

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ШОСТАК СЕРГІЙ ЛЕОНІДОВИЧ

УДК614.21:364-57]:[355.09:616-036.82]](477)(045)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ У РАМКАХ
ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ С. Л. Шостак

Науковий керівник: Семенець-Орлова Інна Андріївна, доктор наук з
державного управління, професор

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Шостак С. Л. Публічне управління у сфері реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я України. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Міжрегіональна Академія управління персоналом, Київ, 2024.

Дисертацію присвячено теоретико-методологічним і практичним аспектам публічного управління у сфері реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України. Обґрунтовані концептуальні підходи до організації процесу реабілітації з урахуванням актуального стану справ. Окреслено основну проблематику, яка впливає на якість організації процесу реабілітації. На основі аналізу інформації розроблено методику трансформації сфери управління, включаючи структуру, взаємозв'язок елементів та пошук джерел фінансування.

Важливу роль відіграло дослідження українського та закордонного досвіду побудови системи реабілітації. Проаналізована нормативно-правова база з цього питання в Україні дозволяє виявити нерегульовані компоненти системи та звернути на них увагу задля оптимізації кадрових, фінансових та управлінських ресурсів. Проаналізовано освітній компонент питання та висвітлено системну проблему відсутності працюючої схеми навчання всіх необхідних фахівців. Досліджено ролі і місце системи медичного забезпечення Збройних Сил України у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я та системи реабілітації. В ході роботи було узагальнено отримані результати та запропоновано науково-практичні рекомендації з удосконалення механізмів публічного регулювання (з урахуванням доцільності їх використання) системи комплексної реабілітації військовослужбовців. Виявлено резерви підвищення потенціалу військової охорони здоров'я.

Виокремлено розуміння феномену здоров'я як цілісної системи цінностей для кожної особистості та площину впливу в соціальній сфері установок і тенденцій. Окремо виділяється існуюча суперечка щодо сприйняття ідеї: з одного боку, це природна, внутрішня цінність, яка визнається апіорі; з іншого боку, це сфера, яка потребує постійної уваги.

Озвучена точка зору та методологічна позиція, які сприяють широкому погляду на процес реабілітації та його важливість. Включення цього компоненту в загальну систему охорони здоров'я сприятиме більш широкому застосуванню зазначених цінностей на практиці. Розглянуто різні визначення слова «реабілітація» та визначено, що найбільш точним є поняття та одиниця виміру «комплексна реабілітація», оскільки вона асоціюється із соціально-медичним простором.

Встановлено, що потенційний ринок реабілітаційних послуг в Україні достатньо великий для створення функціональної системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України в поєднанні з єдиним медичним простором для широких верств населення України. Існують необхідні передумови для широкого використання потенціалу ринку для надання медичних послуг від постачальники різних форм власності, у тому числі з врахуванням потенціалу самоорганізації суспільства.

Показано, що зміни у функціонуванні військ та їх медичному забезпеченні викликані важливою роллю кадрової політики держави щодо військової охорони здоров'я, що підвищує роль медичної служби в контексті збереження здоров'я військовослужбовців та підтримання їх боєздатності. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я є сукупністю національних правил або зобов'язань, які підвищують спроможність Збройних Сил України забезпечувати медичне обслуговування свого особового складу шляхом впровадження системи критеріїв професійної придатності спеціалістів у цій галузі та запровадження механізму перевірки останніх при призначенні на вищі посади.

Зазначено, що системний підхід до вирішення реабілітаційних заходів передбачає участь мультидисциплінарної команди, до складу якої входять професіонали з високим ступенем кваліфікації. Мультидисциплінарна команда, що включає медичних і фізкультурно-спортивних реабілітологів, обов'язково включає психолога. Це породжує кілька важливих питань щодо сфери підготовки фахівців з психологічної реабілітації, яка має велике значення в контексті участі військовослужбовців у бойових діях та має значні наслідки для сфери спеціалізованого управління щодо організації заходів, підготовки спеціалістів. Наразі система морально-психологічної допомоги є дефіцитною як з точки зору кадрового забезпечення, так і з боку якості надання послуг. Це створює ряд проблем для організації реабілітації. Відповідь на ці питання знаходиться у вищій якості інструментів державного управління та адміністрування, які дозволили б домовитися про пропорційне співвідношення між потребою та здатністю готувати спеціалістів.

Доведено, що увагу необхідно приділити фінансуванню галузі охорони здоров'я України в контексті комплексної реабілітації військовослужбовців загалом та військового відомства зокрема. У чинному законодавстві про охорону здоров'я в Україні відсутні зміни щодо порядку фінансування військової охорони здоров'я, а в системі охорони здоров'я цивільного населення України відсутній комплекс послуг, який би передбачав реабілітаційні послуги військовослужбовцям-учасникам бойових дій. Це спричиняє значну нестачу надавачів послуг з комплексної реабілітації, нерівномірний розподіл коштів, що перешкоджає використанню цивільних ресурсів та потужностей лікувальної фізкультури та спорту в інтересах військової охорони здоров'я.

Визначено, що гострою є необхідність руху реформ у напрямку європейської моделі щодо формування простору реабілітації для військовослужбовців Збройних Сил України. Це передбачає складний перехід до ринку реабілітаційних послуг, де збільшується участь провайдерів різних форм власності на ринку. Вирішення актуальних питань, пов'язаних зі

створенням ринку надання реабілітаційних послуг населенню України, яке постраждало від військової агресії, передбачає прийняття на державному рівні рішень щодо створення єдиного медичного простору для населення України.

Зазначимо, що складність адміністрування військової системи охорони здоров'я пов'язана зі складністю процесу керування: управління здійснюється в рамках кількох організаційних систем, які впливають на управління багатофункціональними об'єктами, ці об'єкти також характеризуються складним набором правил. Систему військової охорони здоров'я можна розглядати як комплекс взаємопов'язаних органів, що здійснюють військове управління, служб, що здійснюють всебічну підтримку військ (сил), організацій і ресурсів, які залучені до зміцнення фізичного та психічного здоров'я, профілактики захворювань, усунення джерел небезпеки для фізичного та психічного здоров'я військовослужбовців.

Запропоновано теоретичний метод до підходу планування заходів, які б дозволили створити комплексну систему реабілітації в рамках здоровогозбережувального простору України в умовах обмежених фінансових ресурсів. На відміну від існуючих методів, запропонований нами підхід до планування впровадження проекту, який є специфічним для багатьох змінних, гарантує ефективність за умови фінансової невизначеності у зовнішньому середовищі. Ми вважаємо ефективним оптимізацію методів планування як спосіб реалізації місії створення простору реабілітаційних послуг для військовослужбовців Збройних Сил України в складних умовах сьогодення. Основна мета ефективності в управлінні проектами – це намір зменшити витрати, а також забезпечити вищий результат і зменшити тривалість проекту. Запропонований механізм державного регулювання має стати послідовним, упорядкованим використанням методів, способів і важелів, які спрямовані на використання запропонованого переліку принципів державного регулювання з метою досягнення сталого ринку реабілітаційних послуг та створення ефективної системи охорони здоров'я населення України. Ці принципи базуються на європейському стандарті комплексної реабілітації

військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. Запропонована модель дозволяє здійснювати комплексний вплив на всі сфери діяльності Збройних Сил України, включно з потенційною роллю у захисті здоров'я та самозабезпеченості цивільного населення, ці властивості в кінцевому результаті призводять до зниження рівня захворювання, зменшення кількості звільнених за станом здоров'я, та сприяють скороченню часу повернення поранених (хворих) до виконання службових обов'язків.

Науково-практичне значення отриманих результатів лежить в площині розширення та доповнення сучасних знань, теоретичних підходів до обґрунтування політики щодо забезпечення безпеки України в контексті удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я. Теоретичні аргументи, висновки та пропозиції можуть бути використані в практичній діяльності державних службовців та посадових осіб з метою підвищення ефективності їх політики щодо формування єдиного здоров'язбережувального простору України.

Ключові слова: здоров'язбереження, здоров'я, механізми публічного управління, реабілітація, соціальна політика, медична реформа здоров'язбережувального простору, медицини, публічне управління та адміністрування, національна безпека, розвиток публічного управління, військовослужбовців, медико-психологічна реабілітація, учасники бойових дій, інноваційна діяльність.

ANNOTATION

Shostak S.L. Public Administration in the Sphere of Rehabilitation of Armed Forces Personnel in Ukraine within the Unified Medical Space of Health Care. - Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 281 "Public Management and Administration". - Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, 2024.

The dissertation is dedicated to the theoretical-methodological and practical aspects of public management in the sphere of rehabilitation of the Armed Forces of Ukraine. It elaborates on conceptual approaches to organizing the rehabilitation process, considering the current state of affairs. Key issues affecting the quality of rehabilitation organization are outlined. Based on an analysis of information, a methodology for transforming the management sphere, including structure, interconnection of elements, and sourcing funding, has been developed.

A significant role was played by the study of Ukrainian and international experience in constructing rehabilitation systems. The analysis of the normative-legal framework in Ukraine allows for the identification of unregulated components of the system and highlights them for optimization of personnel, financial, and management resources. The educational component of the issue has been analyzed, highlighting the systemic problem of the absence of a functioning training scheme for all necessary professionals. The role and place of the Armed Forces of Ukraine's medical provision in implementing state health care and rehabilitation policies have been explored. The research has summarized findings and proposed scientifically-practical recommendations for improving public regulatory mechanisms (considering their appropriateness) for a comprehensive rehabilitation system for military personnel. Reserves for enhancing the potential of military health care have been identified.

The understanding of the health phenomenon as an integral system of values for each individual and the plane of influence in the social sphere of attitudes and trends are distinguished. The existing dispute regarding the perception of the idea is

highlighted: on one side, it is a natural, intrinsic value recognized a priori; on the other, it is a sphere that requires constant attention.

The stated viewpoint and methodological position facilitate a broad view of the rehabilitation process and its significance. Including this component in the general health care system will promote a broader application of these values in practice. Various definitions of the word "rehabilitation" have been considered, determining that the most accurate concept and unit of measurement is "comprehensive rehabilitation," as it is associated with the socio-medical space.

It is established that the potential market for rehabilitation services in Ukraine is large enough to create a functional comprehensive rehabilitation system for the Armed Forces personnel in conjunction with the unified medical space for the broader population of Ukraine. There are necessary preconditions for extensive use of the market's potential to provide medical services by providers of various forms of ownership, including considering the potential for societal self-organization.

It is shown that changes in the functioning of the military and their medical provision are driven by the crucial role of state personnel policy regarding military health care, enhancing the role of the medical service in maintaining the health of service members and supporting their combat readiness. State personnel policy in the field of health care consists of national rules or commitments that enhance the capability of the Armed Forces of Ukraine to provide medical service to its personnel by implementing a system of professional suitability criteria for specialists in this field and establishing a mechanism for their verification when appointed to senior positions.

A systematic approach to resolving rehabilitation measures involves the participation of a multidisciplinary team, which includes highly qualified professionals. The multidisciplinary team, including medical and sports rehabilitation specialists, necessarily includes a psychologist. This raises several important questions regarding the area of training for specialists in psychological rehabilitation, which is significant in the context of military personnel's participation in combat actions and has significant consequences for the specialized management

of organizing measures and training specialists. Currently, the system of moral-psychological assistance is deficient both in terms of personnel provision and quality of services. This creates several problems for organizing rehabilitation. The answer to these questions lies in the higher quality of state management and administration tools, which would allow for a proportional ratio between the need and ability to train specialists.

It has been proven that attention needs to be paid to financing the health care sector in Ukraine in the context of comprehensive rehabilitation of military personnel in general and the military department in particular. Current legislation on health care in Ukraine lacks changes regarding the financing of military health care, and the health care system for the civilian population in Ukraine lacks a complex of services that would provide rehabilitation services to military personnel participants in combat actions. This causes a significant shortage of service providers for comprehensive rehabilitation, an uneven distribution of funds, which impedes the use of civil resources and capabilities of therapeutic physical culture and sports in the interests of military health care.

The acute need for reform in the direction of the European model regarding the formation of a rehabilitation space for the Armed Forces personnel of Ukraine is identified. This involves a complex transition to the market for rehabilitation services, where the participation of providers of various forms of ownership in the market increases. Resolving current issues related to the creation of a market for providing rehabilitation services to the population of Ukraine, which has suffered from military aggression, involves the adoption of decisions at the state level regarding the creation of a unified medical space for the population of Ukraine.

It is noted that the complexity of administering the military health care system is associated with the complexity of the management process: management is carried out within several organizational systems, which affect the management of multifunctional objects, these objects are also characterized by a complex set of rules. The military health care system can be considered as a complex of interconnected organs that carry out military management, services that provide

comprehensive support to troops (forces), organizations, and resources involved in strengthening the physical and mental health, prevention of diseases, elimination of sources of danger to the physical and mental health of military personnel.

A theoretical method for planning measures that would allow the creation of a comprehensive rehabilitation system within the health-preserving space of Ukraine under limited financial resources is proposed. Unlike existing methods, our proposed approach to planning the implementation of the project, which is specific to many variables, guarantees effectiveness under conditions of financial uncertainty in the external environment. We consider the optimization of planning methods as a way to implement the mission of creating a space for rehabilitation services for the Armed Forces personnel of Ukraine in the complex conditions of today. The main goal of effectiveness in project management is the intention to reduce costs, as well as ensure higher results and reduce the duration of the project. The proposed mechanism of state regulation should be a consistent, orderly use of methods, ways, and levers that are aimed at using the proposed list of principles of state regulation to achieve a sustainable market for rehabilitation services and create an effective health care system for the population of Ukraine. These principles are based on the European standard of comprehensive rehabilitation of military personnel participating in combat actions. The proposed model allows a comprehensive impact on all areas of activity of the Armed Forces of Ukraine, including the potential role in protecting the health and self-sufficiency of the civilian population, these properties ultimately lead to a reduction in the level of illness, a reduction in the number of discharged for health reasons, and contribute to reducing the time for the return of the wounded (sick) to the performance of service duties.

The scientific-practical significance of the results obtained lies in the plane of expanding and supplementing modern knowledge, theoretical approaches to substantiating the policy of ensuring the safety of Ukraine in the context of improving state policy in the field of health care. Theoretical arguments, conclusions, and proposals can be used in the practical activities of state civil

servants and officials with the aim of enhancing the effectiveness of their policy regarding the formation of a unified health-preserving space of Ukraine.

Keywords: health preservation, health, mechanisms of public administration, rehabilitation, social policy, medical reform of the health preservation space, medicine, public administration and administration, national security, development of public administration, military personnel, medical-psychological rehabilitation, combatants, innovative activity.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСРЕТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях

1. Шостак С. Л. Організація психологічної реабілітації в контексті діяльності медичної служби територіальної оборони збройних сил України. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування. 2023 № 7. С. 54-58. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-08>.

2. Шостак С. Л. Функціонування медичних сил України в умовах реформування системи охорони здоров'я (період військового стану). Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління. № 3(63) (2022). С. 133-142. DOI: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3\(63\)](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3(63)).

3. Шостак С. Л. Функціонування медичних сил в контексті створення єдиного медичного простору України задля здоров'язбереження нації. «Вчені записки ТНУ. Серія: Публічне управління та адміністрування» Том 34 (73) № 2. С. 96-101. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.2/16>.

Тези конференцій

4. Шостак С. Л. Структурна організація реабілітації у Збройних Силах України в рамках єдиного медичного простору України Менеджмент XXI століття : глобалізаційні виклики : матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції, 18 травня 2023 р. Полтава : ПДАУ, 2023. С. 288-289.

5. Шостак С. Л. організація системи здоров'язбереження військовослужбовців у єдиному медичному просторі. Травневі наукові зібрання - 2023, СХХІV Міжнародна науково-практична інтернет-конференція - м. Івано-Франківськ, 15 травня 2023 року. С. 206-208.

6. Шостак С. Л. Аспекти функціонування реабілітаційної сфери в рамках Збройних Сил України в контексті єдиного здоров'язбережувального простору. VI Міжнародний правничий форум «Права людини та публічне врядування в сучасних умовах»

7. Dmytryshyn R., Shostak S., Kot T., Korobova N. Sectoral regulation of agricultural development for security of the armed forces and realization according to the ideas of the self-government council «NADIYA». The 5th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects” (February 6-8, 2022) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2022. P. 563-570.

8. Dmytryshyn R., Shostak S., Kot T., Korobova N. Basic principles of industrial regulation in conditions of emergency challenges for national security according to the ideas of the selfgovernment council "NADIYA" within a single health-preserving space. The 8th International scientific and practical conference “Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects” (January 23-25, 2022) MDPC Publishing, Berlin, Germany. 2022. P 639-644.

9. Шостак С. Л. Аспекти функціонування реабілітаційної сфери (психологічної компоненти) в рамках Збройних Сил України. Мультидисциплінарний підхід до реабілітації - реалії та перспективи 23-24 лютого 2023 р.

10. Шостак С. Л. Сфера реабілітації військовослужбовців Збройних сил України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я України. Всеукраїнський семінар з міжнародною участю: «Стратегії реабілітації осіб з інвалідністю у воєнний час».

