурсів під час реалізації управлінських рішень. Це безпосередньо позначається на якості та своєчасності медичної допомоги, а отже – на рівні збереження життя та здоров'я військовослужбовців.

Удосконалення державної політики у сфері медичного забезпечення військовослужбовців потребує *формування єдиної системи координації між органами державної влади та спеціалізованими структурами*. У воєнних умовах ефективність надання медичних послуг значною мірою залежить не тільки від того, наскільки чітко визначено інституційні ролі та наскільки швидко здійснюється обмін інформацією між різними відомствами, а й від вдосконалення самої інституційної структури системи медичного забезпечення військовослужбовців. Нестача системної інтеграції військової та цивільної медицини в Україні є однією з найбільш комплексних і структурно визначальних проблем у системі медичного забезпечення військовослужбовців. Вона проявляється на всіх етапах медичного ланцюга – від первинної допомоги в зоні бойових дій до спеціалізованого лікування, реабілітації та довгострокового моніторингу стану здоров'я після демобілізації.

Основним недоліком існуючої інституційної структури є відсутність повної інституційної та функціональної узгодженості між медичною службою Збройних сил України, Міністерством оборони та Міністерством охорони здоров'я і цивільними (державними та приватними) закладами охорони здоров'я. Кожна з цих структур функціонує у різних адміністративних координатах, регламентується різними нормами управління, використовує неуніфіковані процедури обліку, маршрутизації та звітності. Як наслідок, при переведенні військового пацієнта з військового шпиталю до цивільного закладу (або навпаки)

відбувається часткова втрата узгодженості між клінічними рішеннями, логістикою лікування та контролем подальших медичних втручань.

З метою подолання цієї неузгодженості ми пропонуємо вдосконалити інституційну систему шляхом інтеграції до неї на операційному рівні Міністерства охорони здоров'я, а на тактичному рівні систему закладів сімейної медицини та приватні медичні заклади.

Реформована інституційна система надання медичних послуг військовослужбовцям матиме наступний вигляд (рис. 3.1).

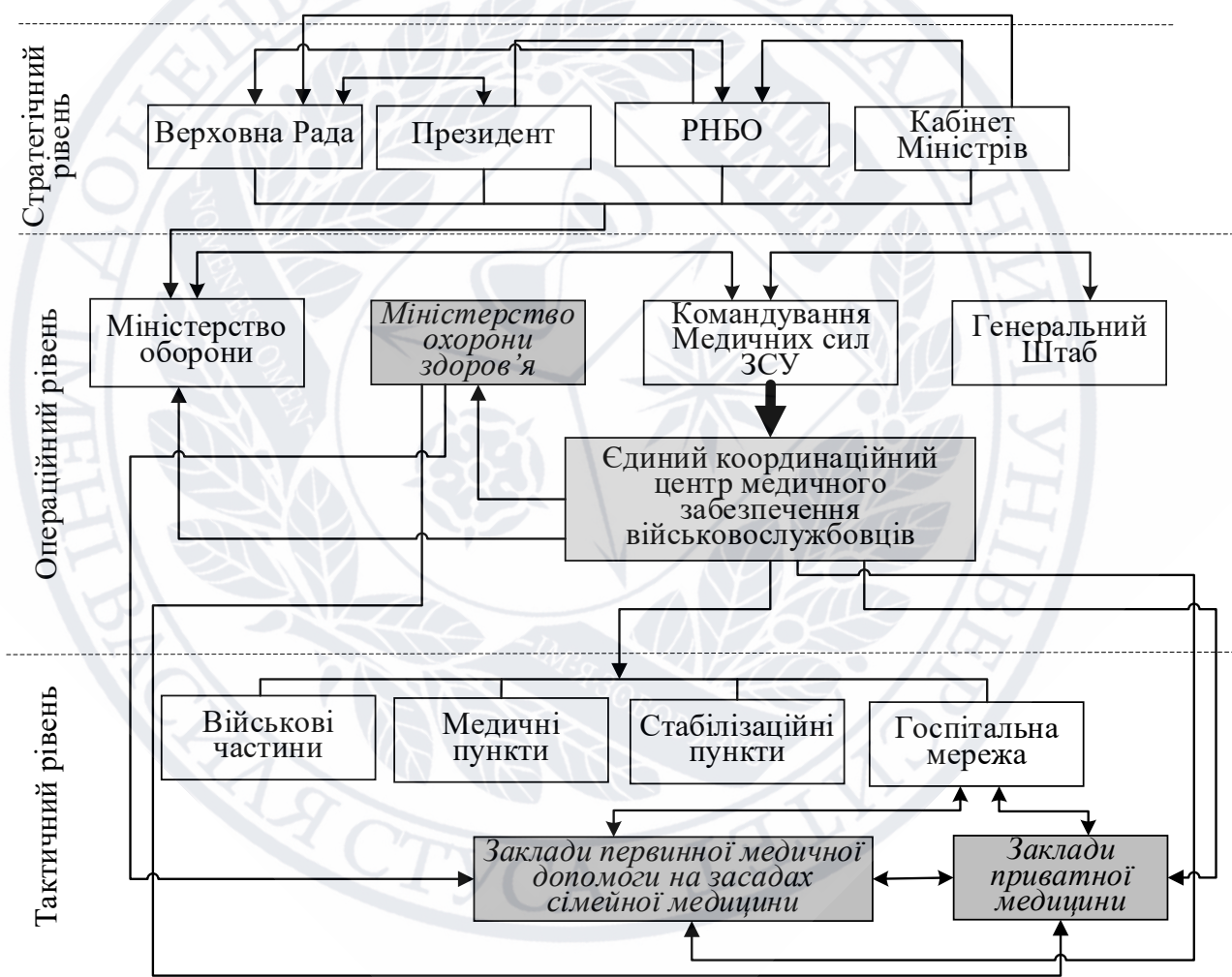


Рисунок 3.1. Структура інституцій реформованої системи надання медичних послуг військовослужбовцям

Джерело: розроблено автором

З рис. 3.1 видно, що до існуючої на сьогоднішній день інституційної системи (рис. 2.1) в результаті реформування додається ще три інституції, що завдяки залученню цивільних інституцій, ускладнює координацію в сфері надання медичних послуг військовослужбовцям. З метою подолання цієї проблеми, враховуючи розвиток технологій обміну інформацією, виникає необхідність створення системи координування дій інституцій, впорядкування інформаційних та фінансових потоків, *ми пропонуємо в структурі командування медичних сил ЗСУ створити Єдиний координаційний центр у сфері медичного забезпечення військовослужбовців який стане ключовою передумовою для досягнення цілісності та узгодженості політики у сфері військової та цивільної медицини.*

Необхідність створення Єдиного координаційного центру у сфері медичного забезпечення військовослужбовців зумовлена наступними чинниками:

- 1) усунення дублювання функцій. Багато державних органів і відомств здійснюють паралельні завдання у сфері медичного забезпечення, що призводить до нераціонального використання ресурсів. Централізація дозволить оптимізувати функціональний розподіл;
- 2) підвищення оперативності ухвалення рішень. В умовах воєнного стану важлива швидкість реакції на загрози. Єдиний координаційний центр у сфері медичного забезпечення військовослужбовців забезпечить скорочення часу від прийняття управлінського рішення до його реалізації;
- 3) забезпечення комплексного планування. Координаційний центр здатний поєднати стратегічне й тактичне планування ресурсів та заходів у сфері військової медицини, що неможливо при розпорошеності повноважень;
- 4) формування єдиної системи комунікацій. Координація інформаційних потоків між МОУ, МОЗ, МВС, ДСНС та іншими відомствами дозволить уникати інформаційних бар'єрів і забезпечити швидкий обмін даними;
- 5) оптимізація використання ресурсів. Централізація розподілу медикаментів, обладнання, мобільних шпиталів і персоналу дасть змогу раціональніше використовувати наявні можливості;

- 6) удосконалення взаємодії з цивільною системою охорони здоров'я. Єдиний координаційний центр у сфері медичного забезпечення військовослужбовців виступатиме посередником між військовими та цивільними закладами охорони здоров'я, спрощуючи процес інтеграції;
- 7) стандартизація медичних протоколів. Координаційний орган забезпечить уніфікацію підходів до надання допомоги, що є критично важливим під час масових надходжень поранених;
- 8) підвищення прозорості та підзвітності. Єдиний координаційний центр у сфері медичного забезпечення військовослужбовців сприятиме формуванню зрозумілої вертикалі відповідальності, що унеможливить уникнення відповідальності чи перекладання провини між відомствами;
- 9) інтеграція з міжнародними партнерами. Координаційний орган полегшить співпрацю з НАТО та іншими міжнародними структурами, що мають власні стандарти військової медицини та логістики;
- 10) формування інтегрованого інформаційного простору з метою створення єдиної електронної бази даних наявних медичних ресурсів, шпиталів, мобільних підрозділів, кадрових і матеріальних резервів. Необхідною є сумісність цієї системи з національною цивільною електронною системою охорони здоров'я (eHealth) та наявними інформаційними платформами сектору безпеки і оборони.