ЗМІСТ

ВСТУП	19
Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження публічного управління галузі охорони здоров'я та її складової – системи комплексної реабілітації Збройних сил України	26
1.1 Теоретико-методологічні засади дослідження публічного управління галузі охорони здоров'я в частині організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України.....	26
1.2 Комплексна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій у працях зарубіжних дослідників та міжнародний досвід функціонування системи комплексної реабілітація військовослужбовців .	40
1.3 Підходи до вирішення проблеми забезпечення реабілітації військовослужбовців ЗС України у вітчизняному науковому дискурсі з публічного управління	56
Висновки до розділу 1	73
Розділ 2. Сучасний стан публічного управління системою комплексної реабілітації особового складу Збройних сил України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я України	76
2.1 Нормативно правовий, організаційний, матеріально-технічний та фінансовий механізми публічного управління системою комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України.....	76
2.2 Механізми публічного управління підготовкою, добором, розстановкою та переміщенням персоналу, що здійснює організацію та керівництво комплексною реабілітацією	91
2.3 Професійний розвиток фахівців, залучених до комплексної реабілітації: медична, фізична, психологічна складові.....	102
2.2.1 Військово-медична освіта	102

2.2.2 Підготовка фахівців ЗС України за напрямком фізкультурноа та спортивна реабілітація	107
---	-----

2.2.3 Підготовка фахівців ЗС України за напрямком психологічна реабілітація	110
---	-----

Висновки до розділу 2	116
-----------------------------	-----

Розділ 3. Шляхи оптимізації системи публічного управління у сфері комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України 120

3.1 Моніторинг проблем організації та проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України, визначення напрямів проектування розбудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій	121
---	-----

3.2 Сучасна методика проектування розбудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України	141
--	-----

3.3 Впровадження сучасних організаційно-функціональних підходів до публічного управління ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям ЗС України, як складової системи комплексної реабілітації військового відомства	152
---	-----

Висновки до розділу 3	175
-----------------------------	-----

ВИСНОВКИ	181
-----------------------	------------

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	187
--	------------

ДОДАТКИ	215
----------------------	------------

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АСУ ЗС України – автоматизована система управління Збройними Силами України;

ВМІ – Військово-медичного інститут;

ВВНЗ МО України – військово-навчальні заклади Міністерства оборони України;

ВГ – військовий госпіталь;

ВППЛ ВМК – відділення підготовки помічників лікарів Вінницького медичного коледжу;

ГВКГ МО України – Головний військовий клінічний госпіталь МО України;

ГДР – госпіталь для лікування та реабілітації;

ГУОЗ та МЗ КМДА – Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації;

ГШ – Генеральний штаб ЗС України;

ДВОН – Департамент військової освіти і науки МО України;

ДОЗ – Департамент охорони здоров'я МО України;

ДПС – Державна прикордонна служба України;

ДСМК – Державна служба медицини катастроф;

ЕОТ – електронно-обчислювальна техніка;

ЄАВТ – Європейська асоціація вільної торгівлі;

ЄЕС – Європейське економічне співтовариство;

ЄС – Європейський Союз;

ЄСШР – Європейські сили швидкого реагування;

ЗЄС – Західноєвропейський союз;

ЗСУ – Збройні Сили України;

ЗС України – Збройні Сили України;

КАПД – клініка амбулаторно-поліклінічної допомоги;

КЕВМ – кафедри екстремальної та військової медицини;

кафедри МК та ВМ ВМ (Ф) НЗ України – кафедри медицини катастроф та військової медицини вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів України;

КВМЦ – Київський військово-медичний центр;

КМАПО – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика;

КМ України – Кабінет Міністрів України;

ЛПЗУ – лікувально-профілактичні заклади України;

МВГ – мобільний військовий госпіталь;

МГП – міжнародне гуманітарне право;

МОЗ – Міністерства охорони здоров'я України;

МНС – Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи;

МОН України – Міністерство освіти та науки України,

МО України – Міністерство оборони України;

НАДУ – Національна академія державного управління при Президентові України;

НДІ ПВМ ЗС України – Науково–дослідний інститут проблем військової медицини Збройних Сил України;

ОБСЄ – Організація з питань співробітництва й безпеки у Європі;

ОВТ – озброєння та військова техніка;

ОК – оперативне командування;

ООН – Організація Об'єднаних Націй;

ОСШР – об'єднані сили швидкого реагування;

ПМСД – первинна медико–санітарна допомога;

РФ – Російська Федерація;

СЗПБ – сфера зовнішньої політики й політики безпеки;

СМЗ – система медичного забезпечення;

СОТ – світова організація торгівлі;

ТерГБ – територіальна госпітальна база;

УВМА – Українська військово-медична академія;

УПС – Угода про партнерство і співробітництво між Україною і ЄС;

ФПЛ – факультет підготовки лікарів для ЗС України Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

ФППК – факультет перепідготовки і підвищення кваліфікації;

ШПК – штатно-посадова категорія.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Ведення повномасштабної оборонної операції на всій території України стало серйозним випробуванням на стійкість для держави та її інститутів і сприяла масовому підйому самосвідомості та патріотизму серед населення України. Зважаючи на те що Україна перебуває де-факто у стані війни, а точніше в умовах так званої "гібридної війни" виникла необхідність проведення декількох хвиль мобілізації з формуванням нових угруповань, що в свою чергу привело до значного збільшення чисельного складу військськ. Значне збільшення чисельності особового складу забезпечення Збройних Сил (ЗС) України, спрощення вимог до стану здоров'я призовного складу, значне збільшення санітарних та безповоротних людських втрат змусило переглянути існуючі підходи до медичного забезпечення військового відомства. Для досягнення мети побудови дієздатної та ефективної лікувально-евакуаційної системи та системи комплексної реабілітації ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я України виникла необхідність залучення наявних сил та засобів медичних служб інших військових формувань, стаціонарних та мобільних закладів охорони здоров'я цивільного населення, потенціалу самоорганізації суспільства. Проведення заходів комплексної реабілітації покликано відігравати провідну роль у поверненні до строю або трудової діяльності в найкоротший термін військовослужбовців після складного перебігу захворювань та поранення. Це обумовлює необхідність вдосконалення механізмів публічного управління з відпрацюванням певної системи міжвідомчої комунікації задля досягнення мети розбулови системи комплексної реабілітації ЗС України в рамках єдиного здоров'язбережувального простору України.

Проте, заходи реабілітації військовослужбовців ЗС України, що здійснюються сьогодні у медичній і соціальній галузях суспільства, ще недостатньо набули системного і комплексного характеру.

Існуюча система комплексної реабілітації громадян України побудована на різновідомчих принципах, без урахування необхідності системного підходу. Нечисленні наявні наукові публікації мають переважно фрагментарний характер розгляду та аналізу окремих аспектів медичної, фізичної, соціальної та психологічної реабілітації. В організації реабілітації у сфері охорони здоров'я та соціальній сфері не існує універсальної методології, і до цього моменту визначено лише кілька підходів, точкові теорії і практики. Існує необхідність розробки оптимальної моделі системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій [1]. Важливість вирішення цієї наукової та медико-соціальної проблеми ілюструється необхідністю реалізації стратегій, які використовує держава, зокрема: Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Постанови Кабінету міністрів України від 31.10.2018 № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України», Указу Президента України від 23.08.2020 № 342/2020 «Про затвердження національної стратегії розвитку фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни», Закону України «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності», Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та низки інших нормативно-правових актів щодо реабілітації учасників бойових дій [2].

З огляду викладеного вище, виникає необхідність комплексного дослідження сутності та особливостей публічного регулювання формуванням системи комплексної реабілітації, як важливої складової медичного забезпечення військ, з науковим обґрунтуванням визначення напрямів його оптимізації. Саме відсутність теоретичних розробок із зазначеної проблеми і спонукала до виконання дисертаційного дослідження, визначила його мету, завдання, об'єкт і предмет.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є поглиблення теоритичних, обґрунтування організаційно-правових засад щодо використання потенціалу ринку реабілітаційних послуг та опрацювання

методичних положень і розробка практичних заходів щодо вдосконалення механізмів публічного управління в сфері створення дієздатної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, що сприятиме значному збільшенню спроможностей медичного забезпечення ЗС України.

Для досягнення поставленої мети, необхідно розв'язати низку завдань, зокрема:

- дослідити роль і місце системи військової охорони здоров'я щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу ЗС України, як визначального фактора боєготовності військ. Роз'яснити основні поняття та зміст концептуальних засад формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я;

- проаналізувати еволюцію заходів медичного забезпечення ЗС України під час особливого періоду в площині втілення внутрішньої політики України у сфері охорони здоров'я, стан системи комплексної реабілітації військовослужбовців, її роль і місце в системі військової охорони здоров'я;

- узагальнити одержані результати та запропонувати науково-практичні рекомендації з удосконалення механізмів публічного регулювання розвитку системи комплексної реабілітації військовослужбовців в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України з врахуванням інноваційних технологій та кращого міжнародного досвіду:

- провести комплексний аналіз потенціалу ринку надання реабілітаційних послуг України з врахуванням спроможностей самоорганізації суспільства та потенціалу іноземних інвестицій;

- проаналізувати основні тенденції формування системи комплексної реабілітації в розвинутих країнах світу та провести порівняльний аналіз нормативно-правової відповідальності стандартам НАТО;

- виявити резерви підвищення потенціалу військової охорони здоров'я в частині проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС

України з врахуванням використання спроможностей охорони здоров'я цивільного населення України та потенціалу самоорганізації суспільства;

- визначити фактори формування ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям в системі охорони здоров'я цивільного населення України, охарактеризувати можливості використання потенціалу зазначеного ринку та обґрунтувати напрями вдосконалення публічного регулювання цієї сфери з точки зору реалізації воєнно-медичної доктрини та рішення Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. №910;

- розробити концепт моделі провідних підходів щодо ефективної роботи механізмів медичного забезпечення військ в частині формування дієвої системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України;

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають у сфері охорони здоров'я України в частині формування та розвитку системи комплексної реабілітації військовослужбовців в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України.

Предмет дослідження – механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я населення України в частині формування дієздатної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України.

Методи дослідження. Теоретико-методологічну основу складають положення сучасної теорії публічного управління, наукові праці українських і зарубіжних вчених, присвячені проблемам публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Для виконання місії та завдань у дослідницькому процесі зазвичай застосовувався комплекс пов'язаних і доповнювальних загальнонаукових і спеціальних методів, спрямованих на отримання об'єктивних і фактичних результатів:

абстрактно-логічний – при вивченні літературних джерел та дослідженні розвитку поставлених проблем.

метод історичного аналізу літературних джерел – з метою дослідження

ступеня вивченості питання у науковій літературі як вітчизняній, так і зарубіжній.;

методи аналізу і синтезу, класифікації і систематизація, узагальнення та аналогії – для дослідження характеру розвитку нормативно-правової бази та організаційно-правових засад системи військової охорони здоров'я;

метод моделювання – з метою розробки нового методологічного підходу до оптимізації публічного регулювання формуванням системи комплексної реабілітації особового складу ЗС України в умовах реформування охорони здоров'я України;

метод узагальнення, а також прогностичний метод – ці методи використовуються при формулюванні висновків, рекомендацій і пропозицій, узагальнення отриманих результатів дослідження механізмів публічного регулювання формуванням системи комплексної реабілітації ЗС України та уникнення суб'єктивізму у висновках.

Основою дослідження стали законодавчі та нормативно-правові акти Верховної Ради України, Укази та розпорядження Президента України, Постанови Уряду України, законодавчі та нормативні документи НАТО у галузі медичного забезпечення та реабілітації.

Наукова новизна одержаних результатів. У результаті дослідження сукупності теоретичних, методичних і практичних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я України в частині формування системи комплексної реабілітації військовослужбовців в рамках єдиного медичного простору України, яке в сукупності вирішує важливе наукове завдання щодо розвитку організаційно-правових засад публічного регулювання ринку надання реабілітаційних послуг. Отримано узагальнення, що містить такі пункти наукової новизни:

вперше:

- розроблено методологічний підхід до структуризації напрямів публічного управління щодо комплексної реабілітації особового складу ЗС

України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України;

- запропоновано модель оптимізаційного планування реалізації воєнно-медичної доктрини України в частині формування системи комплексної реабілітації особового складу ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України. На відміну від наявних підходів, запропоноване багатоваріантне планування реалізації проєкту формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України, що забезпечуватиме реалізацію завдання створення в умовах особливого стану та невизначеності зовнішнього фінансування дієвої системи комплексної реабілітації військовослужбовців сил оборони;

- удосконалено підходи щодо вирішення питання підготовки і професійного росту персоналу, який залучено до проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців;

дістало подальшого розвитку:

- наукові підходи до реформування системи військової охорони здоров'я в частині реабілітації військовослужбовців у єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України, що сприятиме реалізації державної політики у військовій сфері;

- обґрунтування доцільності використання запропонованих управлінських рішень в контексті організації процесу комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України у єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України.

Практичне значення одержаних результатів – розроблені та обґрунтовані наукові положення, висновки й рекомендації становлять теоретичну і методологічну основу для практичного вдосконалення механізмів публічного регулювання щодо створення дієвої системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України.

Зокрема, результати дослідження щодо розробки та вдосконалення механізмів публічного регулювання системи медичного забезпечення

особового складу ЗС України в частині створення системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України були застосовані командуванням Сил територіальної оборони ЗС України під час розробки плану заходів для формування реабілітаційного простору військовослужбовців-учасників бойових дій Сил територіальної оборони ЗС України та Управлінням фізичного виховання та спорту МО України під час створення кафедри реабілітації в рамках Інститута фізичного виховання та оздоровчих технологій МО України (“довідка про впровадження наукового дослідження” військової частини А0135 МО України №313/5612 від 19.09.2023).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою працею автора, в якій викладено його погляди на проблему регулювання у сфері військової охорони здоров’я. Усі висновки та пропозиції на захист дисертант створював в індивідуальному порядку. З наукових зусиль, які проводяться в рамках наукової кар’єри співавтора, в роботу включені лише ті ідеї та правила, які є результатом особистих зусиль дисертанта. Основні висновки, висвітлені в дисертаційній роботі були використані: Міжнародною Академією управління персоналом під час виконання науково-дослідницької роботи “Розвиток публічного управління та адміністрування в умовах системних галузевих реформ: соціальні, економічні, безпекові та культурні аспекти” (ДР 0119U100491) (довідка №10872 від 6.12.2023)

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано у рамках теми науково-дослідницької роботи ПрАТ “Вищий навчальний заклад “Міжнародна Академія управління персоналом” на тему “Розвиток публічного управління та адміністрування в умовах системних галузевих реформ: соціальні, економічні, безпекові та культурні аспекти” (ДР 0119U100491)” Внесок здобувача полягає у розробці концептуальних засад публічного управління у сфері охорони здоров’я військовослужбовців.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ СКЛАДОВОЇ – СИСТЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

1.1 Теоретико-методологічні засади дослідження публічного управління галузі охорони здоров'я в частині організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України.

Відомо, що публічне управління в галузі охорони здоров'я проводиться в рамках державної політики розбудови незалежної демократичної України та визначається методом соціального вибору та величиною соціальних змін у масштабі, і в цілому демонструє складний характер основних потреб і бажань суспільства. [3].

Стратегічною метою державної політики охорони здоров'я є зміцнення здоров'я населення, підвищення доступності медичної допомоги для більшості населення, сприяння більш повному використанню різноманітних можливостей людини, що веде до більш тривалої активної діяльності. робочого періоду їх життя, а також підвищення грошової оцінки їх якості. Здоров'я більше сприймається як здатність до здорового фізичного життя, а не як здатність виконувати трудові чи соціальні функції чи відтворювати сукупність людських здібностей і потреб. Ступінь розвитку різних здібностей, творчий потенціал людини та їх повнота, інтенсивність і ефективність життя, а також похідні від них властивості не залежать виключно від стану здоров'я людини [4-7].

Основою нового сучасного підходу до державної політики в галузі охорони здоров'я в Україні є усвідомлення того, що здоров'я людини є формою економічної цінності, а реалізація заходів стратегічного характеру є першорядною для держави.

Ми поділяємо думку проф. А. Голяченка про те, що залишається актуальним надмірне споживання ресурсів і недотримання стандартів європейського управління промисловістю. Планування та надання медичних послуг базується на метриці – кількості лікарняних ліжок та кількості лікарів, а не на реальних потребах населення. Існує розбіжність між запитами суспільства як на медичні, так і на освітні послуги, зокрема щодо підготовки кваліфікованого менеджера охорони здоров'я. На сьогоднішній день принципи фінансування лікувально-профілактичних закладів, а також їх масштаби не відповідають сучасним вимогам управління якістю в галузі, через що існує розбіжність із європейськими стандартами управління якістю [8].

У контексті наведеного вище не можна не погодитися з твердженням Д. В. Карамишева про те, що реформа галузі має бути зосереджена на зміні способу доступу до системи охорони здоров'я, від соціального підходу до витрат до соціального підходу до інвестицій, з міждисциплінарної точки зору щодо управління системою охорони здоров'я, необхідний перехід від великої системи до малої. [9].

Слід розглядати систему охорони здоров'я на додаток до первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, а також інноваційні шляхи трансформації системи, що впливають на всі сфери діяльності. Ці перетворення мають підняти систему на новий рівень. ступінь розвитку. Впровадження, наприклад, доказової медицини в систему комплексної військової реабілітації військовослужбовців України та інших інноваційних методів є єдиною навчально-методичною доктриною, яка здатна підняти національну систему охорони здоров'я на якісно новий рівень.

Як наслідок, охорона здоров'я є високотехнологічною, науково обґрунтованою галуззю, що базується на ресурсах, яка є специфічною за характером і цілями своєї діяльності та вимагає централізованих підходів і громадського контролю за розміщенням ресурсів і доступністю цих ресурсів для всі громадяни держави, де реабілітація військовослужбовців ЗС України являє собою невідємну частину загальної системи охорона здоров'я України.

Стан здоров'я громадян України та національна галузь охорони здоров'я є наочним уявленням про рівень економічного розвитку країни, напрямок її державної політики, особливу увагу до соціальних питань та створення «людського капіталу», який функціонує, як характерна ознака економічно активного населення країни. Стан здоров'я країни безпосередньо впливає на обсяг продуктивності праці в суспільстві та суттєво впливає на соціально-економічний потенціал країни.

З огляду на зазначене здоров'я потрібно розглядати у двох основних площинах. Спочатку «здоров'я» - це широке поняття, яке слід розглядати як об'єкт позачасового світу, як найбільшу духовну цінність людини і суспільства. З цієї точки зору він має фізичну природу, яка є об'єктивною. У найзагальнішому розумінні «здоров'я людини» - це природний стан організму, який характеризується його повною гармонією з біосферою і відсутністю будь-яких істотних проблем зі здоров'ям [16].

З позиції філософської рефлексії здоров'я – це особлива система цінностей, за допомогою якої відчувається світ. Здоров'я людини формується з дитинства та зумовлюється реальністю і, водночас, воно апріорне й аксіологічне [17]. Тобто двоїстий характер категорії здоров'я як цінності складається з того, що воно дається людині безкоштовно, без якихось зусиль з боку особи, а те, що дістається без докладання зусиль, суб'єктивно низько оцінюється. Разом з тим здоров'я виступає як найвища цінність, оскільки його відсутність нівелює та знецінює решту цінностей.

Здоров'я населення – один з головних елементів національного багатства. Велику відповідальність за збереження і примноження цього багатства несе медицина. У цьому контексті збереження здоров'я у масштабах держави є основою діяльності Міністерства охорони здоров'я.

У той же час, збереження життя та здоров'я військовослужбовців шляхом досягнення максимальної ефективності їх медичного обслуговування при поєднанні зусиль медичної служби та цивільної системи охорони здоров'я

є пріоритетним завданням для всього державного апарату, яке покладено в основу Воєнно-медичної доктрини України.

З другого боку, здоров'я – суто особистісна характеристика та цінність, оскільки людину цікавить, передусім, її власний стан та особистісні і соціальні фактори, які на нього впливають.

Розуміння здоров'я людини в аспекті особистих цінностей, а суспільного здоров'я – як ціннісних відносин, дає змогу визначити поняття здорового способу життя як процесу рівноваги та взаємного перетворення природного і свідомого, здорового і хворобливого, сутнісних сил людини та ціннісних регулятивів суспільства. Модус здоров'я – це похідна від ціннісного сприйняття світу і буття, а власне здоровий спосіб життя – форма практичного втілення модусу здоров'я людини [18].