Створення Єдиного координаційного центру у сфері медичного забезпечення військовослужбовців потребує комплексних і поетапних дій, які охоплюють як правову, так і організаційно-управлінську площину. Передусім необхідним є нормативно-правове врегулювання його статусу та функціонування.

Реалізація кроків, необхідних для створення єдиного координаційного центру медичного забезпечення військовослужбовців, потребує залучення державних інституцій із чітким розподілом повноважень. Зазначене передбачає:

1. *Визначення організаційно-структурної моделі* Єдиного координаційного центру у сфері медичного забезпечення військовослужбовців

може здійснюватися за участю Кабінету Міністрів України та Ради національної безпеки і оборони України, які координують міжвідомчу діяльність у сфері національної безпеки.

2. *Формування кадрового забезпечення* має здійснюватись Міністерством оборони України, яке залучає військових медичних фахівців, та Міністерство охорони здоров'я України, що забезпечує залучення цивільних лікарів і медичних працівників. Окрім того, до формування кадрового забезпечення необхідно залучити Національне агентство України з питань державної служби.

3. *Сформувати інтегрований інформаційний простір* можуть Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство цифрової трансформації України, які відповідальні за адміністрування національної системи eHealth та технічну інтеграцію IT-рішень.

4. *Розробку єдиних стандартів і протоколів взаємодії* може реалізувати Міністерство охорони здоров'я України, яке затверджує медичні стандарти та клінічні протоколи, та Міністерство оборони України, що адаптує їх до умов військової медицини. Розробка стандартів і протоколів взаємодії забезпечить уніфікацію медичних підходів, встановлення алгоритмів обміну інформацією та спільних дій у кризових ситуаціях, що підвищить якість медичного обслуговування та пришвидшує реагування на надзвичайні виклики.

Повноцінне функціонування центру, інтеграція з цивільною системою охорони здоров'я та міжнародними партнерами, а також регулярний моніторинг і аудит гарантують прозорість управління та своєчасне реагування на потреби сектору безпеки та оборони. Нижче наведено дорожню карту створення єдиного координаційного центру (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Дорожня карта реалізації пропозиції щодо створення Єдиного координаційного центру медичного забезпечення військовослужбовців

Етап	Ключові дії	Відповідальні інституції	Орієнтовні терміни
Підготовчий	Аналіз законодавства; розробка проєкту закону або постанови; внесення змін до нормативних актів	Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство юстиції України	3–12 місяців
Організаційний	Визначення структури центру; формування підрозділів; призначення керівного складу	Кабінет Міністрів України, РНБО, Міністерство оборони України, Міністерство охорони здоров'я України	2–6 місяців
Кадровий та інформаційний	Підбір персоналу; ротація кадрів; створення інтегрованого інформаційного простору; інтеграція з eHealth та військовими платформами	Міністерство оборони України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство цифрової трансформації України, НАДС	3–6 місяців
Розробка стандартів і протоколів	Уніфікація медичних протоколів; встановлення алгоритмів взаємодії у кризових ситуаціях	Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство оборони України, Національна академія медичних наук України	2–4 місяці
Пілотне впровадження	Тестування діяльності центру у регіоні; відпрацювання моделей взаємодії; внесення коректив	Центр, МОУ, МОЗ, МВС, РНБО	3–6 місяців
Фінальний / Національне впровадження	Масштабування діяльності на всю державу; інтеграція з цивільною системою та міжнародними партнерами; моніторинг та аудит	Кабінет Міністрів України, РНБО, МОЗ, МОУ, МВС, міжнародні партнери	6–12 місяців

Джерело: розроблено автором

Розгляд напрямів удосконалення інституційної структури державних органів у сфері медичного забезпечення військовослужбовців в умовах воєнного стану дозволяє зробити наступні висновки:

- 1) аналіз існуючої інституційної структури свідчить про те, що основним її недоліком є відсутність інституційної та функціональної узгодженості між медичною службою Збройних сил України, Міністерством оборони та

Міністерством охорони здоров'я і цивільними (державними та приватними) закладами охорони здоров'я. Кожна з цих структур функціонує у різних адміністративних координатах, регламентується різними нормами управління, використовує неуніфіковані процедури обліку, маршрутизації та звітності. Як наслідок, при переведенні військового пацієнта з військового шпиталю до цивільного закладу (або навпаки) відбувається часткова втрата узгодженості між клінічними рішеннями, логістикою лікування та контролем подальших медичних втручань.

- 2) удосконалення інструментарію державного управління у сфері військової медицини пов'язано зі створенням Єдиного координаційного центру медичного забезпечення військовослужбовців, розробкою міжвідомчих стандартів, інтеграцією інформаційних систем та формуванням міждисциплінарних команд, забезпечить системність управлінських процесів та оперативність реагування на надзвичайні виклики. Застосування сучасних цифрових технологій та уніфікація медичних протоколів дозволять централізовано обліковувати ресурси, координувати дії підрозділів різних відомств і забезпечить своєчасне надання медичної допомоги;
- 3) Єдиний координаційний центр медичного забезпечення військовослужбовців забезпечить сполучення між інституціями військової та цивільної систем надання послуг військовослужбовцям через єдину інформаційну базу та подвійне відслідковування надання медичної допомоги військовослужбовцям. Координаційний орган полегшить співпрацю з НАТО та іншими міжнародними структурами, що мають власні стандарти військової медицини та логістики.

3.2. Організація взаємодії ланок державного управління у сфері військової медицини

Сучасна система надання медичних послуг військовослужбовцям в Україні справді зазнала глибокої трансформації, спричиненої необхідністю функціонування в умовах воєнного часу. З початку повномасштабного вторгнення державна і військова медицина перейшли у режим оперативного реагування, що зумовило створення багаторівневої системи евакуаційних ланцюгів і реабілітаційних маршрутів. У структурі Збройних сил розгорнуто стабілізаційні пункти, мобільні шпитали, польові операційні модулі, запроваджено єдині алгоритми тактичної медицини, що дозволяють надати першу допомогу в межах “золотої години” після поранення. Залучення цивільних лікарень до госпітального лікування військових, а також розвиток партнерських механізмів із міжнародними медичними організаціями значно підвищили доступність високоспеціалізованої допомоги в короткі терміни, нажаль такі форми взаємодії військової та цивільної медицини не носять системний характеру. Таким чином, сама логіка побудови системи надання медичних послуг військовозобов’язаним спрямована на мінімізацію часу між пораненням і початком повного курсу лікування.

Важливою особливістю адаптації системи надання медичних послуг військовослужбовцям до реалій війни є також зміщення акценту з тривалого стаціонарного лікування на швидку реабілітацію та функціональне відновлення. У більшості військових шпиталів створено мультидисциплінарні реабілітаційні команди, які розпочинають відновлення ще під час лікування у відділенні, не чекаючи виписки. Але для максимально ефективної медичної допомоги військовослужбовцям цього замало. Необхідна взаємна інтеграція військової та цивільної систем надання медичних послуг. Реформування інституційної системи надання медичних послуг військовослужбовцям описана в попередньому пункті. Діюча система надання медичних послуг

військовослужбовцям функціонує за певним алгоритмом, який наведено на рис. 3.2. Метою системи яка діє за наведеним алгоритмом є якнайшвидше повернення в стрій військовослужбовців. При цьому та частина військовослужбовців, стан здоров'я яких не дозволяє цього зробити, залишається поза увагою військової системи надання медичних послуг. Демобілізовані опиняються під патронатом цивільної системи надання медичних послуг яка має велику кількість власних проблем.

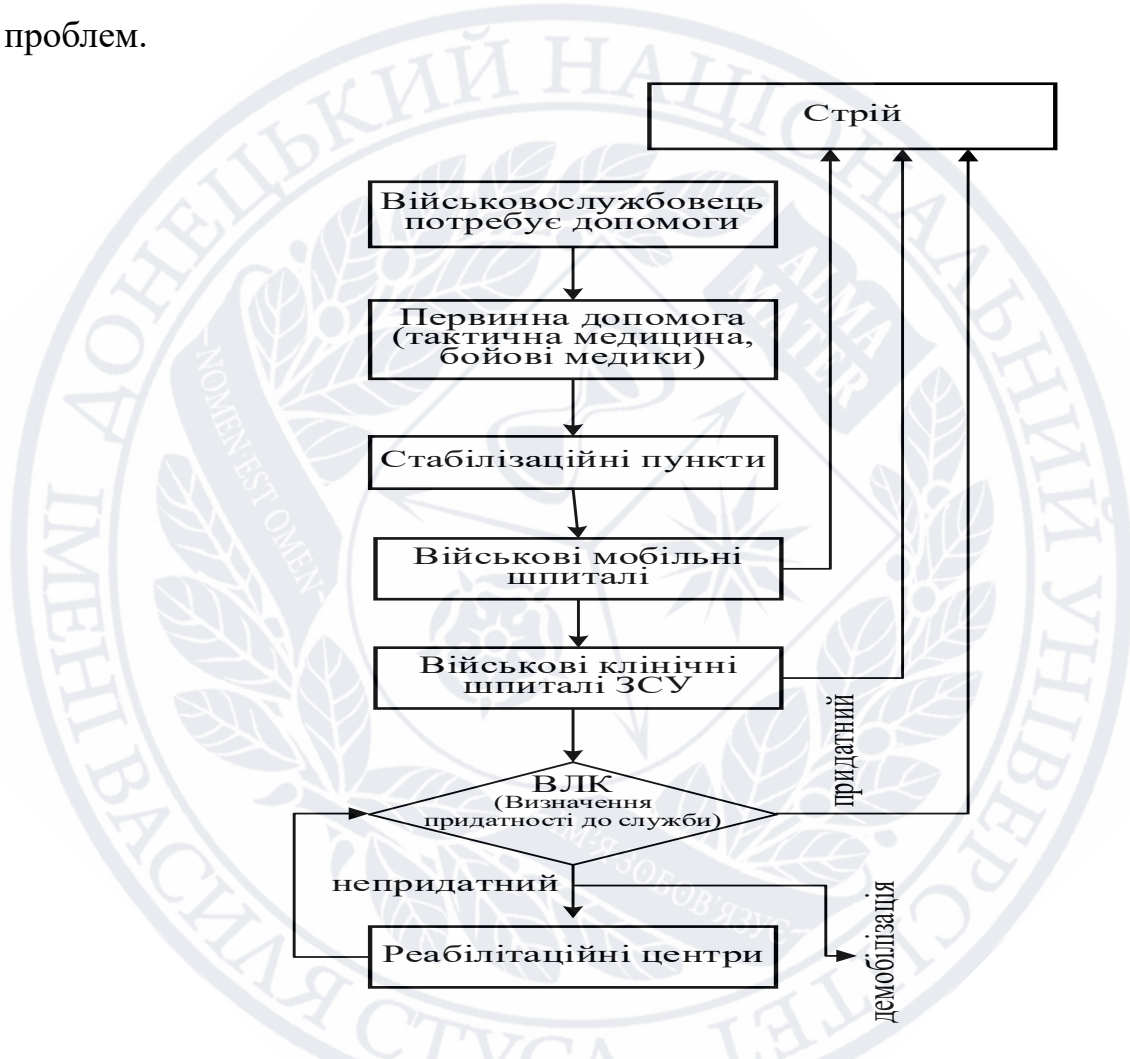


Рисунок 3.2. Діючий алгоритм надання медичних послуг
військовослужбовцям

Джерело: Сформовано за джерелами [67; 68]

Демобілізовані по пораненню військові стикаються з цілим комплексом проблем при взаємодії з цивільною медициною в Україні. Насамперед це системні та організаційні проблеми:

- недостатня спеціалізація цивільних лікарів, більшість цивільних медиків не мають досвіду роботи з бойовими пораненнями, мінно-вибуховими травмами та їх ускладненнями. Це особливо стосується реабілітації після ампутацій, складних переломів, опіків;
- обмежений доступ до дорогих ліків, протезів, реабілітаційних послуг, довгі черги на операції та консультації вузьких спеціалістів;
- складність отримання статусу учасника бойових дій, оформлення інвалідності, довгі черги на обстеження та процедури, необхідність постійно підтверджувати своє право на пільгове лікування;
- фрагментованість допомоги, відсутність комплексного підходу – кожен спеціаліст надає послуги відповідно до свого фаху без координації між фахівцями.

Великою проблемою демобілізованих є набуті психо-соматичні наслідки воєнних дій які потребують специфічних методів діагностики та лікування. Мова йде про ПТСР, який важко діагностується через маскування під інші захворювання. У ветеранів часто зустрічається порушення яке медики називають «стигматизація психічного здоров'я» – небажання звертатися за психологічною допомогою через страх здатися "слабким" або побоювання щодо діагнозу в медичній картці. Лікування цих порушень вимагає тривалого і специфічного лікування для чого в цивільній медицині (особливо в державному секторі) спостерігається гострий брак психологів та психіатрів, які спеціалізуються на травмі бойового досвіду.

Велику проблему для демобілізованих в системі цивільної медицини становлять психосоціальні бар'єри. цивільні лікарі часто можуть не розуміти специфіку військового досвіду, неправильно інтерпретувати поведінку пацієнта (настороженість, роздратування). Це призводить до втрати військовослужбовцем довіри до системи та ізоляції і самолікування. Після досвіду військової медицини, де допомога надавалася швидко і без зайвих питань, бюрократія цивільної системи викликає фрустрацію та породжує схильність вирішувати

проблеми самостійно, затримуючи звернення за допомогою до настання критичного стану.

Для вирішення цих проблем потрібен комплексний підхід який включає навчання медперсоналу, створення спеціалізованих центрів для ветеранів, спрощення бюрократичних процедур та забезпечення доступності психологічної допомоги без стигматизації.

Для створення передумов для подолання цих та інших проблем, які виникають у демобілізованих учасників бойових дій виникає необхідність створення об'єднаної (військової та цивільної) системи надання медичних послуг військовослужбовцям та ветеранам, про що йшлося в п.3.1. Для реалізації цієї пропозиції ми *пропонуємо створення алгоритму взаємодії військової та цивільної системи медичного забезпечення* (рис. 3.3).

Сучасна система медичного забезпечення військовослужбовців в Україні розвивається в умовах масштабних воєнних дій, що вимагають від держави створення стійкої, інтегрованої та ефективно координованої моделі взаємодії між військовими і цивільними медичними структурами. У результаті цього формується поліструктурне медичне середовище, в якому переплітаються відомчі компетенції Міністерства оборони, Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ, Державної прикордонної служби, Державної служби з надзвичайних ситуацій, а також приватного сектора охорони здоров'я. Такий формат передбачає постійні точки перетину систем військової та цивільної медицини, які забезпечує як безпосередню ефективність лікувального процесу, так і рівень соціальної безпеки військовослужбовців після поранення чи демобілізації.

Першою точкою перетину систем (1) є первинне звернення військовослужбовця за медичною допомогою поза межами зони бойових дій. У випадках, коли стан здоров'я дозволяє не застосовувати механізми військової евакуації, пацієнт може звернутися до сімейного лікаря або приватної клініки. Цей рівень є фактичним місцем входу військовослужбовця у систему цивільної медицини, де здійснюється базова діагностика, визначається рівень необхідної

допомоги та вносяться дані до електронної системи охорони здоров'я eHealth. На цьому етапі реалізується концепція спільного інформаційного простору: навіть якщо подальше лікування відбувається у військовому шпиталі, цивільний лікар формує частину електронної історії хвороби, що сприяє послідовності клінічних рішень.