Від рівня здоров'я військовослужбовців залежить рівень боєздатності військових частин та ефективність роботи органу управління військ.

Здоров'я – це здатність людини до усталеної гармонії духу і тіла, психічного і фізичного, внутрішнього і зовнішнього, індивіда і середовища, особистості і суспільства. Здоров'я як усталеність гармонії і як інтегральний ефект багатьох складових передбачає звернення до такої проблеми, як стан навоколишньої природи і самого суспільства, в якому живе людина. Також можна вважати, що загальною причиною багатьох захворювань є економічні, соціальні і політичні кризи, так звані різноманітні “болячки”, “виразки суспільства” [19].

З огляду на це, здоров'я – природна, абсолютна і нетлінна, “вічна” життєва цінність, що посідає один із верхніх щаблів в ієрархії цінностей незалежно від історичних умов. На задоволенність більшості людей впливає стан їх здоров'я. Необхідність здоров'я є універсальною і стосується кожної людини, так і суспільству в цілому, тому розрізняють поняття “особисте здоров'я” та “здоров'я суспільства” або “суспільне (громадське) здоров'я”, за аналогією з індивідуальною та суспільною свідомістю, індивідуальними та суспільними цінностями [20].

Сучасні дослідження показали обмеженість медичного підходу, який визначає здоров'я як відсутність хвороби. Крім того, комплекс медичних питань становить лише невелику частину здоров'я в цілому, а феномен людського буття і соціальної цінності є більш масштабним. Як наслідок, загальні результати досліджень залежності системи охорони здоров'я від різних факторів свідчать про те, що стан системи охорони здоров'я становить лише приблизно 10 відсотків від загальної сукупності впливу. Решта 90% поділяються на: екологію (близько 20%), спадковість (близько 20%), і більша частина (близько 50%) спричинена умовами та способом життя (майже 90%). Як наслідок, суто медична складова не є першочерговим впливом на здоров'я людини з огляду на різноманіття захворювань, що виникають, а медичне визначення здоров'я як відсутності хвороби не відповідає реаліям життя. Здоров'я розглядається як динамічна і гармонійна рівновага всіх елементів і сил, що оточують людину, створюють її середовище існування.

У новій парадигмі здоров'я постає розвиток філософського, соціального та медико-біологічного знання, а також – специфічний предмет науки та практики публічного управління. У другій половині XX ст. людство, усвідомивши необхідність зміни ставлення до здоров'я у бік розгляду його як головної цінності, започаткувало нову наукову галузь, яка отримала назву “валеологія” [22].

В історичному поступі суспільства уявлення про здоров'я і методи його зміцнення набували різного змісту, що пов'язано з культурою і етногеографічними особливостями народу. Кожний народ вносить у скарбницю валеології свої знання, в розвитку яких є дві тенденції, що різняться спрямованістю і методами лікування. Одна з них характерна для західної цивілізації, друга – для східної.

Притаманні західній цивілізації світогляд і прагматизм визначили основну спрямованість у зміцненні здоров'я на підвищення високої фізичної працездатності. Таке розуміння оздоровлення сприяло широкому

використанню засобів фізичної культури і масажу для стимулювання рухової функції.

Західний шлях оздоровлення із самого початку був пов'язаний з науковим узагальненням знань про організм і методи його зміцнення. Так, ще в кріто-мікенський період розвитку античної цивілізації, тобто в III–II тис. до н. е., був розроблений метод фізичного тренування функцій організму. Але лише в другій половині XX ст. було з'ясовано найважливіший компонент здоров'я, який забезпечує цей метод, – енергетичний рівень організму. Дослідники встановили, що здоров'я людини багато в чому залежить від енергетики організму, яку вимірювали за його здатністю споживати кисень.

Альтернативний підхід визначив принципово іншу спрямованість у виробленні оздоровчих засобів на Сході. Він полягає в поліпшенні загального стану людини, в гармонійному злитті з навколишнім світом. Так, на Сході, зокрема в стародавній Індії і в інших країнах, сформувалися методи гармонізації функцій організму шляхом створення певних психологічних станів: самонавіювання, зосередження із звільненням від зовнішніх подразників, релаксації, медитації тощо. Саме вони забезпечували моральне і духовне удосконалення людини, очищення і всебічний розвиток тіла.

Одна з найстаріших систем оздоровчої фізичної культури, розроблена індійськими педагогами кілька тисяч років тому, – хатха-йога – містить рекомендацію, яка сьогодні так само актуальна, як і колись: “вставайте вранці з думкою про те, що ви здорові, і засипайте з цією самою думкою”. Крім психологічних впливів і морально-етичних рекомендацій велику увагу система приділяла виконанню своєрідних статичних вправ (асани – поза лотоса, кобри, сарани тощо) на фоні специфічних станів психіки, що гармонізують функції організму. У китайській системі оздоровчих вправ тайцзи-цюань використовують складні за координацією динамічні вправи, які імітують рухи тварин і птахів. Основні стимулюючі впливи творці оздоровчих систем спрямовували не на розвиток м'язів, а на поліпшення психоемоційних станів людини і діяльності її внутрішніх органів.

Визначення поняття “здоров’я”, запропоноване на початку 40-х років ХХ століття Р. Сігерістом, виявилось набагато ширшим від античних та середньовічних уявлень про фізичне і душевне здоров’я. Це визначення передбачає концепцію здоров’я як відсутності хвороби, чогось позитивного, життєвої радості та позитивного сприйняття всіх обов’язків, які життя на нас покладає. Науковець вважає, що здоров’я слід розглядати не лише як фізичний чи психічний стан людини, а й як соціальний конструкт. Це спонукало експертів ВООЗ визначити цю ідею відповідно до визначення Сігеріста, яке було включене до преамбули статуту ВООЗ у 1946 році: “Здоров’я – це стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб” [23].

Щоб бути здоровим, з валеологічних позицій, потрібно досягнути гармонії душі, тіла і розуму, що, в свою чергу, передбачає побудову гармонійних відносин із соціумом (і в соціумі), і з природою. А створення підґрунтя для гармонійних відносин у соціумі, в свою чергу, вочевидь, є завданням публічного управління. При цьому стає зрозуміло, що здоров’я людини неможливе без здоров’я систем, що її оточують. А оскільки нас оточують і природа, і люди, і суспільство в цілому, то проблеми суто медичні у валеології перетинаються з проблемами соціальними, екологічними, релігійними.

Вимагаючи перебудови суспільних відносин, валеологія є чинником, “цеглиною” аксіологічного фундаменту цієї перебудови. Якщо у процесі діяльності держави у сфері охорона здоров’я, демографічні процеси не поліпшуються, то валеологи (разом з екологами, політиками, соціологами, демографами, політологами) дають відповідну оцінку ефективності існуючої влади й суспільного устрою країни.

Характерною рисою сучасної концепції здоров’я людини є розуміння необхідності його свідомого зміцнення. Практики доводить, що найвидатніші досягнення сучасної медицини не можуть принципово сприяти запобіганню

фізичної деградації людини, якщо вона сама не спрямовуватиме зусилля на підтримання своїх фізичних можливостей на відповідному рівні.

Крім об'єктивних чинників здоров'я, що забезпечують здоровий спосіб життя, виняткове значення має суб'єктивний, який стимулює психоемоційні впливи, що створюють атмосферу впевненості людини в своїх силах і можливостях, породжують оптимістичний настрій і душевну рівновагу. Справді, досвід людства з глибини віків до наших днів свідчить: оптимістичний світогляд, упевненість у своїх силах, гармонійний розвиток організму за допомогою фізичних вправ і психоемоційних впливів, раціональне харчування, дотримання режиму праці й відпочинку забезпечують активне, творче, насичене цікавими справами довголітнє життя без хвороб.

Парадигма здоров'я, що концептуально визначена ще академіком М. Амосовим, стверджує: “Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і значні. Замінити їх нічим не можна”. Як результат, як у суспільній свідомості, так і на індивідуальному рівні, важливо змінити спосіб мислення та порядок ваших духовних турбот. Цей тип мислення зазвичай позначають як логічне, моральне та екологічне [24].

Тягар відповідальності за здоров'я громадян (і суспільства) дедалі більше знімається із суспільства і перекладається на плечі особистості. І це відбувається не через зміну ідеологічних орієнтацій. Без вільної оздоровчої праці індивіда стати здоровим неможливо.

Таким чином, прагнення здоров'язбереження постає як особистісний імператив. Проте у контексті дослідження в якості завдання для публічного управління в цілому необхідно сформулювати вимогу його модернізації в напрямку усвідомлення значущості валеологічної складової. “Валеологізоване” публічне управління може бути визначене, як таке, що враховує результати та наслідки своїх впливів для здоров'я людини та суспільства в усіх галузях та всіх секторах.

Сучасне суспільство потребує нової, валеологічної парадигми здоров'я, а успішність реалізації цієї парадигми нерозривно пов'язана з духовним, соціально-політичним та економічним станом суспільства. Саме тому “валеологізація” публічного управління актуальне завдання сьогодення.

Саме тому на сучасному етапі суспільного розвитку суттєво зростає роль науки і практики публічного управління щодо формування цілеспрямованого впливу з боку держави та суспільства на створення таких умов, які б, у свою чергу, створювали достатній мотиваційний базис для усвідомлення “пересічним” українцем цінності власного життя, власної здоров'язбережувальної потреби і активного застосування цього базису для підтримки, відновлення і навіть збільшення потенціалу власного здоров'я. Збереження здоров'я військовослужбовців ЗС України наряду пов'язано з організацією системи охорони здоров'я цивільного населення.

Зокрема, теоретичний аспект актуальності дослідження полягає в необхідності вироблення та впровадження державної політики у напрямку зміни старих парадигм (діяльності медичної галузі, спрямованої на хвороби людини) новими (етичної спрямованості цієї діяльності на збереження здоров'я населення). Практичний аспект пов'язаний з розробкою та впровадженням етичних засад і настанов процесу трансформування, а також конкретних засобів і технологій формування здорового способу життя українського народу засобами публічного управління.

Таким чином, головним засобом корекції несприятливих тенденцій у стані здоров'я населення є докорінна зміна стратегії охорони здоров'я (у широкому розумінні), вжиття активних оздоровчих заходів на етапі зниження запасів здоров'я (на індивідуальному рівні) у поєднанні із саналогічним мисленням “валеологізованого” публічного управління (на рівні держави та суспільства). Суспільні потреби з оптимізації діяльності системи охорони здоров'я України, у тому числі й військової охорони здоров'я, в епоху глобалізації та соціальних потрясінь мають вимагати пошуку нових методів

формування та реалізації політики країни в галузі охорони здоров'я з використанням інноваційних методів та зарубіжного досвіду.

Досягнення головних цілей системи охорони здоров'я виконується функцією чотирьох її ресурсів, а саме: отримання прибутку, фінансування, надання послуг і лідерство над керівництвом.

Відповідальність за стан здоров'я населення несуть національні системи охорони здоров'я (СОЗ). СОЗ – це зібрання всіх організацій, установ і ресурсів, основною метою яких є покращення та підтримка, або відновлення здоров'я населення.

Важливе місце в національній системі охорони здоров'я посідає система охорони здоров'я військового відомства, невід'ємною складовою якої є медична служба ЗС України. Комплектування особовим складом, придатним за станом здоров'я та психофізіологічними якостями, збереження та зміцнення здоров'я солдатів і офіцерів під час виконання ними службових обов'язків є найвідповідальнішим завданням медичної служби.

У складних умовах ведення бойових дій основним завданням медичного забезпечення ЗС України та системи охорони здоров'я цивільного населення є збереження здоров'я військовослужбовців та як можливо швидке повернення до строю особового складу після хвороби та поранень. Вирішальну роль у виконанні зазначеного завдання покладено на превентивну (попереджувальну) медицину та комплексну реабілітацію.

Щоб зрозуміти визначення слова «реабілітація військовослужбовців», необхідно почати з уточнення загальноприйнятих визначень. Важливо визнати, що наукове визначення «реабілітації» з часом змінювалося, це було пов'язано з історичним контекстом. Зокрема, під час Першої світової війни різноманітні ініціативи з реабілітації почали набувати більшої популярності. Багатьом пораненим та покаліченим бійцям надано відновлювальну допомогу та реабілітаційну терапію. У результаті в 1903 році Франц Йозеф Руттер фон Бусс вперше формалізував поняття «реабілітація» в книзі «Система загального піклування про бідних», основна увага цього поняття була спрямована на

благодійні дії. Пізніше, у 1922 році, була створена перша американська установа, присвячена догляду за дітьми-інвалідами, Міжнародне товариство догляду за дітьми-каліками. Ця організація взяла на себе завдання розробки найважливіших проблем реабілітації у світі [25]. Медичне визначення слова «реабілітація» було закладено у Вашингтоні в 1946 році на нараді з питань реабілітації хворих на туберкульоз, на якій було сформульовано фундаментальну концепцію реабілітації: «у відновленні фізичних і духовних сил потерпілого, а також його професійних навичок» [26].

Термін «реабілітація» походить від пізнього латинського терміну «rehabiti», що означає здатність, і «rehabilitatio», що означає відновлення здібностей. Реабілітація - це комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, підвищення психомоторики або відновлення потенціалу, які спрямовані на допомогу людям, які втратили здоров'я, психомоторику або потенціал, що є наслідком захворювання. Це досягається активізацією резервних властивостей організму та підвищенням його фізичних, розумових і професійних здібностей. У зв'язку з цим А. Бурлак характеризує її як «багатоаспектність», для її реалізації вимагає залучення фахівців із різних галузей знань [27]. Визначення реабілітації Міжнародної організації праці передбачає відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними або розумовими можливостями з метою максимального використання їх потенціалу з фізичної, психічної, соціальної та професійної точки зору. Однак характер травми або характер захворювання людини з проблемами розвитку, травмами, тривалими захворюваннями неврологічного характеру або будь-яким іншим типом дефіциту, як це зазвичай буває, не має значення. На засіданні експертного комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з реабілітації в 1968 році було визнано, що реабілітація повинна розглядатися як поєднання медичних, соціальних, освітніх і професійних дій з метою максимізації функціональних можливостей людини. малозабезпеченого контингенту та його використання [28]. Крім того, реабілітацію вважають процедурою, її метою є запобігання розвитку

інвалідності, якої можна уникнути під час лікування захворювання, і допомогти інвалідам досягти найбільшого фізичного, розумового, професійного, соціального та економічного задоволення, на яке вони здатні. досягнення в контексті наявного захворювання або фізичного стану [29].

Важливо визнати, що «реабілітація» є більш розширеним терміном, ніж «лікування» в традиційному розумінні. Він складається з елементів, які як запобігають, так і лікують хвороби, з метою відновлення не лише здоров'я, але й життєвих цінностей людини, її соціального становища та максимального використання її потенціалу [32]. У той же час, це поняття розглядається М. Кабановим [31] як «третинна профілактика», при цьому під первинною профілактикою мається на увазі раннє виявлення захворювань, а вторинна профілактика – це лікування захворювання після первинного виявлення.

Ми погоджуємося з В. Беловим і В. Галкіним, які відзначають комплексний характер реабілітації, підкреслюючи, що це система науково-практичних заходів, які спрямовані на «відновлення особистісного і соціального становища суб'єкта шляхом комплексного впливу на особистість». що включає медичну, соціальну, психологічну, освітню, правову та інші складові» [35]. Зупинимося на фундаментальній меті відновлення кадрового складу. В уявленні Я. Радиш і О. Соколова [36], це «система медичних, психологічних і професійних дій, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до порушення функцій та ефективно і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності».

Основним напрямком реабілітації є відновлення здоров'я пацієнта шляхом комплексного застосування різноманітних спеціальних впливів, спрямованих на максимізацію відновлених фізіологічних функцій організму, а також у випадках, коли це неможливо – здійснення та розвиток компенсаторнихк замісних пристосувань (функцій). З огляду комплексного підходу до проведення реабілітаційних заходів має сенс розглянути значення

кожного з них в контексті реабілітації військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях.

У загальному контексті, психологічна реабілітація – це сукупність дій, спрямованих на збереження, відновлення або компенсацію психічних розладів, якостей або статусів, сприяння психосоціальному пристосуванню до життєвих змін, усвідомленню досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, і застосуванню його в житті [37].

Професійний аспект реабілітації (акмеологічна реабілітація) передбачає відновлення максимально можливого, найвищого рівня професійної діяльності, на яку здатна кожна людина за станом здоров'я. Це і здобуття нової професії, і визначення працездатності людини, і встановлення нового пристрою.

Соціально-моральна реабілітація, яка відновлює репутацію, честь і гідність об'єкта реабілітації, а також формує позитивне суспільне сприйняття бійця як захисника держави.

Соціально-економічна реабілітація полягає в тому, що допомагає відновити або підвищити економічний статус, здобути соціальну повноцінність та соціальну незалежність.

Медична складова захворювання відображає вплив захворювання, а також лікування, яке воно має на повсякденне життя пацієнта, одужання пацієнтів, які захворіли або отримали поранення в зоні конфлікту (включаючи реабілітацію військовослужбовців, які отримали інвалідність внаслідок травми під час виконання службових обов'язків). У медичній термінології «якість життя» вважається рівнем комфорту та задоволення, пов'язаним із фізичним, психологічним і соціальним станом людини, на які впливають хвороби та їх лікування, а також особиста оцінка, оцінка пацієнта реакція на прогресування захворювання або потенційні ускладнення, обидва з яких підлягають періоду одужання. Тобто поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» об'єднує критерії пов'язаності зі здоров'ям: фізичного, психічного та соціального. Крім того, кожна з цих груп містить декілька показників, які

можна виміряти як об'єктивно, так і суб'єктивно. Через комплексний характер поняття якості життя в ньому виділяють три складові:

- медичну – вплив хвороби, а також саме лікування на функціональні здібності людини, на її повсякденну діяльність, включаючи вплив хвороби на режим сну;
- психологічну – погляд індивіда на своє здоров'я, ступінь його адаптації до хвороби;
- соціально-економічну – здатність брати участь у житті суспільства та бути корисним.

Ідея «якості життя» та реабілітації нерозривно пов'язані. Якість життя вважається найважливішою для ефективності реабілітації пацієнтів. Якість життя є надійним, інформативним і економічно ефективним методом вимірювання багатьох аспектів тривалості здоров'я, як на індивідуальному, так і на груповому рівнях, ця концепція допускає індивідуалізацію: реабілітаційне лікування, що здійснює та реалізує основний принцип медицини, – «лікувати не хворобу, а хворого» [38].

В системі лікувально-профілактичних заходів, які застосовуються при лікуванні поранених, реабілітація займає проміжне положення, продовжуючи лікування та передуючи диспансеризації й вторинній профілактиці. Дослідження засвідчують, якщо лікування спрямоване на причину і характер захворювання, а також на усунення первинного субстрату патологічного процесу, то в результаті реабілітації в першу чергу досягається відновлення фізичних функцій, розумових здібностей і працездатності.. В цілому перелік основних заходів, які відрізняють реабілітаційну допомогу від звичайного лікування є наступним:

- проведення комплексної первинної оцінки стану пацієнта, що включає постановку реабілітаційного діагнозу до початку реабілітації;
- виконання реабілітаційних програм, що відповідають первинній діагностиці стану пацієнта.

- метою цієї оцінки є оцінка ефективності реабілітаційних заходів під час курсу лікування та в кінці лікування.

- надання рекомендацій щодо терапевтичних, психотропних, соціальних і практичних заходів, необхідних на наступних етапах реабілітації. Перелік кроків, перерахованих тут, є тим, що становить «реабілітаційний цикл», який зазвичай описується як «оцінка – призначення – втручання – оцінка».

Реабілітаційний цикл використовується одноразово або багаторазово, залежно від потреб пацієнта. Може застосовуватися як на одному, так і на кількох етапах реабілітації. Реабілітація – складна процедура, для її успішного проведення необхідна участь багатьох медичних фахівців: терапевтів, хірургів, фізіотерапевтів, психіатрів, психологів, фахівців з фізичної реабілітації та соціальних працівників.

У зв'язку з цим реабілітацію слід розглядати як комплексну проблему, що включає багато функцій: медичну, фізичну, психологічну, професійну (лабораторну) та економічну. Основним напрямком реабілітації є допомога пацієнту у відновленні здоров'я шляхом комплексної процедури відновлення різних порушених функцій організму, якщо це неможливо, впровадження компенсаторних засобів, що замінюють втрачені функції пацієнта, а у випадках, коли це неможливо. можлива розробка додаткових пристроїв, які допоможуть пацієнту відновити здоров'я

1.2 Комплексна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій у працях зарубіжних дослідників та міжнародний досвід функціонування системи комплексної реабілітації військовослужбовців

Зарубіжний досвід, як нам здається, можна розділити на три категорії – це стародавні країни (Китай, Греція, Індія), країни пострадянського простору та країни Європи, а також США. Крім того, вчені [39] вважають, що досвід відновлення учасників локального збройного конфлікту в США наразі є найпередовішим.

Ручна терапія згадується в стародавньому Середземномор'ї, Індії, Центральній і Східній Європі. Гіппократ визнавав практику мануальної терапії під назвою рахітотерапія в 5 столітті. З її допомогою він успішно вирішував проблеми з хребтом та іншими внутрішніми органами. Техніки знаменитого засновника медицини були ефективними, наприклад, розтягування пацієнта в положенні лежачи з чотирма помічниками, розташованими над і під кінцівками. На Русі в кожній лазні був костотерапевт, який допомагав лікувати переломи. У війську існувала офіційна посада цілителя кісток, яка передавалася у спадок. «Костоправські» метод передбачав ударні прийоми, за допомогою яких спочатку оцінювався стан остистих відростків [40-41]. З'ясувалося, що до кінця 19 ст.

У 1882 році А. Стілл ініціював першу освітню програму для остеопатів у Кірксвіллі (Англія). Термін навчання становив два роки, до школи приймали людей без медичної освіти. Поряд з остеопатією та медициною значна увага під час навчання приділялась практичній діяльності. У 1895 році Д. Палмер у США створив першу медичну школу мануальних терапевтів, крім того, ця школа була відкрита також для людей, які не отримали медичної освіти. Він створив діагностику розладів, пов'язаних з атлантопотиличним суглобом. О. Нагелі (Швейцарія) розробив методи мануальної терапії, які передбачали контакт, у 1903 р. випустив книгу про мануальну терапію. Мануальна діагностика призначена для виявлення обмеження рухів у типовій фізіологічній функції будь-якого суглоба в організмі людини. Мануальна терапія призначена для подолання обмежень, пов'язаних із застосуванням мануальної діагностики.

У практиці реабілітації часто застосовують масаж. Оцінюючи сучасний стан розвитку галузі теорії та методики лікувального масажу, А. Бурлак [41] зазначає, що сьогодні масаж є науково обґрунтованим, проводиться за результатами обстеження хворого і має важливе значення в реабілітаційному процесі. Масаж вважається «сукупність прийомів, за допомогою яких чинять дозований механічний і рефлекторний вплив на тканини й органи людини»

[41]. Ефективність цього підходу була задокументована тисячолітньою історією Китаю, Японії, Індії, Греції та Риму. Слово «масаж» походить від грец. "massein" - це акт обмацування, дотику та тертя.

Кожна країна має унікальний підхід до масажу, який характерний для її культури. З дивовижною ефективністю його використовували в країнах Сходу, де його поєднували з акупунктурою. У Китаї масаж був задокументований більше ніж за 25 століть до нашої ери. У Стародавній Греції та Римській імперії масаж застосовувався як гігієнічна та лікувальна процедура, крім того, його використовували для підвищення працездатності під час спортивних змагань. Значну частину розвитку масажу приписують таким лікарям, як Геродокс, Гіппократ, Асклепій, Гален та інші з Стародавньої Греції та Риму. Гіппократ (459-377 рр. до н. е.) стверджував, що лікар повинен володіти різними навичками, в тому числі масажем. Діяльність шведського лікаря Р. Лінга (1776-1839), який задокументував систематичне застосування прийомів масажу в поєднанні з лікувальною гімнастикою, відома як метод Лінга або «шведський масаж», цей метод сприяв популяризації масажу. Важливо визнати, що активний розвиток як теорії, так і практики реабілітації відбувся після Другої світової війни. Для вирішення проблем поранень, контузій і захворювань хворих і інвалідів створювалися різноманітні центри, реабілітаційні служби, державні установи, які займалися лікуванням наслідків бойових дій на організмі.

Під час Другої світової війни Р. Грінкер і Д. Шпігель [42] розробили комплексну систему психологічної терапії, яка в основному складалася з наркосинтетичного методу (використання снодійних для полегшення процесу катарсису); коротка психотерапія (обмежена кількість сеансів); терапія судомного шоку (форма терапії, що включає шок); ерготерапія (форма терапії, яка включає фізичні вправи); терапія тривалого сну (форма терапії, яка включає сон); групова терапія та створення атмосфери психологічного комфорту для пацієнтів. Дослідники вважали цілями короткої психотерапії полегшення несвідомого стресу, покращення его та зміну супер-его у

ветеранів. Вони керувалися фундаментальними принципами психотерапії: формування позитивного ставлення до пацієнта з боку терапевта; уникнення бажання хворого скористатися своїм станом; десенсибілізація до ситуацій, які призвели до страху; подолання негативної реакції супер-его (низька самооцінка); подолання схильності до залежності від інших; полегшення симптомів пацієнта, зменшення його ненависті до оточуючих. Суттєве проникнення в дослідження проблем реабілітації військовослужбовців зробив А. Денисов [43]. Початок впровадження спеціалізованих реабілітаційних послуг з солдатами під час Другої світової війни в США вчений пов'язував з іменем Т. Салмона, концепція якого базувалася на трьох принципах: близькість зони конфлікту; безпосередність надання служби та збереження надії (створення віри у солдатів, що вони повернуться до виконання своїх обов'язків після лікування). Ця ідея була повністю застосована під час війни у В'єтнамі та Кореї, а також у всіх наступних військових конфліктах [44].

Для більш глибокого аналізу досвіду проведення реабілітаційних заходів за кордоном наведемо конкретні дані. В 1958 році відбулося перше засідання Комітету експертів ВООЗ з реабілітації. На ньому були викладені загальні принципи науки про реабілітацію та рекомендовані майбутні зусилля в цій галузі [43]. Того року була створена Міжнародна організація реабілітації інвалідів, а в 1960 році Міжнародне товариство реабілітації інвалідів було включено до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Ця організація займається реабілітацією інвалідів і активно співпрацює з ООН та ЮНЕСКО [45].

Доречно також згадати Міжнародне товариство реабілітації інвалідів у Вісбадені (1966 р.), першу Європейську конференцію з реабілітації інвалідів у Бельгії (1965 р.), X Всесвітній конгрес Міжнародного товариства реабілітації інвалідів у Вісбадені (1966), глобальна конференція у Великобританії, на якій обговорювалися питання реабілітації у світі (1968). Заслуговує на увагу зміст другого засідання Комітету експертів ВООЗ з реабілітації, яке відбулося в листопаді 1968 р. (43).

У 1967 році зарубіжні вчені в галузі реабілітології (Б. Ноке, 1983; Е. Гроуні, Т. Кахалан, Д. Меглан, 1993) запропонували концепцію ізометрії, яка послужила поштовхом до створення інформаційно-тренувальних систем [41]. У травмпункті перша система була випущена в 1968 році як пасивна ізокінетична модель для перевірки працездатності пошкоджених органів і подальшої реабілітації. У 1980-х роках ізокінетичні пристрої стали популярними в Сполучених Штатах для лікування травмованих пацієнтів [41]. А. Бурлак зазначає, що ізометричне напруження скелетної мускулатури має важливе значення в лікуванні хворих з ушкодженнями органів рухової системи.

Аналіз зарубіжного досвіду щодо проведення реабілітаційних програм допоміг А. Денісову зробити висновок, що досвід реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є найпередовішим на сьогодні. Створення соціально-реабілітаційних служб у зоні конфлікту мало суттєвий вплив на зменшення кількості ветеранів з психічними розладами, це один із шляхів вирішення питань комплексної реабілітації [43, 46]. В американській армії під час Другої світової війни госпіталі, які відновлювалися після бойових поранень, були включені до військових медичних закладів. У результаті в реабілітаційних відділеннях постраждалим і хворим учасники проводили комплексну терапію разом з фізичними вправами. Крім того, усіх поранених і хворих помістили в казарми [47].

Цікавий досвід надання реабілітаційних послуг солдатам із симптомами бойової психічної травми (БПТ) або бойової втоми (БВ), передбачає послідовність кроків. Перший етап передбачає надання допомоги негайно, з урахуванням принципів негайності та близькості. Крім того, перший ешелон може передбачати підтримку та реабілітацію постраждалих, які самі звернулись. Якщо заходів першого етапу не вистачає, потерпілого транспортують через систему сортування на другий етап, який представлений Центром управління стресом бойовим стресом, у цьому центрі працюють спеціалісти з психіатрії, які пройшли спеціальну підготовку в цьому

відношенні. Зазвичай його розміщують на безпечній відстані від лінії фронту (2-4 кілометри), у безпечній зоні. На цьому етапі в результаті перевірки обирають військовослужбовців із симптомами БВ та БПТ. Прикладом організації роботи такого лікувального закладу може бути 528 Центр бойового стресу (Combat Stress Center) армії США, організований на час ведення бойових дій у Перській затоці. У ньому протягом 6 місяців працював персонал у складі 38 чоловік, які оглянули і надали допомогу 514 пацієнтам. Всього у війні в Перській затоці брало участь приблизно 650 000 солдатів і офіцерів США. На випадок загострення конфлікту і різкого збільшення потоку постраждалих передбачена система посилення персоналу Центрів кадрами досвідчених психіатрів з тилкових районів. В армії США визначено комплекс заходів щодо попередження бойових психічних травм і зниження їх наслідків у спеціальному польовому статуті FM 26-2 «Заходи щодо попередження стресу в бойових діях військ», а саме:

- ефективне і оптимальне керівництво;
- бойова підготовка високого рівня;
- загартування солдатів та офіцерів;
- оптимальний стан здоров'я;
- вміння психологічної саморегуляції [50].

Сьогодні в армії США психологи та реабілітологи в основному зосереджені на наданні консультацій і послуг початкової психоедукації [41]. В Америці були сформульовані різні пропозиції для військових щодо підготовки та реабілітації солдатів у різних точках. Війська, які вивели з зони бойових дій потребують соціальної та психологічної допомоги, а військовослужбовцям, які повертаються додому, слід надати теплий прийом, який передбачає три компоненти: ентузіазм, підтримка та турбота [52]. Первинна оцінка та самооцінка психологічного стану солдата, офіцера та первинна допомога (консультації, бесіда чи просто бесіда з психологом, капеланом чи командиром) мають бути проведені одразу після конфлікту. В ідеалі такий огляд допоможе військовослужбовцю зрозуміти свої емоції та

переживання, зібратися з думками, оцінити події, що відбулися під час або після зіткнення. Якщо цього не зробити і за військовослужбовцями не спостерігати, у них розвиватимуться психічні захворювання та змінюватиметься їх особистість [52]. В Америці всі ветерани війни у В'єтнамі є членами 150-170 спеціалізованих клінік [52].

Як показали дослідження, реабілітацію можна проводити як у великих лікарнях, де є реабілітаційне відділення, так і в спеціальних центрах, призначених для цієї мети [54]. Прикладом медичного закладу, який спеціалізується на вирішенні проблем психічного здоров'я, пов'язаних з війною, є медичний центр Tripler Army (Гавайські острови), цей центр в основному займається лікуванням посттравматичних стресових розладів, а пацієнтів лікують за допомогою ліків і психотерапевтичних процедур [55]. Фармакотерапія була поєднана з рефреймом – це символічний спосіб обробки негативного досвіду, який підтримувався катартичними методами, груповою терапією, когнітивною терапією та з'ясуванням соціальних і психологічних наслідків ПТСР.

Спираючись на досвід дослідників за кордоном [56, 57], можна констатувати, що, окрім США, ізраїльська армія має багатий досвід лікування психічних травм, пов'язаних з бойовими діями, особливо це було актуально під час конфлікту з Ліваном у 1982 році, коли армія застосовувала принципи надання допомоги пораненим (BICEPS). Для цього було створено підрозділ під назвою штаб бойової підготовки (Combat Fitness Retraining Staff), до складу якого увійшли лікарі-психіатри, соціальні працівники, клінічні психологи, спортсмени та інструктори бойової підготовки. Однією з важливих вимог була та, що лікар або психотерапевт, який надає допомогу, повинен мати бойовий досвід, це дозволить їм розвинути більш довірливі стосунки під час процесу терапії [58]. Дослідники [59] стверджують, що впровадження принципів BICEPS у наданні допомоги постраждалим із симптомами БПТ дозволяє повернути на попередні посади аж 85% особового складу. Із загальної кількості приблизно 7% матимуть рецидив.

Під час конфлікту в Лівані в ізраїльській армії застосовувалися три з шести принципів (наближеність, повільність і випередження). Порівняння підрозділів, які дотримувалися цих принципів, показало, що приблизно 60% солдатів змогли повернутися до виконання своїх професійних обов'язків, натомість 22% солдатів не дотримувалися цих принципів. Крім того, частота ПТСР була на 30% нижчою. Про це свідчать дані про поширеність ПТСР серед ветеранів війни у В'єтнамі (15,2 відсотка після 15 років) та операцій у Перській затоці (5 відсотків через два роки) [60].

У західних країнах «реабілітація» це процес відновлення здоров'я хворої людини або повернення до роботи за програмою соціального здоров'я, або і те, і інше. Крім того, велике значення має концепція безперервності реабілітації: лікувальна має починатися під час лікування, а професійна – відразу після завершення лікувального процесу [43].

Документально підтверджено, що реабілітаційна система Латвії структурована навколо Національного реабілітаційного центру «Vaivari», асоціації лікарів Латвії, Медичної академії та асоціації реабілітологів Латвії. У 2000 році в Латвійській медичній академії був створений факультет реабілітації, який мав такі структурні компоненти: кафедра реабілітації (навчання студентів-медиків фундаментальним знанням реабілітації); академічна школа фізіотерапії (4-річна підготовка студентів-фізіотерапевтів); академічна школа ерготерапії (4-річна підготовка студентів-ерготерапевтів); реабілітаційна ординатура (3-річна підготовка лікарів) та додаткове навчання за різними спеціальностями реабілітації [43]. Школи реабілітації очолюють лікарі, які пройшли навчання у спеціалістів Швеції та Данії та отримали сертифікат як фізіотерапевт, так і ерготерапевт. Впроваджено програму підготовки за цими спеціальностями, подібну до розвинених країн Європи. Крім того, в країні діє Асоціація лікарів-реабілітологів, до складу якої входять лікарі, психологи, соціальні працівники, вчителі та інші спеціалісти. Метою діяльності цієї спілки є підвищення кваліфікації, атестація та співпраця з фахівцями з інших країн [43].

Досвід Чехословаччини примітний тим, що було створено кілька реабілітаційних центрів, тоді в медичному закладі було реалізовано концепцію «терапевтичної лікувальної станції», яка включала послуги з проведення фізіотерапевтичних процедур, а також фізіотерапії та ерготерапії. Крім того, питання соціальної та професійної реабілітації знаходяться в компетенції Державного управління соціального захисту [43].

У Великій Британії як продемонстрував А. Денисов [43] встановлено правило, що всі лікарні повинні мати у своїй діяльності реабілітаційну складову. Вважається доцільним створити при кожній лікарні реабілітаційні відділення, у яких будуть спортзал, басейн, класна кімната, кабінет фізіотерапії та кабінет трудотерапії. Таким чином, кількість спеціальних реабілітаційних центрів невелика, вони призначені лише для осіб, які отримали серйозні травми, які потребують тривалого лікування, яке залежить від спеціального обладнання.

Британські реабілітаційні центри можна розділити на два типи: медичні установи, які спеціалізуються на комплексній реабілітації при конкретних захворюваннях, і постлікарняні центри, які надають реабілітаційні послуги.

У Голландії та Бельгії відділення реабілітації не вважається частиною звичайної лікарняної системи. Її специфіка обумовлена найактивнішою участю клієнта в процесі реабілітації. За словами А. Денісова [43], необхідною умовою успішної роботи реабілітаційного центру є створення моральної атмосфери, коли дотримуються всі медичні правила і норми, ситуація в центрі відрізняється від лікарняної.

Було задокументовано, що в Ірландії амбулаторні реабілітаційні центри були створені в районах з високою концентрацією населення, вони, по суті, є денними стаціонарами. Це вигідно з економічної точки зору, оскільки організації, які включають лікарні, медсестринські центри та інші установи, які надають реабілітаційні послуги, розташовані у великих комплексах. Одним з негативних аспектів такої організації є труднощі, пов'язані з вирішенням індивідуальних вимог пацієнта, який потребує реабілітації. [43].

У процесі дослідження робіт вчених [61] було виявлено, що в Німеччині більшість фінансування, підтримки та підвищення працездатності забезпечується пенсійним страхуванням службовців і робітників. У сфері соціально-професійної реабілітації федеральний департамент страхування та зайнятості безробітних займає єдину позицію. Дискусії щодо фінансування програм реабілітації проводяться виключно місцевими організаціями соціального страхування. Німецькі центри, що спеціалізуються на реабілітації, залежно від пріоритету медичної або соціальної реабілітації, надають послуги на одному з двох рівнів. Реабілітаційні центри першого рівня – це перш за все реабілітаційні клініки, а медична реабілітація є найбільш поширеною формою реабілітації. Проте в цих центрах є класи, кімнати для занять комп'ютером, кухні, де клієнтам надаються компоненти соціально-побутової та професійної реабілітації. Ці центри в першу чергу присвячені аналізу патології: психологічної, неврологічної та ін. До складу цього центру можуть входити підрозділи, які займаються питаннями соціальної реабілітації, наприклад, відділення професійної реабілітації, завданням якого є формування професійні вміння та навички реабілітованих за окремими спеціальностями: програмування, електротехніка, креслення, торгівля, ведення домашнього господарства та соціальне обслуговування, останні з яких відповідають за соціальну адаптацію клієнтів після виписки, також відповідають за навчання магазинів, домашнього господарства, та інші соціальні послуги [61].