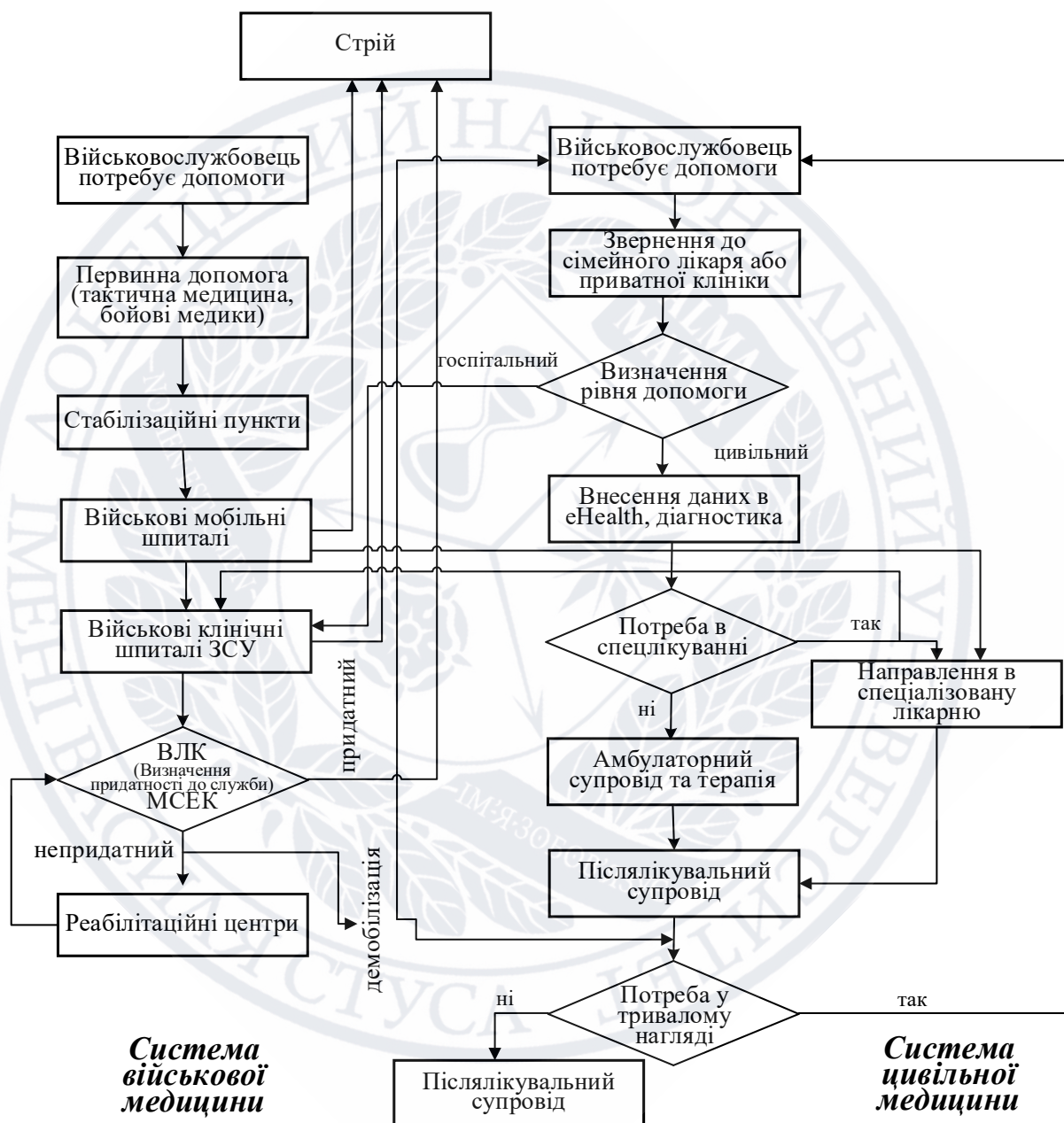


Рисунок 3.3. Алгоритм взаємодії військової та цивільної систем надання медичної допомоги військовослужбовцям

Джерело: сформовано автором

Наступною точкою перетину (2) є госпітальний рівень допомоги, який часто функціонує у двох напрямках. По-перше, військові шпиталі можуть залучати цивільних лікарів-консультантів, особливо у випадках складних оперативних втручань або потреби у вузькій спеціалізації (нейрохірургія, судинна хірургія, офтальмологія, реконструктивна ортопедія). По-друге, у разі перевантаження військових шпиталів або при територіальній віддаленості фронтової зони військовослужбовці скеровуються до цивільних лікарень, які мають відповідні угоди з Міністерством оборони або НСЗУ. У таких випадках забезпечується тимчасова передача пацієнта до цивільного лікувального закладу, а після стабілізації стану – повернення під військове медичне спостереження. Така взаємодія має не лише медичний, а й логістичний характер, адже передбачає переміщення хворого, передачу документації, погодження ланцюга лікування й контроль за використанням державних ресурсів.

Третьою точкою перетину систем (3) є цифрова інтеграція у межах єдиної інформаційної системи. Цивільна електронна система eHealth поступово стає інфраструктурною платформою для збору, зберігання й обміну медичними даними, однак поки що не охоплює військову медицину повною мірою. Водночас уже сьогодні відбувається часткова синхронізація між військовими шпиталями й цивільними лікарнями через спільне використання лабораторних, діагностичних і телемедичних сервісів. Перспективним напрямом є створення інтегрованого військово-цивільного медичного модуля, що забезпечить інтероперабельність електронних записів, уніфікацію діагностичних кодів, стандартизовану маршрутизацію пацієнтів і доступ лікарів обох систем до необхідних даних з дотриманням правил конфіденційності. Ця точка перетину є ключовою, оскільки цифрова сумісність визначає не лише якість клінічних рішень, а й швидкість евакуації, облік поранених, ведення статистики, планування медичних ресурсів і прозорість соціальних виплат.

Четвертою точкою (4) взаємодії пов'язаний із процесом направлення пацієнтів між системами. У межах цивільного сектору сімейний лікар може скеровувати військовослужбовця до вузькопрофільного фахівця — невролога,

психіатра, кардіолога чи травматолога у випадках, коли проблеми мають бойове походження або пов'язані зі стресовими розладами. Водночас військові шпиталі, особливо у післяопераційний період, часто передають пацієнтів на амбулаторне лікування до цивільних центрів. Відтак формується двостороння система направлень, яка фактично перетворює дві підсистеми (військову та цивільну) на взаємодоповнюючі. На рівні документального забезпечення це вимагає уніфікації довідок, направлень, історій хвороб і стандартів оформлення медичних висновків, які наразі все ще різняться за формою і юридичною силою.

Важливою точкою перетину (5) є етап реабілітації військовослужбовців, де обидві системи найчастіше взаємодіють на практичному рівні. Після завершення основного лікування у шпиталях пацієнти проходять відновлення у спеціалізованих реабілітаційних центрах — як військових, так і цивільних. При цьому часто застосовуються мультидисциплінарні підходи: до процесу залучаються фізіотерапевти, психологи, реабілітологи, логопеди, а також фахівці з протезування. Значна частина таких установ працює за моделлю державного приватного партнерства або співпраці з міжнародними благодійними фондами. Цей етап є визначальним для повернення військовослужбовців до соціально активного життя або до виконання службових обов'язків. Наявність спільних реабілітаційних стандартів між цивільними і військовими центрами стає маркером ефективності системної інтеграції.

Шостою точкою перетину (6) є взаємодія між військово-лікарською комісією і медико-соціальною експертною комісією. Обидві структури виконують взаємопов'язані, але різні функції. ВЛК визначає придатність або непридатність військовослужбовця до подальшої служби, встановлює причинно-наслідковий зв'язок між пораненням і проходженням служби, а також формує висновки для демобілізації чи направлення на лікування. Натомість МСЕК, що належить до цивільної системи, оцінює ступінь втрати працездатності, визначає групу інвалідності та рівень соціальних гарантій. Точки дотику між цими структурами є не лише медичними, а й юридичними, оскільки від узгодженості висновків залежить реалізація права військовослужбовця на пільги, пенсію та

соціальний захист. На практиці саме цей етап часто створює адміністративні бар'єри через різні підходи до оцінювання стану здоров'я, проте поступово розвивається тенденція до взаємного визнання медичних рішень.

Останньою точкою перетину (7) виступає система тривалого медичного нагляду за демобілізованими військовослужбовцями. Після завершення активної служби колишні військові переходять під опіку цивільної медицини, однак потребують системного посттравматичного супроводу. Саме сімейні лікарі стають координаторами цього процесу, забезпечуючи безперервність терапії хронічних наслідків поранень, лікування посттравматичного стресового розладу, контроль стану протезів і профілактику соматичних захворювань. У цій точці цивільна медицина фактично бере на себе функцію продовження військового лікування у мирному середовищі, що формує нову модель тривалого медико-соціального патронажу ветеранів. Вона є важливою складовою національної політики у сфері охорони здоров'я військовослужбовців, оскільки з'єднує клінічну, реабілітаційну й соціальну площини допомоги.

Таким чином, запропонована модель медичного забезпечення військовослужбовців та алгоритм її функціонування має багаторівневу систему взаємозв'язків між військовою та цивільною медициною. Її ключовими компонентами виступають спільні точки входу до системи (первинна ланка), спільне користування ресурсами (госпітальний рівень), цифрова інтеграція (eHealth), правова взаємодія (ВЛК – МСЕК) і постреабілітаційний супровід (сімейна медицина). Незважаючи на наявність певних організаційних обмежень, саме ці точки сформують каркас інституційної взаємодії, на основі якого вибудується цілісний контур медичного забезпечення військовослужбовців у сучасних умовах воєнного часу. Ще більшої ваги набуде запропонована система після закінчення воєнних дій, коли буде демобілізовано велику кількість військових. Впровадження та подальший розвиток цієї системи потребує гармонізації стандартів, уніфікації цифрових процесів і підвищення рівня міжвідомчої комунікації, що дозволить перетворити наявні точки перетину на повноцінний інтегрований простір медичної допомоги.

Висновки до розділу 3

Розділ 3 кваліфікаційної роботи присвячено пошуку напрямів удосконалення інституційної структури державних органів у сфері медичного забезпечення військовослужбовців в умовах воєнного стану та модернізації інструментарію державного управління у сфері військової медицини дозволяє зробити наступні висновки:

- 1) аналіз існуючої інституційної структури свідчить про те, що основним її недоліком є відсутність інституційної та функціональної узгодженості між медичною службою Збройних сил України, Міністерством оборони та Міністерством охорони здоров'я і цивільними (державними та приватними) закладами охорони здоров'я. Кожна з цих структур функціонує у різних адміністративних координатах, регламентується різними нормами управління, використовує неуніфіковані процедури обліку, маршрутизації та звітності. Як наслідок, при переведенні військового пацієнта з військового шпиталю до цивільного закладу (або навпаки) відбувається часткова втрата узгодженості між клінічними рішеннями, логістикою лікування та контролем подальших медичних втручань;
- 2) удосконалення інструментарію державного управління у сфері військової медицини пов'язано зі створенням Єдиного координаційного центру медичного забезпечення військовослужбовців, розробкою міжвідомчих стандартів, інтеграцією інформаційних систем та формуванням міждисциплінарних команд, забезпечить системність управлінських процесів та оперативність реагування на надзвичайні виклики. Застосування сучасних цифрових технологій та уніфікація медичних протоколів дозволять централізовано обліковувати ресурси, координувати дії підрозділів різних відомств і забезпечить своєчасне надання медичної допомоги;
- 3) Єдиний координаційний центр медичного забезпечення військовослужбовців забезпечить сполучення між інституціями військової та цивільної систем

надання послуг військовослужбовцям через єдину інформаційну базу та подвійне відслідковування надання медичної допомоги військовослужбовцям. Координаційний орган полегшить співпрацю з НАТО та іншими міжнародними структурами, що мають власні стандарти військової медицини та логістики.

- 4) запропонована модель медичного забезпечення військовослужбовців та алгоритм її функціонування має багаторівневу систему взаємозв'язків між військовою та цивільною медициною. Її ключовими компонентами виступають спільні точки входу до системи (первинна ланка), спільне користування ресурсами (госпітальний рівень), цифрова інтеграція (eHealth), правова взаємодія (ВЛК – МСЕК) і постреабілітаційний супровід (сімейна медицина). Незважаючи на наявність певних організаційних обмежень, саме ці точки сформують каркас інституційної взаємодії, на основі якого вибудується цілісний контур медичного забезпечення військовослужбовців у сучасних умовах воєнного часу. Ще більшої ваги набуде запропонована система після закінчення воєнних дій, коли буде демобілізовано велику кількість військових. Впровадження та подальший розвиток цієї системи потребує гармонізації стандартів, уніфікації цифрових процесів і підвищення рівня міжвідомчої комунікації, що дозволить перетворити наявні точки перетину на повноцінний інтегрований простір медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Медичне забезпечення є однією з базових складових системи національної безпеки, оскільки безпосередньо впливає на здоров'я нації, стійкість державних інститутів, рівень соціальної довіри та обороноздатність країни. В умовах сучасних загроз – воєнної агресії, гібридних викликів, пандемій та екологічних катастроф – роль медичної сфери набуває стратегічного значення та виходить далеко за межі суто соціальної функції. Медичне забезпечення в системі національної безпеки України виконує багатфункціональну роль. Воно є гарантом соціальної стабільності, фундаментом людського потенціалу, чинником підвищення обороноздатності та важливим елементом кризового реагування. Саме комплексний підхід до управління медичним забезпеченням військовослужбовців дозволить Україні зміцнити власну національну безпеку, забезпечити стійкість держави та зберегти здоров'я нації як її стратегічний ресурс.

Сучасні теоретичні підходи виводять охорону здоров'я за межі суто «соціального» сектору, позиціонуючи її як систему управління ризиками та критичну інфраструктуру держави. У центрі – резильєнтність, яку ВООЗ/ОЕСР трактують як здатність системи пом'якшувати ризики, готуватися до криз, ефективно відповідати і швидко відновлюватися, зберігаючи базові послуги та впроваджуючи трансформації. Для України це не абстракція: законодавча рамка (Нацбезпека, СГЗ, ПМГ), управлінська інфраструктура (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ), а також безпекова інтеграція (Воєнно-медична доктрина, взаємодія з КМС/ДСНС) створюють координовану архітектуру, здатну поєднати повсякденну допомогу з готовністю до пікових навантажень і воєнних загроз.

Дослідження системи управління наданням медичних послуг військовослужбовцям свідчить про те, що ефективність державних інструментів залежить від їх узгодженості та інтегрованості. Нормативно-правові акти повинні відповідати реальним викликам, організаційні структури – бути гнучкими і здатними до швидкої адаптації, фінансові механізми – гарантувати

стабільність і раціональність витрат, а соціально-психологічні інструменти – формувати довіру та підтримувати бойовий дух особового складу.

Аналіз державних інструментів надання медичних послуг військовослужбовцям в Україні показує, що нормативно-правова та інституційна архітектура медичного забезпечення військовослужбовців в Україні є цілісною й багаторівневою, поєднуючи безпекові норми, загальне медичне право та воєнні спеціальні процедури. Закони і підзаконні акти задають принципи безперервності допомоги, стандарти якості та механізми залучення цивільних потужностей, а цифрові режими (ЕСОЗ, телемедицина, захист даних) створюють операційний каркас прозорості та трасованості. Водночас регулятивний потенціал реалізується нерівномірно: бракує уніфікованого набору процесних метрик і стабільної публічної звітності, що обмежує можливості порівняння та щоденного управління.

Інституційно система управління системою медичного забезпечення військовослужбовців організована за логікою «стратегічний – операційний – тактичний» рівні, де рольова модель, стандарти евакуації та інтеграція цивільної мережі задають керовану траєкторію пацієнта від стабілізації до реабілітації. Найуразливіші місця інституційної системи це точки дотику та розмежування між відомствами, неузгодженість яких обумовлюється різною швидкістю імплементації цифрових рішень, оновлення підзаконної бази та навантаження на військово-лікарські комісії. Саме вони породжують розрив між правовими можливостями та фактичним результатом для пацієнта.

Аналіз державних інструментів надання медичних послуг військовослужбовцям в Україні дозволяє зробити три практичні висновки. Для підвищення ефективності управління системою надання медичних послуг військовослужбовцям необхідне покрокове реформування самої системи метою якої є стабілізація підзаконної бази та розширення стандартів воєнної телемедицини, міжвідомчої диспетчеризації й відкритої процесної звітності. Необхідно внаслідок реформування досягти збалансування фінансування на користь цільових капітальних інвестицій у критичні спроможності (обладнання,

транспорт медевакуації, реабілітаційні технології), спираючись на дані про завантаженість і результати. І, нарешті, забезпечити інтегрованість через систему ЕСОЗ (єдині канали обміну, контроль доступу, аудит) та інвестувати у мультидисциплінарні команди (травма, інтенсивна терапія, реабілітація, психічне здоров'я).

В результаті дослідження та осмислення проблем управління системою медичного забезпечення військовослужбовців запропоновано і обґрунтовано пропозиції щодо модернізації інституційної структури державного управління у сфері військової медицини, що дозволить забезпечити більш високий рівень координації, оперативності та якості медичного обслуговування військовослужбовців. Системне поєднання правових, організаційних, кадрових та технологічних заходів створить надійні передумови для підвищення ефективності державної політики у сфері військової медицини в умовах воєнного стану.

Окрім того, внесена та обґрунтована пропозиція щодо організації взаємодії ланок державного управління у сфері військової медицини сприятиме формуванню більш системного та скоординованого підходу до організації медичного забезпечення військовослужбовців. Вона забезпечить формування міцних зв'язків між інституціями військової та цивільної систем надання послуг військовослужбовцям через єдину інформаційну базу та подвійне відслідковування надання медичної допомоги військовослужбовцям. Координаційний орган полегшить співпрацю з НАТО та іншими міжнародними структурами, що мають власні стандарти військової медицини та логістики.