Досить значним є досвід США, де за 8 років (1980-1988 рр.) досліджено 469 військовослужбовців, які втратили кінцівки, лише 11 осіб (2,3%) повернулися на військову службу. Інші військовослужбовці вважали вигідним жити на соціальну допомогу та пільги [73]. Сама по собі участь у війні є фактором, який більшою мірою не відноситься до типового досвіду людей, це спричиняє порушення соціалізації. Це змушує уряди розвинутих країн зосереджуватися на реалізації програм допомоги інвалідам війни. Ця програма є успішною в Ізраїлі, що дозволило 28% людей з ампутованими кінцівками повернутися до попередньої роботи. Серед американських ветеранів Другої

світової війни 78% реадaptувались до роботи або отримували додаткову освіту [49]. Сьогодні діє міжнародне товариство, присвячене посттравматичному стресовому розладу. Психіатри, психофізіологи, психологи та інші фахівці з усього світу намагаються осмислити фундаментальну концепцію і розробити практичну систему реабілітаційних заходів. В Америці було створено 196 центрів, присвячених лікуванню посттравматичних стресових розладів, що стосується психологічної терапії. У цих центрах, окрім фахівців, беруть участь інші професіонали, а також самі ветерани.

Ініціатором реабілітації льотного складу, в психотерапевтичному руслі, із захворюваннями або розладами психогенного характеру є Л. Гримак [76], який розробив метод психічної саморегуляції (ПСР), що використовувався для підвищення функціональних (психорегуляторні) можливості здорового льотного складу з метою попередження розвитку симптомів перевтоми, по-друге, для корекції функціонального стану льотного складу за наявності помірної психоневротичної симптоматики (сонливості, підвищеної тривожності, емоційної напруги, зниженого настрою).

Для відпрацювання концепції створення системи комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій ЗС України в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України важливим є досвід організаційні медичного забезпечення та міжнародних миротворчих операцій, підрозділів НАТО, збройних сил США та стран Євросоюзу. При цьому науковці переконані, що досвід медичного забезпечення міжнародних миротворчих операцій, підрозділів НАТО, та збройних сил США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним.

На разі важливим є той факт, що після набуття незалежності, Україна поступово інтегрується у європейські та трансатлантичні структури, вносить вагомий внесок у зміцнення безпеки і стабільності у Європейському регіоні, розширює співпрацю у воєнній галузі в рамках добрих відносин з НАТО (Організація Північноатлантичного Договору). Проведення такої політики України явилось причиною військового вторгнення з боку Російської

Федерації, яке на сьогодні має характер повномасштабного військового конфлікту, чим спричинило прийняття державних рішень щодо реформування ЗС України, в тому числі їх складової - системи медичного забезпечення. Для вирішення поставлених перед медичною службою завдань існує необхідність детального вивчення досвіду медичного забезпечення провідних зарубіжних країн з наступним його використанням у процесі реформування системи медичного забезпечення підрозділів ЗС України.

В першу чергу для вдосконалення медичного забезпечення підрозділів ЗС України під час проведення бойових операцій, важливим є досвід медичного забезпечення міжнародних миротворчих операцій НАТО, які викладено в нормативному документі альянса, – “Основи міжнародних миротворчих операцій та підрозділів НАТО”. Під медичним забезпеченням міжнародних миротворчих операцій автори розуміють комплекс заходів, що проводяться у всіх видах бойової і повсякденної діяльності миротворчого контингенту з метою підтримання боєздатності військ (сил) шляхом збереження здоров'я воїнів, надання їм медичної допомоги, відновлення їх боєздатності після поранень, захворювань і втрати боєздатності.

Швидко та гнучке реагування медичної служби на зміну оперативної обстановки під час проведення ММО здійснюється згідно з концепцією медичного забезпечення таких операцій. Відповідно до вимог ООН головними складовими концепції медичного забезпечення ММО є своєчасне й адекватне прийняття управлінського рішення на основі глибокого та всебічного аналізу таких положень:

- підтримання здоров'я особового складу міжнародного контингенту (МК) та запобігання захворюванням (профілактична діяльність); надання медичної допомоги та евакуація поранених і хворих (медична допомога та евакуація); забезпечення медичним майном і технікою;
- медична реєстрація та звітність; координація ресурсів медичної служби (людських та матеріально-технічних); своєчасна та висококваліфікована підготовка медичного й немедичного персоналу.

Як видно із наведеного, медичне забезпечення ММО ґрунтується на своєчасному, безперебійному та вичерпному управлінні, зв'язку й інформаційному забезпеченні та здійсненні заходів превентивної медицини.

Важливим принципом у наданні медичної допомоги членам міжнародних МК є досягнення балансу між медичними можливостями МК на кожному рівні ММО. Виділяють такі основні рівні надання медичної допомоги, які повинні бути доступними для всіх багатонаціональних МК та співробітників ООН і організовуватись у порядку зростання:

- базовий рівень (рівень військовослужбовця чи товариської взаємодопомоги) включає невідкладну медичну допомогу, яка надається найближчою до постраждалого особою на місці ураження з використанням індивідуальних засобів медичного захисту (індивідуальний перев'язувальний пакет, кишенькова маска для проведення штучної вентиляції легенів тощо); це рівень національної відповідальності;

- перший рівень медичного забезпечення полягає у наданні першої медичної допомоги – основи життєзабезпечення (рівень національної відповідальності);

- другий рівень медичного забезпечення полягає у здійсненні реанімаційних заходів (враховуючи й такі, що стабілізують стан життєво важливих органів та функцій організму) – подальше життєзабезпечення (рівень відповідальності ООН);

- третій рівень медичного забезпечення передбачає проведення всіх життєво необхідних і таких, що зберігають кінцівки, хірургічних втручань у поєднанні з подальшим післяопераційним доглядом та основним медичним лікуванням (рівень відповідальності ООН);

- четвертий рівень медичного забезпечення ММО в контексті функціонування ООН полягає в організації та здійсненні остаточного лікування поранених і хворих. Воно проводиться на національному рівні, в рідній для МК країні.

Медичне забезпечення здійснюється з метою підтримання боєздатності військовослужбовців, надання медичної допомоги пораненим і хворим і якнайшвидшого повернення їх до виконання службових обов'язків.

Організація медичного забезпечення враховує маневреність і швидкість ведення бойових дій, розподіл праці і відокремлення підрозділів від основних сил під час дій, що підвищує складність медичної служби і вимагає великої кількості медичний персонал.

Обов'язок надання медичної допомоги воїнам (силам) блоку повністю покладається на національні медичні служби. Крім того, практичному вирішенню медичних завдань передбачається сприяти спільним зусиллям військово-медичних служб і цивільних медичних закладів.

У провідних країнах НАТО медичні та санітарні війська приписані до окремого типу військового персоналу та призначені для забезпечення тилу.

З огляду вивчення досвіду організації та проведення комплексної реабілітації в системі медичного забезпечення ЗС одної країни, розглянемо досвід організацію медичного забезпечення збройних сил США.

Медична служба ЗС США організаційно відповідає загальній логіці управління окремими компонентами ЗС. В МО США відсутній єдиний орган управління медичною службою, а кожний компонент ЗС має власну медичну службу.

Безпосереднє повсякденне керівництво стаціонарною медичною допомогою в місцях постійної дислокації в Армії США здійснюють РМК (Північноатлантичне РМК, Південно-східне РМК, РМК Великих Рівнин, Західне РМК, Тихоокеанське РМК, Європейське РМК).

Традиційно у мирний час ЗС США концентруються у військових гарнізонах.

Не всі військові гарнізони і бази мають медичні підрозділи для надання стаціонарної медичної допомоги. При наявності поблизу бази розвинутої інфраструктури цивільної охорони здоров'я госпіталізація особового складу та населення гарнізону здійснюється в ці цивільні лікувальні заклади, інколи,

якщо дозволяють режимні умови, навіть зовнішнім цивільним санітарним транспортом. В інших умовах, наприклад, у віддалених гарнізонах стаціонарне лікування організується на місці, так як добиратися до цивільного госпіталю прийшлося би довго.

Узгодженість передбачає наявність сил і засобів медичної допомоги у певному місці, у потрібний час і в необхідній кількості.

За розрахунками американських спеціалістів, 80% санітарних втрат приходить на долю сухопутних військ, саме тому основна відповідальність за організацію надання медичної допомоги покладається на медичне командування сухопутних військ на ТВД.

На полі бою перша допомога надається в порядку само- і взаємодопомоги самими військовослужбовцями. Долікарська і перша лікарська допомога здійснюється особовим складом медичної служби батальйону.

Системний аналіз літературних джерел, в яких висвітлюються питання медичного забезпечення військових підрозділів Армії США, дає підстави для наступних висновків:

1. Стаціонарна медична допомога в Армії США надається всім контингентам військовослужбовців і членам їх сімей, цивільним службовцям МО і членам їх сімей, ветеранам військової служби і членам їх сімей.

2. В основі стаціонарної медичної допомоги лежить розгалужена система індивідуального медичного страхування.

3. При виборі медичного закладу для госпіталізації раціонально використовується існуюча інфраструктура цивільної здравоохорони. Третина військовослужбовців Армії США госпіталізується в цивільні лікувально-профілактичні заклади.

4. Висока якість надання стаціонарної медичної допомоги в госпіталях Армії США забезпечується постійним удосконаленням матеріальної бази військово-медичної служби.

5. Особлива увага приділяється збільшенню частки офіцерського складу як кадрового фундаменту медичної служби. Офіцерів медичної служби приваблюють не тільки безпрецедентним комплексом соціальних пільг, привілеїв, субсидій, високим рівнем заробітної платні, але й широкими перспективами професійної творчої діяльності, продуманою організацією побуту та відпочинку.

6. Рівень надання стаціонарної медичної допомоги та підготовки медичних кадрів забезпечується фінансуванням на основі принципу реальної достатності не тільки лінією МО США, але й за рахунок не пов'язаних з ним урядових установ.

Виявлено, що у збройних силах США в якості основних заходів щодо забезпечення збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців, цивільного персоналу, осіб, які звільнені з військової служби та їх сім'ї відповідні нормативні документи (директиви міністерства оборони "Захист здоров'я у збройних силах", "Обов'язки заступника міністра оборони з особового складу", а також настанови та інструкції командувачів видів збройних сил) передбачають: цілеспрямовану діяльність щодо охоплення вказаних вище категорій громадян заходами планової диспансеризації, здійснення постійного контролю їх фізичного стану, організацію точного виконання розпорядку дня та регламенту службового часу (для військовослужбовців); надання можливості організованого відпочинку у відомчих курортних пансіонатах (для всіх категорій); профілактичну роботу щодо попередження стресів, самогубств, вживання алкоголю, наркотиків і тютюнопаління.

1.3 Підходи до вирішення проблеми забезпечення реабілітації військовослужбовців ЗС України у вітчизняному науковому дискурсі з публічного управління

Цікавим для нас є досвід апробації розробленої програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців на базі Центру медико-психологічної реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» [78]. Принципи реабілітаційної програми Л. Литвиненко охарактеризувала так: принцип максимальної синергічної співпраці лікаря та пацієнта: це стосується як пацієнта, так і членів його родини; принцип багаторівневості саногенних заходів; принцип послідовності та прогресивності діяльності; принцип оптимальності медико-психологічних, психіатричних, медичних і немедичних заходів; принцип розгляду особистості військовослужбовця як частини лікувального процесу. Також заслуговує уваги досвід надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям та демобілізованим у центрі реабілітації міністерства ветеранів м. Ціблі.

Повністю підтримуємо думку Л. Литвиненко [78]: розробку програм медико-психологічної реабілітації слід вважати пріоритетним напрямом державної політики у сфері медицини та психології. Інститути, які вже виконали таку роботу, повинні виділяти більше ресурсів на створення програм, спрямованих на медичну, соціальну та психологічну реабілітацію. Ці програми повинні базуватися на багатьох аспектах дослідження.

Враховуючи комплексний характер реабілітаційних процесів, їх поділяють на складові або види. Якщо розглядати окремі етапи реабілітації, як це прийнято на Заході, то слід виділити два основних етапи: медичну реабілітацію та соціально-професійну реабілітацію [43].

Слід визнати той факт, що багато зарубіжних і вітчизняних фахівців розрізняють психологічний і медичний види реабілітації. У процесі дослідження ми виявили, що в реабілітацію військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, необхідно включати чотири основні компоненти (типи).

– медичний, психологічний, соціальний, педагогічний та засобами фізичного виховання і спорту. Крім того, ці види можна цілеспрямовано поєднувати один з одним, що призведе до нових визначень залежно від об'єкта реабілітації, його емоційного стану, конкретної ситуації, з якою потрапив військовослужбовець, впливу його служби на організацію реабілітації. реабілітаційні заходи, а також його статус і умови.

Охарактеризуємо підходи до вирішення проблеми кожного вида в контексті наукового дискурсу з публічного управління. У Положенні про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у військових діях, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) [79] психологічна реабілітація – це система заходів, спрямованих на відновлення і корекцію психологічних функцій, властивостей і особливостей людини (військовослужбовця), створення умов, що сприяють розвитку і становленню особистості. У цьому ж положенні зазначається, що відновлення розумових здібностей є частиною комплексу службових заходів психологічного характеру, спрямованих на збереження, відновлення та корекцію фізіології головного мозку, оптимального рівня боєздатності військовослужбовців, які зазнали психотравмуючих впливів і внаслідок цього постраждали, а також створення сприятливих умов для подальшого успішного виконання ними службових обов'язків..

Цікавою для нас є позиція О. Караяні [49], який вважає, що психологічна реабілітація – це діяльність клієнтів психологічної служби, ці послуги покликані сприяти відновленню психічних функцій, особистісних характеристик, системи взаємовідносин між військовослужбовцями, все це веде до успішного вирішення бойових завдань і мирного суспільства. Тобто метою психологічної реабілітації є особи, які пережили бойову травму, ця травма є гострою або може бути відстроченою..

Окремої уваги заслуговує розуміння психологічної реабілітації В. Поповим, який дав найбільш точне, як на нашу думку, визначення. У результаті дослідник може зрозуміти процес психологічної реабілітації після

участі людини в екстремальних ситуаціях, спрямованих на відновлення її здібностей в умовах зниження участі особистості в неекстремальних ситуаціях. У більш вузькому сенсі це психологічне лікування екстремальних ситуацій, «це спільна ініціатива психолога і особистості, яка дисгармонійна, мета діяльності — гармонізувати розвиток особистості та задовольнити її потреби в саморозвитку». повага» [84]. Вчений запропонував методику психологічної реабілітації при тривалих вторинних дезадаптаціях, яка передбачає спочатку створення умов для очищення психіки від залишків первинних дезадаптацій, потім формування неінтуїтивних поведінкових здібностей (так звані покращені старі здібності), по-третє. , створення умов для впевненості в особистих життєвих цілях (це називається неінтуїтивним плануванням), і, нарешті, створення умов для відмови від контролю над майбутнім (це називається відкладеним задоволенням).

Важливо визнати, що мета психологічної реабілітації полягає в тому, щоб допомогти людині відновити своє психічне здоров'я та соціальну поведінку під час перебування в суспільстві. Залежно від ступеня ПТСР та особистісних особливостей військовослужбовців можуть бути визначені обов'язки психологічної реабілітації.

- 1) повернення військовослужбовців на військову службу;
- 2) активна підготовка до професійної діяльності та її покращення;
- 3) підготовка до життя в мирному суспільстві;
- 4) повернення бажання жити, уникаючи при цьому психічних чи емоційних зривів;
- 5) створення механізму мотивації в нових умовах;
- 6) нормалізація психічного стану;
- 7) відновлення втрачених психічних функцій;
- 8) комплементация самооцінки ветеранів щодо соціальної та особистої ситуації (поранення, каліцтва тощо);
- 9) допомога в розвитку позитивних стосунків з конкретними особами та групами [49].

Повністю підтримуємо думку психологів [49], що психологічна реабілітація може розглядатися як складова соціально-психологічної реадаптації, яка спрямована на допомогу особам із симптомами психічного розладу, і може розглядатися як самостійний захід, спрямований на відновлення їхніх психічних функцій, підвищення їхніх бойових здібностей та відродження особистісних якостей.

Іншими важливими факторами, які слід враховувати, є зростаюча важливість психологічної реабілітації в сучасних військових умовах. Такий вид зайнятості «гарантує підтримку необхідного стану боєздатності, дозволяє людям уникнути поранень, зміцнює психічне здоров'я, сприяє відновленню рівноваги між психікою воїнів» [81].

Військові психологи [49] вважають, що медико-психологічна реабілітація передбачає стимулювання психологічних здібностей військовослужбовців для подолання наслідків поранень, каліцтв, болю, психологічну підготовку військовослужбовців до операції, а також у післяопераційний період. На думку М. Крамника, реалізація програм медико-психологічної реабілітації постраждалих у складних життєвих обставинах, у тому числі військовослужбовців, які брали участь у збройних конфліктах, не повинна обмежуватися рамками додаткового лікування. Починати слід на самих ранніх стадіях розвитку стресових розладів, щоб відновити працездатність і боєздатність, а також запобігти психологічній нерівноваженості на наступних етапах життя. Вчені [86] вважають, що існує сильний зв'язок між медико-психологічною реабілітацією та медичною реабілітацією, обидві необхідні для більшості учасників локальних конфліктів.

У контексті нашого дослідження цікавим є психолого-медична реабілітація військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, яка є невід'ємною частиною соціальної реабілітації та є «найважливішим аспектом відновлення психічного здоров'я людини та передбачає реалізацію різних впливів на психіку солдатів, включаючи терапію, профілактику, гігієну та

освіту». [45]. Тобто за допомогою психологічних факторів можна знизити рівень напруги в мозку, швидше відновити витрачену енергію, а це позитивно позначиться на інших системах і органах організму.

Ми високо оцінюємо методику визначення компонентів психолого-медичної реабілітації військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, яку розробила Н. Алаликіна [45]. Виходячи з документально підтвердженої інформації, до первинних компонентів слід віднести:

- по-перше, медична реабілітація, яка передбачає відновлення хворих і поранених бійців у зоні конфлікту (у тому числі реабілітація військовослужбовців, які отримали інвалідність внаслідок поранення під час виконання службових обов'язків у зоні конфлікту);

- по-друге, психологічна або соціально-психологічна реабілітація, спрямована на створення або відновлення типового психологічного клімату для військовослужбовців, які під час військової служби перенесли важку психологічну травму та страждали психічними захворюваннями.