Сформований та обґрунтований алгоритм взаємодії інституцій військової та цивільної систем надання медичних послуг забезпечить логічну взаємодію між складовими запропонованої інституційної моделі системи надання медичних послуг військовослужбовцям, забезпечуючи логічність, цілісність та ефективність системи.

В цілому, запропоновані заходи сприятимуть підвищенню ефективності державного управління у сфері військової медицини та сформує основу для

розвитку адаптивної системи, здатної швидко реагувати на виклики воєнного часу. Водночас їх успішна імплементація в практику управління медичним забезпеченням військовослужбовців в цілому та системою надання медичних послуг, зокрема, потребує скоординованого підходу, системного моніторингу та оцінки результативності, що забезпечить поступове підвищення рівня організаційної та управлінської спроможності державних інституцій.

Загальний висновок з проведеного дослідження можна сформулювати наступним чином: державні інструменти надання медичних послуг військовослужбовцям є ключовою складовою системи національної безпеки та соціального захисту. Їх ефективність визначається не лише наявністю нормативно-правової бази, але й здатністю державних інституцій забезпечити узгодженість управлінських рішень, належне фінансування, кадрове та матеріально-технічне забезпечення. Важливою тенденцією стає цифровізація процесів медичного обслуговування, інтеграція закладів у Єдину електронну систему охорони здоров'я, а також розвиток міжвідомчої координації між структурами МОЗ, МОУ, МВС та НСЗУ. Удосконалення цих механізмів сприятиме підвищенню якості, доступності та безперервності медичної допомоги військовим у мирний і воєнний час.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Медичне обслуговування – одна з форм соціального забезпечення. URL : https://studopedia.su/11_7148_medichne-obslugovuvannya--odna-z-form-sotsialnogo-zabezpechennya.html (дата звернення 28.08.2025).
2. Шостак Л.Й. Генеза системи медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій. *Український Медичний Часопис*. 2023. С. 1-5. URL : <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2023/12/5374.pdf>
3. Трофименко П.Є., Пушкарьов Ю.І та ін. Тактична підготовка артилерійських підрозділів : підручник. Суми : Сумський державний університет, 2012. 776 с.
4. Терзі О.О., Карпов К.В. Охорона здоров'я як ключовий елемент національної безпеки України. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Том 34 (73). № 6. С. 116-121
5. Здорові, стійкі та сталі громади після катастроф: Стратегії, можливості та планування відновлення. Committee on Post-Disaster Recovery of a Community's Public Health, Medical, and Social Services; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US). 2015. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316532> (дата звернення 28.08 - 14.09.2025).
6. Воєнно-медична доктрина України. Національний університет охорони здоров'я України. [офіційний сайт]. URL : <https://www.nuozu.edu.ua/n/p/8889-voienno-medychna-doktryna-ukrainy#gsc.tab=0> (дата звернення 29.08.2025).
7. Осташенко О. «Єдиний медичний простір — унікальне досягнення української медицини». *Армія Inform*. URL : <https://armyinform.com.ua/2023/01/05/yedynyj-medychnyj-prostir-unikalne-dosyagnennya-ukrayinskoyi-medycyny-komanduvach-medychnyh-syl-zs-ukrayiny> (дата звернення 29.08.2025).
8. Шлях України до Альянсу: медичне забезпечення сил оборони за стандартами НАТО. *Україна до НАТО*. Електронний журнал. 2025. URL : <https://ukrainetonato.com.ua/spetsproekty/shlyakh-ukrayiny-do-alyansu->

- medychne-zabezpechennia-syl-oborony-za-standartamy-natocom (дата звернення 29.08.2025).
9. Калмикова Н. «Україна продовжуватиме впроваджувати стандарти країн НАТО у військовій медицині». Міністерство Оборони України. Сайт. URL : <https://mod.gov.ua/news/ukraina-prodovzhuvatime-vprovadzhuvatistandarti-krain-nato-u-vijskovij-mediczini-nataliya-kalmikova> (дата звернення 29.08.2025).
 10. Стахів О.В. Інституційне забезпечення управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Серія економічна. Серія юридична*. 2023. Випуск 36. С. 180-188.
 11. Гавриченко Д.Г. інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. Електронне видання. URL : http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2020/62.pdf (дата звернення 29.08.2025)
 12. Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts. *World Health Organization*. [сайт]. 22.05.2022. URL : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048751> (дата звернення 30.08.2025).
 13. Про національну безпеку України. Закон України. *Відомості Верховної Ради*. 2018. № 31. ст.241.
 14. Бабенко М.М. Методологічні основи публічного управління в охороні здоров'я та фармації: системний аналіз. *Health & Education*. 2024. № 1. С. 84-92.
 15. Michael Anderson, Emma Pitchforth at. al. United Kingdom Health System Review 2022. *Health system review*. 2022. Vol. 24 No. 1. P. 220.
 16. Health at a Glance 2023. OECD Indicators. *OECD*. URL : https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/health-expenditure-in-relation-to-gdp_e3566919.html (дата звернення 01.09.2025).

17. Good practices in delivering integrated care examples from the Netherlands, Denmark, France and Ontario, Canada. *OECD*. URL : <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/dg-reform/ireland/Good%20practices%20in%20delivering%20integrated%20care%20examples%20from%20the%20Netherlands%2C%20Denmark%2C%20France%20and%20Ontario%2C%20Canada%20%28Output%204%29.pdf> (дата звернення 01.09.2025).
18. Про систему громадського здоров'я. Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 2023. № 26. ст.93
19. Деякі питання діяльності головної експертної установи у сфері громадського здоров'я. Наказ МОЗ України від 10.08.2023 № 1438. URL : <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-10082023--1438-dejaki-pitannja-dijalnosti-golovnoi-ekspertnoi-ustanovi-u-sferi-gromadskogo-zdorov'ja> (дата звернення 01.09.2025).
20. Evidence Brief: Place-based and integrated care systems. *Health Education England*. URL : https://www.ewin.nhs.uk/sites/default/files/Place-based%20and%20integrated%20care%20systems_Evidence%20Brief.pdf (дата звернення 01.09.2025).
21. How does the NHS compare to the health care systems of other countries. (2023) *The King's Fund*. URL : https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/7cdf5ad1de/how_nhs_compares_other_countries_abpi_2023.pdf (дата звернення 01.09.2025).
22. Commission Decision (European Commission) of 16.9.2021 establishing the Health Emergency Preparedness and Response Authority (Рішення комісії від 16.09.2021 про створення Органу з питань готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я). URL : https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-09/hera_2021_decision_en_0.pdf (дата звернення 01.09.2025).

- 23.Regulation (EU) 2022/2371 of the European Parliament and of the Council of 23 November 2022 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU (Text with EEA relevance). URL : <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2022/2371/oj/eng> (дата звернення 01.09.2025).
- 24.Біла, О. Система національної безпеки України: виклики та перспективи розвитку. *Науковий вісник НАДУ*, 2021.2(54), 45–52.
- 25.Шемшученко, Ю. (2020). *Національна безпека і право: сучасні виклики*. Київ : Юрінком Інтер. 213 с.
- 26.NATO. (2019). *Allied Joint Doctrine for Medical Support (AJP-4.10)*. Brussels. URL : https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf
- 27.Мармазова, Н. Медичне забезпечення військовослужбовців: сучасні проблеми та виклики. *Державне управління: теорія та практика*, 2022. 3(87), 22–30.
- 28.Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 1993, № 4, ст.19.
- 29.Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 1992, № 15, ст.190.
- 30.Kozłowska, A. (2021). Military healthcare system in Poland: Civil-military cooperation and challenges. *Polish Journal of Public Health*, 131(4), 217–223.
- 31.МОЗ України. (2020). Методичні рекомендації з оцінки ефективності системи охорони здоров'я. <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
- 32.Національний інститут стратегічних досліджень. (2021). Охорона здоров'я в умовах воєнних викликів: стратегічні аспекти державного управління. URL : https://niss.gov.ua/sites/default/files/2022-03/reznikova-ukraineresilience2022_02.pdf
- 33.WHO. (2019). Health system performance assessment: framework and indicators. URL : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476>
- 34.Лівінський В.Г., Жаховський В.О., Швець А.В., Іванько О.М. Стандартизація медичного забезпечення у збройних силах держав-членів НАТО. *Ukrainian journal of military medicine*. 2022. № 3. С. 5-18.

35. NATO Standardization Office. (2020). NATO Principles and Policies of Medical Support.
36. Про правовий режим воєнного стану. Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/389-19>](<https://zakon.rada.gov.ua/go/389-19>) (дата звернення: 25.09.2025).
37. Про національну безпеку України. Закон України від 21.06.2018 № 2469-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2469-19> (дата звернення: 25.09.2025).
38. Про оборону України. Закон України від 06.12.1991 № 1932-XII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1932-12> (дата звернення: 25.09.2025).
39. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12> (дата звернення: 25.09.2025).
40. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 25.09.2025).
41. Про екстрену медичну допомогу. Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. Верховна Рада України. URL: zakon.rada.gov.ua/go/5081-17
42. Про лікарські засоби. Закон України від 28.07.2022 № 2469-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2469-20>
43. «Нова редакція Закону України “Про лікарські засоби”»: офіційні роз'яснення та аналітика щодо строків набуття чинності положень. *Аптека.ua*. URL: <https://www.apteka.ua/article/645308>
44. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів. Закон України від 23.12.1997 № 771/97-ВР (зміни станом на 18.01.2025). *LIGA:ZAKON*. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/Z970771?ed=2025_01_18
45. Про затвердження обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення воєнних (бойових) дій та підготовки сил

- безпеки і сил оборони до застосування за призначенням. Наказ МО України від 03.09.2024 № 598. Верховна Рада України. URL: zakon.rada.gov.ua/go/z1359-24
46. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України. Наказ МО України від 14.08.2008 № 402 (ред. 22.08.2025). *LIGA:ZAKON*. URL: zakon.rada.gov.ua/go/z1109-08; ips.ligazakon.net/document/re15800
47. Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях. Наказ МОЗ України від 17.09.2022 № 1695. Верховна Рада України. URL: zakon.rada.gov.ua/go/z1155-22
48. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року № 1695. Наказ МОЗ України від 15.01.2024 № 77. Офіційний сайт МОЗ. URL: zakon.rada.gov.ua/go/z0350-24; moz.gov.ua/.../77-2024
49. Про затвердження особливостей здійснення публічних закупівель... на період дії правового режиму воєнного стану. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.10.2022 № 1178. *Урядовий портал*. URL: zakon.rada.gov.ua/go/1178-2022-%D0%BF; kmu.gov.ua/.../a1178
50. Медичну допомогу на полі бою надаватимуть за новою системою з урахуванням реального досвіду та стандартів НАТО. Роз'яснення щодо наказу № 598 від 03.09.2024). Офіційний сайт МОУ. URL: <https://mod.gov.ua/news/medichnu-dopomogu-na-poli-boyu-nadavatimut-za-novoyu-sistemoyu-z-urahuvannyam-realnogo-dosvidu-ta-standartiv-nato>
51. Geneva Conventions of 12 August 1949. *International Committee of the Red Cross*, URL: <https://ihl-databases.icrc.org/en/ihl-treaties/gci-1949?activeTab=default>
52. Geneva Conventions of 12 August 1949. *International Committee of the Red Cross*, URL: <https://ihl-databases.icrc.org/en/ihl-treaties/gci-1949?activeTab=default>
53. Про захист персональних даних. Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>

- 54.Деякі питання електронної системи охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 (ред. станом на 04.02.2025. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/411-2018-%D0%BF>
- 55.Нормативно-правове регулювання ЕСОЗ : огляд ключових актів (довідкова сторінка). МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/normativno-pravove-regulyuvannya-esoz>
- 56.Про захист персональних даних. Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>
- 57.Лівінський В.Г., Жаховський В.О. та ін. Стандартизація медичного забезпечення у збройних силах України: стан та перспективи розвитку. *Ukrainian journal of military medicine*. 2023. № 4. С. 21-34.
- 58.Жаховський В. О. Нормативно-правові та доктринальні засади військової охорони здоров'я і медичного забезпечення Збройних Сил України. *Наука і оборона*. 2024. № 3. С. 11–17.
- 59.Karamyshev D., Hordiienko L., Lytvynenko M. Management of the medical and evacuation system development of the armed forces of Ukraine according to NATO standards. *Public Administration and Regional Development*. 2023. № 20. 445–470.
- 60.Malakhov K. S. Insight into the Digital Health System of Ukraine (eHealth): Trends, Definitions, Standards, and Legislative Revisions. *International Journal of Telerehabilitation*. 2023. №15(2). pp. 1-21.
- 61.«Медичну допомогу на полі бою надаватимуть за новою системою з урахуванням реального досвіду та стандартів НАТО» : новина від 16.10.2024 (пояснення до наказу № 598) . МОУ. URL: mod.gov.ua/news/medichnu-dopomogu-na-poli-boyu-nadavatimut-za-novoyu-sistemoyu-z-urahuvannyam-realnogo-dosvidu-ta-standartiv-nato
- 62.Про організацію та проведення аеромедичної евакуації повітряними суднами ДСНС, НГУ та ДПСУ. Наказ МВС України від 19.02.2018 № 119. Верховна Рада України. URL: zakon.rada.gov.ua/go/z0285-18

63. Роз'яснення щодо оплати НСЗУ за Програмою медичних гарантій на підставі даних ЕСОЗ (ст. 10 Закону № 2168-VIII). Міністерство економіки України. URL: <https://me.gov.ua/inforez/Print/6b402e37-b4c9-48dc-a079-90dd32e81a91?lang=uk-UA&tag=ZapitiKoristuvachiv&tagId=7758c77b-e410-44ea-a07d-37f1799e11e5&utm>
64. Швець А. В. Особливості управління процесом реабілітації військовослужбовців: міжнародні підходи та уроки для України. *Український журнал військової медицини*. 2024. № 4(1). С. 39-49. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/465>
65. Koehlmoos T. P. та ін. Assessing the Trauma System in Ukraine Through the Lens of International Assistance. *Military Medicine*. 2025. Volume 190. Issue 9-10. Pp.1986-1991, Advance article. URL: doi : <https://doi.org/10.1093/milmed/usaf132>
66. Рушак Л.В. Ключові аспекти підвищення ефективності надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям шляхом впровадження інноваційних технологій. *Український журнал військової медицини*. 2024. Т.5. с.21-29. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/462/363>
67. Про затвердження Положення про військово-медичну службу Збройних Сил України. Наказ МОУ від 05.03.2015 № 115 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text>
68. Сливка І. Військова медицина України: виклики та перспективи розвитку в умовах воєнного стану. *Військово-науковий вісник*. 2022. № 37. С. 56–64.
69. Allied Joint Medical Doctrine (AJP-4.10). NATO Standardization Office (2019). Brussels: NATO. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf
70. Власенко О. Особливості взаємодії військової та цивільної медицини в умовах збройної агресії. *Охорона здоров'я України*. 2023. № 4(2). С.12–19.
71. Приймак Л. Реформа охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах. *Філософія та управління*. 2025. №о. 3(7). DOI: 10.70651/3041-248X/2025.3.03

72. Guide to Understanding Hospital Spending through Financial Analysis Analytic Support Resource: Illustrative Case Studies. URL : <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2024/04/Hospital-Financial-Analysis-Case-Studies.pdf>
73. Коробцова Н.В. Електронна система охорони здоров'я (E-HEALTH): механізм упровадження та етапи розвитку. *Проблеми законності*. 2021. Вип. 154. С. 117-126.
74. Scott Gross and Lay Phonexayphova (11.12.19) Joint, Interagency, and Tailored: Getting Security Force Assistance Right in Georgia. URL : <https://mwi.westpoint.edu/joint-interagency-tailored-getting-security-force-assistance-right-georgia>
75. Handbook for Military Participation in the Interagency Management System for Reconstruction and Stabilization. JCS, 2021. URL: https://www.jcs.mil/Portals/36/Documents/Doctrine/pams_hands/ims_hbk.pdf
76. NATO Standardization 2014. *Defense Standardization Program Journal*. URL: <https://www.dsp.dla.mil/portals/26/documents/publications/journal/141001-dspj.pdf>

ДОДАТКИ

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО АНАЛІЗУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Бубела Віталій Юрійович

здобувач ОС Магістр кафедри політології та державного управління
Донецький національний університет імені Василя Стуса

Охорона здоров'я до 2014 р. традиційно розглядалася як соціальна політика з акцентом на доступності та якості послуг. Після пандемії COVID-19 та в умовах повномасштабної агресії проти України вона дедалі більше інтерпретується як критична державна інфраструктура і складова національної безпеки. У сучасних підходах до управління системою охорони здоров'я в цілому та системи медичного забезпечення переплітаються два підходи: управління охороною здоров'я як засобом універсального охоплення послугами, що зосереджується на фінансовому захисті, формуванні первинної ланки, управлінні якістю; підхід, який фокусується на готовності до реагування на загрози, інституційній стійкості, міжвідомчій координації.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я та ОЕСР (Організація економічного співробітництва та розвитку) після 2020 року запропонували підхід до управління, який отримав назву «резильентність системи охорони здоров'я», при якому роль управління полягає в здатності пом'якшувати, готуватися, відповідати й відновлюватися, продовжуючи забезпечувати базові послуги та трансформуючись за підсумками криз. Ця концепція державного управління зміщує роль управління з «лікування проблеми» на керування ризиками у трьох вимірах: інституційному (хто відповідає), операційному (як організовано) та фінансовому (чим підкріплено) [1]. Для України ця концепція управління системою медичного забезпечення збігається з нормативною основою Закону «Про національну безпеку України» [2], де безпека людини та стійкість секторів є предметом державної політики та міжвідомчої координації. Охорона здоров'я тут одночасно є об'єктом, який треба захистити та інструментом, через який держава підтримує обороноздатність і життєздатність суспільства.