- по-третє, соціально-культурна реабілітація, яка стосується створення або відновлення культурного середовища, яке було б необхідним і достатнім для духовної реалізації воїнів;

- по-четверте, реабілітація акмеології, що передбачає перебудову в максимально можливому ступені вищого рівня діяльності професіонала;

- по-п'яте, економічна або соціально-економічна реабілітація, яка сприяє відновленню або поліпшенню грошового становища військовослужбовців;

- по-шосте, соціально-моральна реабілітація, яка відновлює репутацію, честь і гідність об'єкта реабілітації в очах громадськості, а також створює позитивну репутацію бійця як захисника країни.

Іншою формою реабілітації є психофізіологічна, яку Ю. Шанін у своїх дослідженнях окремо виділяє та розглядає як частину більшої системи реабілітації. А. Боченков [86] стверджує, що це важливо для сучасної армії, пояснюючи це підвищенням психічного та фізичного навантаження на солдатів під час виконання професійних обов'язків у війську. Через

психофізіологічну терапію Ю. Шанін розуміє систему охорони здоров'я, яка включає заходи медичної та психологічної реабілітації, спрямовані на відновлення функціональних можливостей організму, нормалізацію емоційної, моральної, етичної та інспіраційної сфер, досягнення найбільшого ступеня особистісного вдосконалення та відіграють важливу роль у професія (одужує). Ці заходи гарантують професійну ефективність військових. Об'єктами психофізіологічної реабілітації є військовослужбовці, які мали захворювання, що призвели до тимчасового порушення працездатності, а також особи, які отримали каліцтва і поранення під час виконання професійних обов'язків [88]. Важливою складовою цього виду реабілітації військовослужбовців є фізкультурно-спортивні змагання в системі військової підготовки. У психологічній підготовці військовослужбовців увага повинна приділятися боротьбі з моральною та фізичною втомою, наслідками тривалого стресу, страху та паніки у військовослужбовцях, а також покращенню міжособистісних стосунків у військовому колективі. Подолати ці перешкоди можливо, якщо правильно сформульовано й організовано зміст фізичного виховання.

Розгляд існуючих підходів до розуміння сутності та мети реабілітації військовослужбовців дає змогу узагальнити. Поняття реабілітації охоплює насамперед психологічну сферу (зменшення симптомів деструктивних емоційних станів, відновлення типового емоційного стану, саморегуляція, самотерапія, саморозвиток). Крім того, форми, методи, технології та джерела реабілітаційної діяльності мають насамперед психологічний характер.

Наступним етапом реабілітації військовослужбовців ми охарактеризували соціальну реабілітацію як невід'ємну частину соціальної політики, яка є галуззю влади, що реалізується державою та різними політичними організаціями. Н. Алаликіна визначає соціальну реабілітацію як комплекс психологічних, педагогічних, соціальних, економічних та інших компонентів, спрямованих на усунення або усунення життєвих обмежень. Це один із напрямків соціальної політики щодо відновлення державою

соціальних прав і гарантій громадян. Це як громадяни, які брали участь у внутрішніх бойових діях («гарячі точки»), так і ті, хто проходив військову службу на чужих теренах, а також відновлення позитивної репутації в суспільній свідомості («солдат – учасник бойових дій») [45]. Дослідники [45, 89, 90] пов'язують соціальну реабілітацію з терміном соціальний, який охоплює всі сторони суспільного життя — культурну, економічну, медичну, професійну тощо. Отже, соціальна реабілітація є не просто частиною соціальної політики держави, а й має бути пріоритетною.

На нашу думку, одним із компонентів соціальної реабілітації є відновлення соціального рангу військовослужбовців, що дає їм змогу повноцінно брати участь у соціальній сфері. Зокрема, А. Денисов описує соціальну реабілітацію на регіональному (місцевому) рівні як сукупність економічних, медичних, соціальних, психологічних та інших ініціатив, спрямованих на відновлення та покращення умов нормального соціального життя учасників бойових дій [43].

Цікавою є думка Е. Зборовського [91] щодо визначення соціальної реабілітації як системи кроків, що сприяють покращенню якості життя реабілітованих, ці кроки мають на меті забезпечити їм рівні можливості брати участь у житті суспільства як повноправні учасники. Соціальна реабілітація пов'язана з навчанням реабілітолога догляду за собою та забезпеченню незалежності за допомогою трудотерапії, педагогічних, психологічних і технічних методів, включаючи безбар'єрне середовище, фінансування тощо..

Основними завданнями соціальної реабілітації вчений визнавав ступінь і характер психічних розладів, індивідуально-особистісні особливості поведінки, оцінку перцептивних, емоційних, інтелектуальних і вольових можливостей, розвиток практичних навичок. методи лікування психічних розладів [93].

Потрібно враховувати той факт, що успішна соціальна реабілітація залежить від благополуччя сім'ї, оскільки зміна сімейних стосунків вплине на ефективність психологічної допомоги, а бажання проявити себе через

творчість є одним із шляхів самореалізації, що компенсує брак розуміння та співчуття у звичайному житті [34].

В. Березовець вважає, що соціальна реабілітація є процесом, який забезпечує типову поведінку людини в суспільстві і не дозволяє їй зайти занадто далеко [75]. Дослідник акцентує увагу на концепції, згідно з якою ця реабілітація передбачає викорінення свідомості війни в самооцінці ветеранів і повернення їх до довоєнного стану розуму [75]. На думку О. Іванова та Н. Жуматій [68], соціальна реабілітація поранених передбачає виконання низки практичних дій та участь у системі соціальних заходів, спрямованих на відновлення функціональних можливостей організму, нормалізацію емоційного, морального та етичного аспекту, а також максимізацію особистісної адаптації та професійну важливість військовослужбовця, усі з яких призначені для забезпечення його військової ефективності.

Говорячи про процедуру реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях та отримали психічні ушкодження, А. Денисов акцентує увагу на соціальному аспекті реабілітації, пояснюючи це поняття через те, що людина є соціальною істотою, події її соціального життя та найближче оточення є для них важливим. У зв'язку з цим соціальна реабілітація вважається однією з найважливіших складових загальної системи реабілітації. Цей психосоціальний вплив і його важливість для учасника зумовлюють участь у реабілітації як медичних працівників, так і інших учасників, у тому числі військовослужбовців та соціальних спеціалістів. Тобто навіть у період служби важливо приділяти увагу підтримці здорового соціально-психологічного клімату в підрозділах. [43].

При цьому соціальна реабілітація військовослужбовця залежить від характеру його взаємин з військовим колективом, наявності передумов для суспільно корисної роботи, особливостей поведінки, виразності та чіткості інтересів. Тобто, як доводять науковці [43], організаційно-виховна діяльність командирів позитивно впливає на реабілітацію.

Зупинимося на розгляді та аналізі методів медичної реабілітації, що є визначальним для всього реабілітаційного процесу. У своїх дослідженнях Ю. Кіх визнає, що наразі медична складова реабілітації є важливою складовою охорони здоров'я в Україні. Це окрема система лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на омолодження функціональних частин тіла пацієнта та максимальну працездатність працівника. за допомогою ефективного та послідовного застосування комплексу медикаментів, мануальної терапії, фізичних, психологічних та імуносполучних засобів можна змінити функціональні або патологічні зміни в системах організму. В ЗСУ система медичної реабілітації була започаткована низкою специфічних медико-соціальних компонентів [38]. У контексті становлення держави Україна, в тому числі її медицини та медичного обслуговування, актуалізувалися особливості медичної економіки та соціальної психології щодо охорони здоров'я, освіти та охорони здоров'я. її системи медико-психологічної реабілітації пацієнтів. Так, на сьогодні в Україні відсутня державна програма медичної реабілітації, не відомі штатні нормативи реабілітаційних відділень тощо. Також існує проблема недотримання протоколів і стандартів медичної реабілітації.

Медична реабілітація відіграє значну роль у скороченні часу, необхідного для сприяння поверненню до військовій діяльності чи бойових дій. Як наслідок, організація системи медичної реабілітації вважається першорядною для медичної служби.

Медична реабілітація в першу чергу схожа на терапію. Однак, на відміну від реабілітації, метою лікування є відновлення біологічних і медичних властивостей організму. В якості основної мети медичної реабілітації дослідники [83] описали соціальну та медичну реабілітацію як низку заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію втрачених функцій, проведення різноманітних медичних та реабілітаційних процедур, які змінювали спосіб мислення, дій та соціального спілкування людей.

Досліджуючи зміст реабілітації військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, А. Денисов [43] дійшов висновку, що медична реабілітація передбачає відновлення фізичного та психічного здоров'я та потенціалу людини або соціальної групи, які зазнали негативного сильного зовнішнього впливу. Її слід починати якомога раніше в режимі лікування, коли загальний стан пацієнта сприятливий. Науковець вважає, що реабілітацію хворих, наприклад психічно хворих, необхідно починати відразу після їх першого контакту з медичним персоналом, це призведе до початку їх лікування [43].

Зокрема, медичні заходи вживаються щодо військовослужбовців, які отримали тяжкі тілесні ушкодження. А саме надання першої медичної допомоги у бойових умовах – це вже початок медичної реабілітації. Доведено, що навіть короточасне і незначне поліпшення фізичного стану військовослужбовців полегшить спілкування, підвищить вірогідність одужання і посилить віру в поліпшення свого здоров'я. Значення медичних процедур у відновленні психічної рівноваги не обмежується застосуванням психотропних препаратів, які сприяють емоційній стабільності людини, ці препарати також створюють умови для швидкого та позитивного впливу на психологічний стан. Значну частину в профілактиці психічних захворювань у військовослужбовців займають такі складові медичної реабілітації, як повноцінне та збалансоване харчування, турбота про здоров'я особового складу, дотримання основних гігієнічних норм тощо.

Медична реабілітація безпосередньо пов'язана з фізичною реабілітацією, яка спрямована на відновлення фізичної працездатності. Це досягається якомога більш раннім залученням пацієнтів, впровадженням лікувальної фізкультури, дозованої ходьби, контрольованих фізичних тренувань. Фізична складова реабілітації є особливою в системі реабілітації, оскільки вона відновлює здатність пацієнтів успішно справлятися з фізичними навантаженнями в повсякденному житті та службовій діяльності, які складають основу всієї системи [94].

Ми вважаємо, що комплексна реабілітація всіх учасників конфлікту буде найефективнішою, якщо в процес включена професійна реабілітація, як це описано в Термінологічному словнику-довіднику менеджера з охорони здоров'я [95].

У своїй дисертації А. Денисов виділяє ще одну форму реабілітації, яка є військово-специфічною, це передбачає використання заходів для швидкого повернення до професійного мислення військовослужбовців, а також збереження їх професійних здібностей, ці функції є найважливішими в забезпеченні виконання обов'язків, покладених на персонал. У разі відсутності професійної реабілітації військовослужбовців здійснюється їх перенавчання та підготовка до інших, більш звичайних робіт (професійна переорієнтація) [43].

Професійно-психологічна реабілітація, як доводять фахівці (49), спрямована на відновлення якостей поранених бійців та інвалідів бойових дій, які важливі у трудовій діяльності, їх переорієнтація та навчання, працевлаштування та інша адаптація.

Важливо визнати, що на додаток до типів реабілітації, згаданих раніше, вчені [95] виділили, наприклад, невідкладну реабілітацію, яка є набором процедур, призначених для запобігання та швидкого відновлення втрачених психосоматичних функцій з метою збереження спроможності, підтримання надійності військової діяльності та запобігання захворюванням. У медичному контексті реабілітація пов'язана з відновленням фізичних і духовних сил людини, її професійних здібностей.

З огляду на вищезазначене слід зазначити, що реабілітація в широкому розумінні виділяється в окрему галузь науки і розглядається як окрема форма діяльності уповноважених державних органів, соціальних служб, об'єднань громадян та інших установ, спрямованих на здійснення економічних, правових, культурних, освітніх і медичних заходів, усі з яких спрямовані на покращення фізичного та функціонального стану, дієздатності та свободи певних груп населення, орієнтирів та інших пов'язаних проблем. В

інституційному плані реабілітація проводиться в багатьох соціально-медичних закладах, серед яких: кризові центри, центри ранньої соціальної реабілітації, центри соціально-психологічної реабілітації та спеціалізовані центри.

За висновками певних наукових досліджень, актуальність проблеми наукового обґрунтування державного регулювання реабілітації військовослужбовців ЗС України визначається: невідповідністю існуючих її організаційних форм сучасним вимогам у зв'язку з анексією території та проведенням повномасштабних бойових дій Російською Федерацією, необхідністю удосконалення медичного забезпечення ЗС України, наявністю протиріччя між існуючими вимогами до управління відомчою охороною здоров'я та погіршенням стану єдиного медичного простору України в поєднанні з необхідністю турботи про воїнів і ветеранів Збройних Сил України в реальних рамках національної системи охорони здоров'я призвело до відсутності резерву висококваліфікованих військових хірургів, психіатрів, реабілітологів, медичних фельдшерів у зв'язку з ліквідацією військових кафедр у більшості медичних університетів України, втратою наукових досягнень Вінницького медичного коледжу.

Дослідник припускає, що реабілітація виникла як відповідь на соціальну та економічну шкоду, спричинену процесом інвалідизації населення. Унікальним аспектом досліджуваного процесу є те, що він є активним щодо реабілітації можливостей особистості в суспільстві, незважаючи на те, що боротьба полягає не лише проти хвороби, але також залучає людину та її суспільну позицію, причому остання є активною.

Система комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій покликана вирішувати не тільки завдання забезпечення обороноздатності держави, а також і вимоги суспільства у вирішенні питання компенсації завданої йому соціально-економічної і моральної шкоди під час ведення оборонної операції, тому і потребує публічних форм регулювання. Так під час проведення теоретичного обґрунтування ролі та місця військової

медицини у сучасній парадигмі реформації здоров'язбережувальної галузі України з визначенням стратегії та основних напрямків розвитку медичного забезпечення військових формувань під час дії надзвичайного стану військові науковці Жаховський В. О. та Лівінський В. Г. стверджують, що завдання та функції військово-медичної служби є суто специфічними й не можуть бути забезпечені в повному обсязі системою цивільної охорони здоров'я. Збереження, підтримання та підвищення боєздатності держави потребуватиме розвитку дієздатної системи охорони здоров'я Збройних Сил України та інших військових організацій. з урахуванням особливостей її функціонування в рамках реформування системи охорони здоров'я держави на засадах загальнообов'язкового медичного страхування та впровадження нових організаційних форм надання медичної допомоги і механізмів фінансування охорони здоров'я.

Разом з тим, перспективи реформування можуть призвести до певних ризиків щодо подальшого функціонування системи військової охорони здоров'я, яких необхідно уникнути в ході реформування та запобігти шляхом врахування її особливостей під час розроблення нової законодавчої бази. Так, на думку авторів, МО України за погодженням з МОЗ України органами військового управління, має розробити окремим розділом доповнення до Основ законодавства України про охорону здоров'я, яким визначити загальний порядок організації охорони здоров'я військовослужбовців, та подати його встановленим порядком у якості законодавчої ініціативи на розгляд і затвердження. Водночас такі положення медичної реформи, як впровадження системи e-Health, яка має замінити паперову звітність на електронну та дозволить створити необхідні комп'ютерні бази даних для ефективного медичного забезпечення військ, а також широке застосування телемедицини, що вже тривалий час використовується військово-медичними службами передових країн світу та держав-членів НАТО, необхідно опрацьовувати та впроваджувати в практичну діяльність військово-медичних закладів. Під час проведення своїх досліджень науковцями було визначено,

що до обов'язків стратегічного менеджменту охорони здоров'я входить здійснення відповідного нормативно-правового забезпечення, створення системи стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я на територіальному рівні, впровадження обов'язкового медичного страхування на рівні держави, нормативно-правової розробки медичних стандартів. До основних тактичних завдань належать впровадження комплексного розвитку системи медичного забезпечення військових формувань, що сприяє зміцненню нормативно-правової бази організації та кадрового забезпечення медичної служби, а також закупівлі сучасного обладнання, гігієнічно-технічних та транспортних засобів для забезпечення незалежності від цивільної охорони здоров'я.

Агресія росії та активні бойові дії, що відбувалися під час війни, сприяли розвитку реабілітації в Україні, однак необхідність підходів до реабілітації військових поранень виявилася під час війни. Дослідниця Олена Бісмак вважає, що багатофункціональність медичної реабілітації, а саме фізичної реабілітації воїнів після бойових дій, зумовлює необхідність ефективного функціонування цієї системи як єдиного напрямку клінічної та соціальної медицини. У дослідженні вона акцентує увагу на складному процесі реабілітації учасників бойових дій, науковець вважає, що цей процес потребує реконструкції існуючих закладів і створення нових центрів багатопрофільного характеру. Визнано, що повноцінному розвитку сучасної системи реабілітаційних послуг в Україні гальмує недооцінка значення реабілітаційних заходів, у тому числі засобів фізичної реабілітації, у відновленні здоров'я пацієнтів та учасників конфлікту. Автор пропонує створити в Україні на найвищому рівні єдину національну модель багатопрофільних реабілітаційних установ. Проблема відсутності ефективної реабілітації є важливою, і її слід вирішувати першочергово. Реабілітація хворих і постраждалих під час конфлікту – довготривалий процес, який потребує залучення спеціалістів різних професій, розширення державних програм, активного залучення

сучасних технологій у процес реабілітації, створення сучасних універсальних центрів.

Увага до питання вирішення питань реабілітації поранених бійців є значною у ЗМІ та широко обговорюється на засіданнях державних організацій. У зв'язку з цим згадуються висновки учасників круглого столу, присвяченого актуальним питанням медико-психологічної реабілітації, який відбувся в агентстві «Інтерфакс-Україна» 5 вересня 2022 року, де виконавчий директор Української асоціації боротьби з інсультом, лікар з фізичної та реабілітаційної медицини Марина Гуляєва розповіла, що систему реабілітації в Україні вони почали створювати у 2014 році, але сьогодні ще є невирішені питання. Система реабілітації залежить від багатьох факторів, один з них – гроші, адже реабілітація досить дорога.

Гуляєва зазначила, що в «тих клініках, де немає мультидисциплінарної команди реабілітації, процес реабілітації гальмується, відсутність спеціалістів призводить до низького рівня реабілітації.

Коментуючи пакети реабілітації, Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у рамках Програми медичних гарантій (МГП), експерт зауважив, що більша частина пакету присвячена пацієнту, у якого стан уже стабілізований, але питання гострої реабілітації не вирішено.

Гуляєва зауважила, що військовослужбовці та пацієнти з травмами також повинні проходити огляд у спеціаліста з фізичної та реабілітаційної медицини, однак у військових госпіталях таких спеціалістів немає, тому цих пацієнтів оглядають цивільні лікарі.