У теорії політики здоров'я розрізняють три основні моделі управління системою охорони здоров'я, які описані в працях багатьох науковців, зокрема, М. Бабенка, А. Немченка, В. Назаркіна, К. Косяченко [3]. На практиці в «чистому» вигляді ці моделі управління не реалізуються. Вони реалізуються в змішаному вигляді з переважанням тієї чи іншої моделі.

Національна модель. За цієї моделі управління здійснюється шляхом фінансування галузі охорони здоров'я з податків, домінує державного замовник, сильний регулятор і державні стандарти якості. Така система управління діє у Великій Британії з 2022 року, через інтегровані кола догляду ICS. Елементи цієї моделі міцно укорінилися у вітчизняній практиці управління системою охорони здоров'я ще з часів СРСР. Окрім цього ця модель є основою управління в Новій Зеландії та на Кубі. Ключова управлінська інновація — інтегроване планування

на рівні територій, спільні цілі із соціальною опікою, договірні механізми відповідальності за результати [4].

Страхова модель – обов’язкове медичне страхування через фонди, розвинений договірний менеджмент і співоплати, потужне самоврядування учасників програм страхування. Державне управління за цією моделлю полягає в регуляції тарифів/контрактів, впровадження прозорих індикаторів якості, велику роль відіграють професійні самоврядні організації [5].

Змішана (ринково-інституційна) модель – працює через державного гаранта + багатоканальне фінансування, діджитал-інтеграція сервісів, конкуренція за контракт (прикладом застосування є Нідерланди, Данія, Онтаріо, Франція). Досвід вказує, що об’єднання бюджетів і єдині маршрути пацієнта зменшують дублювання та підвищують результативність [6].

Спільним для всіх моделей трендом стало цифрове управління (eHealth, інтероперабельність, аналітика даних), що посилює прозорість і керованість.

Україна після 2017 року перейшла до моделі державного гарантованого пакета послуг (Програма медичних гарантій) із Національною службою здоров’я України (НСЗУ) як єдиним платником за договором. Це змінило систему управління від «утримання мережі» до контрактування за результат і стандартів якості. Паралельно вибудована система громадського здоров’я (з 2023 р. Закон № 2573-IX [7] набув чинності), що визначає запобіжні, аналітичні та координаційні функції держави.

У 2025 році Уряд схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров’я до 2030 р. і операційний план, закріпивши пріоритети: стійкість; кадрова політика; цифровізація; громадське здоров’я; фінансова сталість у воєнних умовах.

Ключові механізми в моделі управління, що сформувалась в Україні станом на 2025 р. наступні:

- нормативне регулювання здійснюється через галузеві закони та підзаконні акти (МОЗ як головний регулятор, НСЗУ як платник, Центр громадського здоров’я як головна експертна установа);
- договірні відносини, які сформовані між НСЗУ та надавачами за пакетами послуг,
- eHealth як інфраструктура управління (контракти, звітність, аналітика);
- міжвідомча координація з безпековим блоком (ДСНС, Міноборони, Медичні сили ЗСУ) – у т. ч. для підсилення спроможностей у надзвичайних ситуаціях [8].

Таким чином, сучасні теоретичні підходи виводять охорону здоров’я за межі суто «соціального» сектору, позиціонуючи її як систему управління ризиками та критичну інфраструктуру держави. У центрі – резильєнтність, яку ВООЗ/ОЕСР трактують як здатність системи пом’якшувати ризики, готуватися до криз, ефективно відповідати і швидко відновлюватися, зберігаючи базові послуги та впроваджуючи трансформації. Для України це працює через законодавчу рамку (Нацбезпека, СГЗ, ПМГ), управлінська інфраструктура (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ), а також безпекову інтеграцію (Воєнно-медична доктрина, взаємодія

з КМС/ДСНС), що створює координовану архітектуру, здатну поєднати повсякденну допомогу з готовністю до пікових навантажень і воєнних загроз.

Список використаних джерел:

1. Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts. *World Health Organization*. [сайт]. 22.05.2022. URL : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048751> (дата звернення 30.08.2025).
2. Про національну безпеку України. Закон України. *Відомості Верховної Ради*. 2018. № 31. ст.241.
3. Бабенко М.М. Методологічні основи публічного управління в охороні здоров'я та фармації: системний аналіз. *Health & Education*. 2024. № 1. С. 84-92.
4. Michael Anderson, Emma Pitchforth at. Al. United Kingdom Health System Review 2022. *Health system review*. 2022. Vol. 24 No. 1. P. 220.
5. Health at a Glance 2023. OECD Indicators. *OECD*. . URL : https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/health-expenditure-in-relation-to-gdp_e3566919.html (дата звернення 01.09.2025).
6. Good practices in delivering integrated care examples from the Netherlands, Denmark, France and Ontario, Canada. *OECD*. URL : <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/dg-reform/ireland/Good%20practices%20in%20delivering%20integrated%20care%20-%20examples%20from%20the%20Netherlands%2C%20Denmark%2C%20France%20and%20Ontario%2C%20Canada%20%28Output%204%29.pdf> (дата звернення 01.09.2025).
7. Про систему громадського здоров'я. Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 2023. № 26. ст.93
8. Деякі питання діяльності головної експертної установи у сфері громадського здоров'я. Наказ МОЗ України від 10.08.2023 № 1438. URL : <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-10082023--1438-dejaki-pitannja-dijalnosti-golovnoi-ekspertnoi-ustanovi-u-sferi-gromadskogo-zdorov'ja> (дата звернення 01.09.2025).



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет міжнародних економічних відносин
НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ УКРАЇНИ
ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ В БРАТИСЛАВІ
Факультет міжнародних відносин



СЕРТИФІКАТ УЧАСНИКА

БУБЕЛА ВІТАЛІЙ ЮРІЙОВИЧ

який(а) брав(ла) участь у Міжнародній науково-практичній конференції

**ТРАНСФОРМАЦІЙНІ ЕКОНОМІЧНІ ПРОЦЕСИ
В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПИ**

(15 годин – 0,5 кредита ECTS)

24–25 жовтня 2025 року
м. Ужгород, Україна

Голова організаційного комітету,
професор, декан факультету міжнародних економічних відносин



М.М. Палінчак



ДЕКЛАРАЦІЯ

про дотримання академічної доброчесності

Я, _____

Повністю вказується ПІБ та статус (освітня (освітньо-наукова) програма – для здобувачів вищої освіти, назва кваліфікаційної роботи)

що нижче підписалась/підписався, розуміючи та підтримуючи загальновизнані засади справедливості, доброчесності та законності,

ЗОБОВ'ЯЗУЮСЬ:

дотримуватися принципів та правил академічної доброчесності, що визначені законодавством України, локальними нормативними актами Донецького національного університету імені Василя Стуса, положеннями, правилами, умовами, визначеними іншими суб'єктами, та не допускати їх порушення.

ПІДТВЕРДЖУЮ:

що мені відомі положення статті 42 Закону України «Про освіту»;

що у даній роботі не представляла/представляв чийсь роботи повністю або частково як свої власні. Там, де я скористалася/скористався працею інших, я зробила/зробив відповідні посилання на джерела інформації;

що дана робота не передавалась іншим особам і подається вперше, не порушує авторських та суміжних прав закріплених статтями 21-25 Закону України «Про авторське право та суміжні права», а дані та інформація не отримувались в недозволений спосіб.

УСВІДОМЛЮЮ:

що ця робота може бути перевірена університетом на плагіат або інші порушення академічної доброчесності, в тому числі з використанням спеціалізованих сервісів;

що у разі порушення академічної доброчесності, до мене можуть бути застосовані процедури, передбачені законодавством України та Кодексом академічної доброчесності та корпоративної етики Донецького національного університету імені Василя Стуса, іншими локальними нормативними актами університету, та я можу бути притягнута/притягнутий до академічної відповідальності.

(дата)

(підпис)