Експертка вважає, що цю медичну допомогу потрібно закладати у фінансування Збройних сил. Військові лікарі налаштовані на співпрацю, команда відвідує військові госпіталі, які часто розташовані поблизу основних районів бойових дій.

Крім того, Гуляєва зауважила, що метод військової реабілітації повинен враховувати мету реабілітації, яка залежить від тяжкості поранень, вона вважає, що для впровадження військової реабілітації необхідно прийняти

рішення на національному рівні «запровадити ті посади у військових госпіталях (у сфері реабілітації - ІФ), які раніше були впроваджені в цивільну медицину».

Гуляєва вважає, що крім реабілітації частиною реабілітації військових, потрібно запроваджувати паліативну медицину, а також амбулаторну реабілітацію.

У свою чергу керівник реабілітаційного відділення медичної групи «АДОНІС» Вадим Керестей також зауважив, що розвиток реабілітаційної медицини викликала війна, але якщо цивільна реабілітаційна медицина розвивається, то розвиток реабілітації у військових госпіталях залишається на старому рівні. На жаль, існує серйозна нестача спеціалістів, відкриті ставки для фізіотерапевтів, ерготерапевтів та інших спеціалістів досить низькі. У військових госпіталях відсутні реабілітаційні бригади, які б надавали якісну медичну допомогу саме військовослужбовцям, які часто отримують важкі травми.

Експерт зазначив, що військові госпіталі заповнені пацієнтами з важкими пораненнями, але існує дефіцит фахівців. Вкрай важливо, щоб військові подбали про фізіотерапевтів у військових госпіталях. Можливо, підкомітет Верховної Ради з питань реабілітації міг би це ініціювати, в результаті чого могли б бути відкриті посади лікарів у військових структурах фізичної та реабілітаційної медицини.

Говорячи про еволюцію медичної реабілітації в армії, Керестей також наголосив на важливості цілей реабілітації..

Зі свого боку, психіатр і психотерапевт Євген Воронков обговорив питання психологічної реабілітації під час війни, зазначивши, що не всі хворіють на посттравматичний стресовий розлад. Важливо розрізняти ПТСР у солдатів і цивільних, які зазнали насильства, окупації та бомбардувань. У багатьох випадках люди звертаються до загальної психіатричної установи, але це розлад, з яким жодна психіатрична служба справді не здатна впоратися.

Крім того, за словами Воронкова, психіатрична освіта зараз зосереджена на лікуванні важких психічних захворювань, а не на лікуванні станів, які потребують тривалого індивідуального лікування та специфічних ліків.

Воронков вважає, що в Україні є спеціалісти, які можуть ефективно допомагати бійцям у воєнний час в контексті психотерапії, зокрема щодо посттравматичного розладу, але вони не є частиною державної структури, вони є частиною міжнародних проектів, більшість які присвячені індивідуальній або невеликій груповій терапії.

Деякі з наших психіатрів обслуговують осіб, які звільнилися з ув'язнення та отримали серйозні травми. Однак це лише деякі з терапевтів. Є недолік у кількості військових психологів або психологів, він сказав.

Експерт зазначив, що психологічна реабілітація пацієнтів у воєнний час потребує концептуальної розробки, адже це нова ситуація, яка має значення у світовому масштабі. Ні склад, ні особливості цих пацієнтів невідомі. Є лише загальне уявлення про те, що з цим робити. І очевидно, що пацієнтів треба розрізняти: один випадок – це пацієнти, які були працевлаштовані, інший – це пацієнти, які є ветеранами, третій – це пацієнти, які є дітьми, іммігранти, які змушені працювати тощо.

З огляду наведеного, можемо стверджувати, що існуюча система фізичної реабілітації громадян України побудована на різновідомчих принципах, без урахування необхідності науково обґрунтованого комплексного підходу, а наявні нечисельні наукові публікації присвячені в основному фрагментарному розгляду та аналізу окремих аспектів реабілітації у сфері охорони здоров'я України. В організації реабілітації у сфері охорони здоров'я універсальної методології на сьогоднішній день немає, і на сформувалися лише конкретні підходи до теорії та практики. Тож існує необхідність наукової розробки оптимальної моделі комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

Висновки до розділу 1

У першому розділі надана загальна характеристика реабілітації як складової охорони здоров'я. Виокремлено різні підходи до трактування терміну «здоров'я» у його вузькому та широкому сенсі. В той же час інтегровано саме поняття у структуру загального знання та соціальних реалій.

Проведено розмежування між розумінням феномену як невід'ємної ціннісної структури для кожної окремої людини та вектору руху та розвитку суспільних настроїв та тенденцій. Виокремлено наявний конфлікт у сприйнятті самої ідеї: з одного боку – це природня, властива від народження цінність, яка сприймається апіорно, з іншого – сфера, яка потребує постійної уваги.

Розглянуто історичний паралельний розвиток уявлень про здоров'я та способи його збереження. Від давньоіндійської традиції хатха-йоги до уявлень протоєвропейських мислителів та лікарів. Також висвітлено новіші уявлення про важливість підтримання та відновлення здоров'я різними засобами (механотерапія, лікувальна фізкультура тощо).

Наголошено на зміні парадигми в уявленні здоров'я як відсутності хвороб і до сучасного погляду, який знаходить своє відображення у доктринальних документах ВООЗ, де: здоров'я – це стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб [23]. Також підкреслено важливість переходу до валеологічних цінностей – як фундаментальних в особистісному та суспільному просторі. Наразі здоров'я розглядається як багатогранне питання, яке зачіпає всі сфери людського існування. Це призводить до нового розуміння ролі науки та практики публічного управління як засобу організації не тільки процедур та органів, які б забезпечували суспільну потребу, а й простору, в якому можливо формувати нові ціннісні базиси.

Озвучена світоглядна та методологічна установка дозволяє поглянути на процес реабілітації у широкому контексті та зрозуміти його важливість.

Інтеграція цієї складової у загальну систему здоров'язбереження дозволить повніше застосувати озвучені цінності на практиці. В роботі розглянуто різні дефініції терміну «реабілітація» та визначено, що оптимальним концептом та одиницею розгляду слід вважати «комплексну реабілітацію» для її розуміння в контексті соціально-медичного простору.

Задля загального розуміння питання розглянуто надбання зарубіжних спеціалістів (у широкому історичному контексті). Від заходів, які проводились у період Київської Русі та мали метою відновлення людини і до перших глобальних кроків, як означили реабілітацію як питання світового рівня.

Зазначені вище історичні реалії підкреслюють важливість питання реабілітації в широкому сенсі. Сьогоденні реалії змушують прискорено розглядати це питання у тактичній та стратегічній площині в контексті держави. Саме тому досвід як організації навчання так і існування мережі реабілітації, який пропонують різні країни є надзвичайно цікавим та важливим для вивчення та запозичення і адаптації окремих ідей та елементів в українському просторі.

Існують фундаментальні напрацювання українських теоретиків та практиків з питання реабілітації, які знайшли свою реалізацію в рамках державного апарату.

Одним із важливих факторів є також визначення мішеней впливу реабілітації. Загалом, прийнято вважати, що існує два види реабілітації: психологічна та медична. Для комплексного вирішення питань, які виникають в ході процесу, виділяють такі складові: медичну, психологічну, соціальну, педагогічну, фізичну та фізкультурно-спортивну. Це дозволяє всеохопно підійти до питання реабілітації.

Загальна характеристика підходів до вирішення проблем з кожного виду у дискурсі з публічного управління передбачає необхідність формування єдиної, узгодженої нормативно-правової бази зі створенням окремих апаратів управління для регуляції сфери. Весь цій керуючий пласт має ефективно керувати ресурсами та спроможностями безпосередніх баз реабілітації

(санаторіїв, реабілітаційних центрів тощо) та налагоджувати чіткі механізми реалізації прав та свобод, які прописані у відповідних нормативно-правових актах.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ У РАМКАХ ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Публічне управління системою комплексної реабілітації ЗС України в частині підготовки, розстановки та переміщення персоналу ЗС України, які залучено до зазначеного процесу на сьогодні – один з найважливіших напрямів роботи. А обумовлено це тим, що в її процесі необхідно вміло поєднувати, з одного боку, систему комплексної реабілітації ЗС України з урахуванням наявних спроможностей, а з іншого, – можливості системи охорони здоров'я цивільного населення та потенціалу самоорганізації українського суспільства під час реформування національної системи охорони здоров'я з урахуванням зростаючих потреб ЗС України та у відповідності з наявними і перспективними можливостями країни. За цих умов вирішальним у досягненні поставлених цілей перед ЗС України є кадрове питання.

2.1 Нормативно правовий, організаційний, матеріально-технічний та фінансовий механізми публічного управління системою комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України.

Крім загальноприйнятого філософського розуміння, поняття «здоров'я» також має специфічне юридичне значення, яке має відношення до права. Такий підхід сприяє розгляду здоров'я як специфічної соціальної цінності, незважаючи на його загальний характер, ця цінність має специфічну правову природу, а специфіка змісту терміну зумовлює набуття ним особливого значення (правової індиферентності) у категорії особистих товарів, що в свою чергу робить категорію більш конкретною.

Здоров'я людини в Україні вважається пріоритетним з немайнових благ. Статтею 3 Конституції України визначено, що здоров'я людини є найбільшою соціальною цінністю, поряд з життям, особистою честю і гідністю,

недоторканністю і безпекою. Відповідно до ст. 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я [97].

У ст. 3 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», після Конституції як другого за значимістю нормативно-правового акту в цій галузі, охороною здоров'я вважається стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби або фізичного недоліку. Як наслідок, визначення здоров'я в першу чергу відображено в національному законодавстві України ВООЗ [98]. Подібне ставлення до цього блага знаходить своє місце і в цивільно-правовому секторі, який відповідає за регулювання законодавства, яке стосується громадянського суспільства, це законодавство стосується здоров'я особи та вважається немайновим благом (ст. 201 ЦК України). З позиції економічних і юридичних підходів до здоров'я, відображених у Цивільному кодексі України, «здоров'я людини – це її особисте немайнове право, яке надано їй від народження, яким вона розпоряджається за нормального ходу подій, спрямованих на максимальні біологічні можливості продовження життя». Інакше кажучи, здоров'я населення, або громадське здоров'я – це загальне здоров'я населення в цілому і визначається здатністю людини робити свій внесок у забезпеченість і підвищення особистого блага та добробуту держави у цілому [99]. З огляду на Збройних Сили України, здоров'я військовослужбовців є одною з основних складових боєздатності ЗСУ.

Переглядаючи чинне законодавство, важливо визнати, що в ньому відсутнє словосполучення «право на здоров'я». Сьогодні законодавче регулювання здоров'я людини визначається створенням багатьох прав, пов'язаних зі здоров'ям, до яких належать право на усунення загрози своєму здоров'ю (ст. 282 ЦК України), право на охорону здоров'я (ст. 283 ЦК України), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285 ЦК України), право на таємницю про своє здоров'я (ст. 286 ЦК України) і так далі [100]. Але якщо розглядати перелічені права як складові системи здоров'я людини, то

стає очевидною потреба саме у системоутворюючій категорії – праві на здоров'я як такому.

Здоров'я населення – один з головних елементів національного багатства. Велика відповідальність за збереження і примноження цього багатства покладена на медицину. Збереження життя і здоров'я військовослужбовців забезпечується завдяки досягненню максимально можливої ефективності їхнього медичного обслуговування через інтеграцію спроможності і зусиль медичних служб ЗС України та системи охорони здоров'я цивільного населення. Цей принцип медичного забезпечення покладено в основу Воєнно-медичної доктрини України.

Дії росії та руйнування системи світової і регіональної безпеки та принципів міжнародного права зумовили розроблення й підписання у 2018 році Президентом України Воєнно-медичної доктрини України [101]. Основою її реалізації є адаптація національного законодавства у сфері національної безпеки до євроатлантичних норм і стандартів. Тому реформування системи медичного забезпечення сил оборони України спрямовано на покращення сфери охорони здоров'я шляхом впровадження передових систем, ефективних медичних технологій і медико-технологічних документів медичного забезпечення військ, не нижчих ніж стандарти цивільної системи охорони здоров'я, зважаючи на відповідні вимоги Північноатлантичного альянсу (НАТО).

Практичну реалізацію доктрини відображено в Стратегічному оборонному бюлетені України (СОБ), відповідно до якого оборонна реформа сприятиме створенню системи медичного забезпечення, спроможної надавати відповідну медичну підтримку завданням, які поставлені перед силами оборони України [102].

З огляду на те, що оборонна реформа проводиться під час загальної реформи національної охорони здоров'я, для побудови ефективної системи медичного забезпечення й набуття спроможності надання якісної медичної допомоги у рамках здоров'язбережувального простору необхідне

розроблення покрокового сценарію трансформувannya медичних служб відомств, залучених до сил оборони держави. Очевидно, що основою для трансформувannya медичних служб сил оборони держави має стати розроблення й ухвалення необхідної нормативно-правової бази та, відповідно, впровадження прийнятної для умов сьогодення дорожньої карти.

Для подальшого розгляду кроків реформування системи медичного забезпечення сил оборони України в напрямку об'єднання спроможності і зусиль медичних служб ЗС України та системи охорони здоров'я цивільного населення має сенс оглянути стан реформи національної охорони здоров'я та її складової військової охорони здоров'я.

Так значним кроком на шляху реалізації Національної стратегії стало введення в дію у 2017 році Закону України. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [103]. Цим Законом доповнено Господарський кодекс України положенням про можливість утворення підприємств різної форми власності для надання медичних послуг населенню. Також внесені зміни в Основи законодавства України про охорону здоров'я [104].

Окремо зазначено, що реорганізація казначейства підприємств чи комунального некомерційного сектору не торкнеться закладів охорони здоров'я Міністерства оборони (МО) України та інших військових організацій. Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 20 грудня 2019 року офіційно закріплено поняття госпітального округу, який вважається сукупністю закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому порядку та отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, ця діяльність спрямована на користь населення відповідної території [105].

Як наслідок, відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні, Верховною Радою України оприлюднено

закони України, які надають можливість створювати державні підприємства, що надають медичні послуги населенню. Як відомо, фінансова допомога на охорону здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України, а також з інших джерел, не заборонених законом. На Кабінет Міністрів України покладається розробка плану кроків, етапів та механізмів впровадження змін у систему охорони здоров'я України. Крім того, окремо зазначено, що військові організації Міністерства оборони України та інші організації, які не є військовими, не зачіпаються реорганізацією казначейства товариства чи комунального підприємства.

Як наслідок, чинне законодавство України про охорону здоров'я не впливає на порядок фінансування військової охорони здоров'я, зокрема медичного забезпечення Збройних Сил України, надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, а також на статус закладів охорони здоров'я у військах.

Крім того, відповідно до Національної стратегії та на виконання прийнятих законів, Кабінет Міністрів України видав численні постанови та розпорядження. Постановою Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» утворено Національну службу здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, який спрямовується та контролюється Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я України. України [106].

Постановою КМ України «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» затверджено методологію обліку фактичних витрат закладів охорони здоров'я у зв'язку з наданням медичних послуг, ці послуги потім враховуються під час розрахунку єдиного тарифу та коефіцієнтів на медичні послуги [108].

Постановою Кабінету Міністрів України «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» визнано порядок припинення, зміни та розірвання договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та типову форму договору про

медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. [106].

Постановою КМ України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» санкціоновано порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та порядок оприлюднення інформації з електронної системи охорони здоров'я через НСЗУ [110]. Постановою визначено, що передбачені Порядком функціонування електронної системи охорони здоров'я (Порядок) її функціональні можливості впроваджуються відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [111].

Постановою КМ України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [107].

Постановою КМ України «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» з'ясовано, що Національна служба здоров'я України має договори про надання медичних послуг населенню із закладами державної або підпорядкованої форми власності, ці заклади зобов'язані отримувати фінансування з державного бюджету на медичні послуги, пов'язані з програми медичних гарантій, внаслідок чого військові заклади охорони здоров'я не можуть укладати договори на лікування населення [109].

Основою сучасної системи реабілітації є Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», який здійснює моніторинг: сучасної медичної допомоги в лікарнях; контроль діяльності реабілітологів по міжнародними стандартами; додавання команд та багатосекторної реабілітаційної допомоги. Постановою КМУ «Питання організації реабілітації

у сфері охорони здоров'я» визнано першими офіційно-правовими актами, які по-новому описують порядок організації надання реабілітаційних послуг: Порядок організації надання реабілітаційних послуг у сфера охорони здоров'я; Типові положення про реабілітаційне відділення, підрозділ

У квітні 2022 року із затвердженням національного класифікатора 030:2022 Класифікатор обмеження життєдіяльності та здоров'я в Україні введено МКФ.

Загалом, нормативно-правове регулювання представлено двома рівнями:

1. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX [112], який включає: розділ I (загальні положення), розділ II (система реабілітації), розділ III (реабілітація у сфері охорони здоров'я), розділ IV (облік та фінансування реабілітації), розділ V (прикінцеві та перехідні положення).

2. Постанови Кабінету міністрів України:

«Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 3.11.2021 № 1268 [113], яка встановлює порядок надання медичних реабілітаційних послуг, стандарт положення про реабілітаційне відділення, підрозділ, типовий опис мультидисциплінарної команди.

«Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я від 16.12.2022 № 1462 [114], яка включає: державний типовий план реабілітації осіб з обмеженням повсякденного функціонування; порядок забезпечення осіб з обмеженням повсякденної експлуатації медичних виробів, у тому числі засобів, що полегшують реабілітацію; правила щодо індивідуального плану реабілітації, порядку фінансування та реалізації..

Наказ МОЗ України «про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» від 16.11.2022 № 2083 [115] (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 2194 від 02.12.2022), який включає загальні положення; основні принципи

застосування методів реабілітації; та особливі міркування щодо застосування методів реабілітації.

Як наслідок, зазначеними постановами та розпорядженнями Уряд України визнав правовий характер дій держави щодо системи охорони здоров'я в Україні, а також визначив порядок та відповідальних за виконання нормативних актів держави.

У плані заходів щодо реалізації Концепції реформування фінансування охорони здоров'я на період до 2020 року також відсутні завдання для Міністерства оборони України та Збройних Сил України, як наслідок, не внесено жодних змін до порядку фінансування військової охорони здоров'я.

Крім того, Командування Медичних Сил (МС) Збройних Сил України спільно з відповідними структурними підрозділами Міністерства оборони України, Генерального штабу Збройних Сил України та інших військових організацій і установ забезпечують практичне застосування електронної системи охорони здоров'я у сфері військової охорони здоров'я.

Як наслідок, для досягнення цілей законодавства України та офіційних нормативно-правових документів уряду щодо реформування охорони здоров'я МОЗ України видало декілька наказів.

МОЗ України наказало «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [116].

Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» поставлено завдання, описано зміст та встановлено вимоги до організації та надання первинної медико-санітарної допомоги в Україні відповідно до стандартів галузі охорони здоров'я, які є загальними вимогами для всіх надавачів первинної медичної допомоги [117].

Зміна системи охорони здоров'я в Україні має відбуватися в кілька етапів.

Перший етап – реформа процесу надання первинної медичної допомоги населенню і на цей час реалізований. З квітня 2020 року розпочався 2 етап.

І навпаки, початок реформи демонстрував зменшення фінансування постачальників медичних послуг – закладів охорони здоров'я, а її подальше просування через недофінансування створювало небезпеку звільнення близько 50 тис. медичних працівників та закриття 332 лікарень [118]. Початок повномасштабної агресії росії проти нашої держави призвів до рішення збільшити чисельність Збройних Сил України шляхом створення нових видів (наприклад, СТрО) та скорочення чисельності існуючих підрозділів. Це призвело до збільшення навантаження на медичну систему та необхідності створення необхідних структур у Збройних Силах України. Швидко створені служби підрозділів не набули спроможностей для повноцінного медичного забезпечення потреб частин через нестачу кадрів та відсутність необхідної матеріальної бази. Збільшення кількості хворих на етапі госпіталю, пов'язане з веденням активних бойових дій, не дозволяло госпіталю здійснити всі реабілітаційні заходи, які потрібно.

Система охорони здоров'я цивільного населення, що виникла внаслідок розпаду війська за допомогою Збройних Сил, не є ефективною в єдиному просторі для медичних цілей, які є звичними в інтересах забезпечення потреб Збройних Сил України.

Виходячи з дослідження стану охорони здоров'я цивільного населення за сучасних темпів реформування, можна зробити висновок про те, що в охороні здоров'я Збройних Сил України, зокрема в медичному забезпеченні, фізичної та психологічної реабілітації виникли проблеми. Існуюча система реабілітації громадян України базується на багатовідомчих принципах, але не має науково обґрунтованого комплексного підходу. Обмежена кількість доступних наукових публікацій зосереджена на частковому розумінні та аналізі різних фізичних і психологічних аспектів реабілітації, які пов'язані з військовослужбовцями під час війни. Універсальної методики організації реабілітації в медичній та соціальній сферах не існує, на сьогоднішній день сформовані лише окремі теорії та практики. Виникла необхідність створення працюючої моделі комплексної реалізації програм реабілітації

військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. У зв'язку з цим організація комплексної системи реабілітації в Україні є надзвичайно важливою для медичної служби. Про важливість вирішення цієї наукової та медико-соціальної проблеми свідчить кількість нормативно-правових актів: Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Постанова Кабінету міністрів України від 31.10.2018 № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України», Указу Президента України від 23.08.2020 № 342/2020 «Про затвердження національної стратегії розвитку фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни», Закону України «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності», Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», Указ президента України «Про підтримку розвитку системи спортивної реабілітації учасників бойових дій», та низки інших нормативно-правових актів щодо реабілітації учасників бойових дій.

Подальша еволюція охорони здоров'я в Україні є неминучим процесом, тому Міністерство оборони України та безпосередньо Збройні сили України мають на цьому етапі забезпечити тісну та продуктивну співпрацю з центральним органом виконавчої влади з питань охорони здоров'я – МОЗ України, а також Національної служби здоров'я України щодо військової охорони здоров'я.

Збереження, підтримка та підвищення боєздатності та боєздатності країни вимагатиме розвитку єдиного медичного простору, ефективного та системного.

У контексті процесу реформування системи охорони здоров'я України, який триває, важливо визнати, що військовослужбовці є частиною громади з іншими громадянами, і на них поширюються всі державні гарантії щодо охорони здоров'я.

На даний момент комплексне дослідження можливостей уникнення або мінімізації ризиків вищезазначених небезпек для системи охорони здоров'я

військових та інших військових організацій під час реформування системи охорони здоров'я в Україні не проводилося та не розглядалося на національному рівні. У зв'язку з цим потрібно уважно вивчити зарубіжний досвід охорони здоров'я військовослужбовців у контексті функціонування систем медичного страхування, зокрема у збройних силах країн-членів НАТО, та врахувати це під час зміни законодавства.

Реалізація реформ сприяє реалізації стратегічної мети України щодо євроатлантичної інтеграції в результаті поступового прийняття стандартів і процедур НАТО, а також посилення взаємодії між військовим і цивільним секторами. Як наслідок, у військово-медичній системі зростає необхідність поєднання процедур, принципів і стандартів медичного забезпечення Збройних Сил із такими ж процедурами, принципами та стандартами Північноатлантичного альянсу [119]. Крім того, важливо не механічне відтворення, а аналіз, узагальнення та критична оцінка свого досвіду. Його мета має бути збалансованою та враховувати специфіку медичного забезпечення військових, а також реальний політичний клімат та економічний потенціал держави.

Вивчивши нормативно-правові документи щодо стандартизації в системі охорони здоров'я України, медичного забезпечення ЗСУ та держав-членів НАТО, можемо дійти висновку, що в основі процесу розроблення стандартів лежить єдиний управлінський цикл, який має функціональну й організаційну складові.

Таким чином, складовими розробки стандартів є: планування, створення, впровадження та підтримка стандартів. Ці компоненти перераховані відповідно до циклу Демінга [120]. Отже, запровадження компонентів стандартизації медичного забезпечення ЗСУ, що передбачали б, зокрема, необхідну якість медичної допомоги на основі достатньої організованості, наявності сучасного технічного оснащення, всебічного ресурсного забезпечення, високого рівня підготовки медичних спеціалістів, має здійснюватися шляхом створення такої системи медичного забезпечення

ЗСУ, яка б відповідала економічним умовам держави та сучасним військовим діям. Це може бути реалізовано завдяки створенню єдиної уніфікованої системи стандартизації медичного забезпечення ЗСУ з урахуванням інтеграції медичного забезпечення ЗСУ в систему охорони здоров'я країни та впровадження досвіду НАТО.

Для досягнення взаємосумісності багатонаціональних сил (Україна – НАТО тощо), узгодженості доктрин і процедур необхідно прийняти зрозумілу для всіх членів термінологію, створити повну взаємосумісність системи зв'язку, інформаційні системи, військова техніка та обладнання, а також взаємозамінність військових поставок і матеріально-технічних систем [120].

Таким чином, стан системи охорони здоров'я в Україні недостатній для вирішення проблем суспільства та вимог часу, що викликає необхідність його реформування з метою досягнення європейських стандартів якості на практиці системного реформування галузі, спрямованого розвивати пацієнтоорієнтовану систему охорони здоров'я, яка б піклувалась про всіх громадян України та організації і проведення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України на рівні розвинутих європейських держав.

Протягом останніх чотирьох років прийнято низку законодавчих та нормативно-правових актів щодо реформування охорони здоров'я, на виконання яких МОЗ України розробило кілька наказів, які визнали численні сучасні положення, методики та процедури, переліки та норми щодо організації діяльності закладів охорони здоров'я в напрямку проведення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та порядку надання медичної допомоги.

Військова система охорони здоров'я функціонує та виконує покладені на неї завдання в єдиному просторі держави, зокрема з урахуванням дотримання вимог чинного законодавства та нормативно-правових актів України з питань охорони здоров'я, такого підходу до реформування галузі,

впровадження нових механізмів фінансування і ведення фізкультурно-спортивних закладів поширюються і на військові установи.

Перспективи реформування системи охорони здоров'я на основі обов'язкового медичного страхування може призвести до кількох ризиків, пов'язаних із продовженням функціонування військової системи охорони здоров'я, цих ризиків слід уникати в процесі реформування та запобігати, беручи до уваги особливості системи під час створення нових законів та правил.

Комплексна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України, як складова військової охорони здоров'я є одним із важливих чинників збереження і підтримання бойової готовності та боєздатності ЗС України, як наслідок, у контексті реформування державної системи охорони здоров'я, на засадах загальнообов'язкового медичного страхування потребуватиме детального опрацювання особливостей її функціонування.

До основних стратегічних цілей ефективного управління ресурсами охорони здоров'я та фізкультурно-спортивної реабілітації варто віднести впровадження відповідного нормативно-правового забезпечення, створення системи стратегічного планування розвитку зазначених галузей на територіальному рівні, нормативно-правової розробки медичних стандартів, в тому числі і стандартів комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

До основних тактичних завдань належать впровадження комплексного підходу щодо створення системи комплексної реабілітації військовослужбовців у системі військової охорони здоров'я, що сприяє вдосконаленню законодавчої бази та організації та кадровому забезпеченню служб, що входять до зазначеної системи, а також інтеграції системи охорони здоров'я з цивільними в єдиний медичний простір із збереженням організаційної автономії.

Одним із найважливіших успіхів медичного забезпечення НАТО стала розробка та впровадження «Об'єднаної системи лікування травм», певної

системи, яка ґрунтується на припущенні, що кожен солдат, поранений під час бою, має найбільший шанс вижити та найбільшу здатність відновлювати функції. Девіз системи: «Потрібний пацієнт, правильний час, правильне місце та правильний догляд».

Об'єднана система медичного забезпечення базується на інфраструктурі Відділу реєстрації. Завдання Об'єднаної системи лікування травм полягає в координації заходів надання медичної допомоги при травмах шляхом постійного удосконалення роботи та науково обґрунтованих медичних підходів. Цінність системи лікування травм підтверджено створенням понад 36 задокументованих клінічних рекомендацій, які мають відношення до військових лікарів, завдяки чому вдалося знизити захворюваність та летальність після бойових поранень. На кожному етапі найвищий пріоритет у контексті можливостей виконання завдання та його завершення мають найбільші потенційні загрози. Ця ідея виявилася успішною в армії та знизила рівень смертності. Система допомоги при травмах — це комплекс заходів в певному географічному регіоні, який надає повний спектр допомоги всім постраждалим пацієнтам, інтегровані в місцеву систему охорони здоров'я. Основна цінність системи лікування травм — її здатність надавати відповідний рівень допомоги пораненим пацієнтам, використовуючи доступні ресурси для досягнення кращих результатів лікування. Під час конфлікту територію зазвичай представляє бойове командування, яке відіграє головну роль у військових операціях, включаючи надання медичної допомоги..

Це стосується і системи заходів реабілітації, адже якісна реабілітація повинна починатись з моменту надання невідкладної допомоги від час загострення хронічних станів, незалежно від місцезнаходження військовослужбовця.

Цілі Об'єднаної системи лікування:

- організувати та вести реєстр травм для зберігання даних та інформування про надання допомоги і результати лікування;
- надавати послуги з повним доступом до даних реєстру;

- надавати базу даних, яка може складати звіти для уповноважених державних органів;
- надавати базу даних, до якої можуть надсилати запити науковці, чиї дослідження схвалені комітетом з біоетики;
- забезпечувати електронне зібрання та поширення даних про пацієнтів, яке має бути доступне для всіх закладів охорони здоров'я, які спрощують реєстрацію довгострокового догляду;
- організувати та підтримувати базу даних щодо результатів лікування та реабілітації для оцінки прийнятих клінічних рішень і оцінки додаткових ефектів лікування та реабілітації з метою поліпшити методики;
- забезпечити Міністерство оборони та інші уповноважені зацікавлені сторони вчасною та доцільною інформацією про лікування і реабілітацію та його результати;
- створити стратегію дослідження, яка була б спрямована за зниження рівня захворюваності й смертності;
- стандартизувати підходи до лікування та реабілітації протягом усього процесу надання медичної допомоги, а також розробити і впровадити Клінічні рекомендації на основі фактичних даних;
- покращити комунікацію упродовж усіх етапів надання допомоги постраждалим.

В той же час варто зазначити, що концепт, який використовується (рамка реабілітаційних компетенцій) базується на певних засадах (Додаток А). З них:

Розвиток і навчання – діяльність і компетенції, пов'язані з професійним розвитком працівника у сфері реабілітації. Діяльність і компетенції в цій сфері включають професійний розвиток, викладання та навчання.

Лідерство та управління – здібності та ініціативи, присвячені командній роботі, стратегічному мисленню, менеджменту, наданню та оцінці послуг, а також управлінню ресурсами.

Дослідження – здібності та види діяльності, залучені до створення, передачі та інтеграції реабілітаційних досліджень.

Професіоналізм – здатності та дії, пов’язані з професійною етикою, співпрацею, безпекою та якістю догляду, які дозволяють виконувати професійну роль. Все вищезазначене приводить нас до такого узагальнення, яке стосується потенціалу надання послуг (Додаток Б).

2.2 Механізми публічного управління підготовкою, добором, розстановкою та переміщенням персоналу, що здійснює організацію та керівництво комплексною реабілітацією

В умовах збройної агресії РФ в Україні кожний військовослужбовець стає надзвичайно цінним як військовий фахівець, різко зростають вимоги до його працездатності, стійкості та стану його здоров’я. За таких умов підвищується відповідальність медичної служби за якість відбору військових фахівців за станом здоров’я та психофізіологічними показниками, проведення повсякденного медичного контролю за умовами військової праці, за своєчасне, у разі необхідності, надання медичної допомоги, кваліфіковане лікування, швидку реабілітацію та найскоріше повернення до виконання службових завдань та обов’язків.

Інтегрування України у світовій простір для її воєнної організації означає приєднання держави до систем колективного захисту від воєнних загроз та міжнародного тероризму. Цей шлях реалізується декількома державними програмами, найбільш змістовна з яких на сьогодні є програма співпраці з НАТО. Партнерство заради миру, яка щороку реалізується через Індивідуальну програму партнерства.

На думку автора дослідження європейська та євроатлантична інтеграція для системи охорони здоров’я військовослужбовців ЗС України означає, що:

- процеси інтеграції стосуватимуться медичних служб усіх силових міністерств і відомств України;
- відбуватиметься подальше інтегрування медичної служби ЗС України в систему медицини катастроф України;

- поглиблюватиметься інтегрування медичної служби ЗС України в загальнодержавний медичний простір;
- військово-медична служба отримає доступ до передових медичних технологій у загальносвітовому просторі.

Зазначимо, що за вказаних умов темпи розвитку військової охорони здоров'я повинні бути вищими, ніж темпи розвитку загальнодержавної (цивільної) охорони здоров'я. А в умовах обмеженості ресурсів набуває першочергового значення ще й такий елемент впливу на темпи розвитку галузі як ефективне управління (сучасний менеджмент). Саме тому стратегічними напрямками підготовки керівників військово-медичної служби та системи реабілітації стає їх подальша професіоналізація, створення системи формування кадрового потенціалу в межах єдиної кадрової політики ЗС України.

За даних обставин особливого значення набуває досконала кадрова політика медичної служби та служби фізичного виховання та спортивної діяльності (ФВтаСД) ЗС України як основних складових системи управління ресурсами військової охорони здоров'я. Системний аналіз опрацьованих нами літературних джерел дає право стверджувати, що основними умовами та зовнішніми факторами, які значною мірою впливають на формування кадрового потенціалу зазначених служб [122-129] є:

- розширення географії участі України в міжнародних гуманітарних і миротворчих операціях та зростання масштабів оборонної операції ЗС України проти агресії РФ;
- нові завдання і форми застосування військових формувань України;
- євроатлантична інтеграція України;
- інтенсивне використання в управлінні військами нових технологій;
- оснащення збройних сил сучасними високоефективними зразками озброєння та військової техніки (ОВТ);
- недостатнє фінансування ЗС України взагалі та військово-медичної служби, зокрема.

Вищенаведені чинники визначають завдання та структуру системи охорони здоров'я військовослужбовців ЗС України та, врешті решт, і принципи формування кадрового потенціалу військово-медичної служби та фахівцями з фізичної реабілітації служби ФВтаСД ЗС України.

Ми повністю поділяємо погляд професорів Г. К. Губерної та В. Г. Ільющенко [130] що точне визначення термінології має вирішальне значення для науки. Зрештою, предмет явища обмежується певною сферою, а їхня точність сприяє ефективності аргументів, оскільки вона прояснює та визначає мову науки.

Вважаємо, що кадрова політика військової охорони здоров'я на місцях – це комплекс загальнодержавних рішень чи домовленостей, які прийняті або зобов'язані забезпечити Збройні Сили України висококваліфікованими фахівцями у цій сфері шляхом реалізації політичних, економічних, правовий і науковий підхід.

Роль державної кадрової політики у сфері військової охорони здоров'я значно підвищується у зв'язку зі зміною нормативно-правових основ функціонування Збройних Сил та їх медичного забезпечення, підвищення ролі медичної служби та служби ФВтаСД в охороні здоров'я військовослужбовців та підтриманні боєздатності ЗС України.

Показниками ефективності державної кадрової політики ЗС України є стан здоров'я військовослужбовців, ступінь їх захисту від фінансового ризику на випадок захворювання та рівень національної безпеки держави.

Основними завданнями державної кадрової політики у ЗС України є [134-139]:

- створення цілісної системи підготовки військових фахівців для потреб ЗС України як у мирний, так і воєнний час;
- приведення параметрів системи військової освіти у відповідність до світових та загальнодержавних стандартів, а також нових завдань і структури ЗС України, порядку проходження військової служби;
- створення нової структури військового резерву людських ресурсів,

удосконалення механізму підготовки та накопичення резервістів, призначених для ЗС України;

- оптимізація чисельності і поліпшення якісного складу військ шляхом проведення організаційних заходів, спрямованих, у першу чергу, на професіоналізацію особового складу;
- удосконалення системи соціального захисту військовослужбовців та членів їх сімей.

Виходячи з окреслених вище завдань державної кадрової політики ЗС України, основними цілями державної кадрової політики військової охорони здоров'я на думку автора дисертаційного дослідження будуть [140, 141]:

- створення дієвої професійної та ефективної кадрово-організаційної структури медичної служби та системи комплексної реабілітації ЗС України;
- створення оптимальної системи військової охорони здоров'я за рахунок залучення військовослужбовців найбільш досвідчених фахівців охорони здоров'я України;
- комплектування військово-медичних закладів та органів управління військової охорони здоров'я ініціативними та компетентними кадрами, які визнають необхідність якісних і структурних змін у медичному забезпеченні і системі реабілітації військовослужбовців та здатні їх впровадити;
- забезпечення вдосконалення кадрового складу та його оновлення складу військової охорони здоров'я, підвищення професіоналізму та відповідальності керівного складу зазначеною системою.

У процесі виконання даного наукового дослідження ми прийшли до висновку, що державна кадрова політика як важлива складова державного управління системою формування кадрового потенціалу військової охорони здоров'я, включає низку окремих напрямів, до яких відносяться [141, 142]:

- визначення оптимальної професійної та організаційно-штатної структури військової охорони здоров'я а саме системи комплексної реабілітації ЗС України;
- військово-медична освіта і наука;

- управління процесами добору, розстановки та переміщення персоналу цієї галузі;
- контроль якості надання медичної та реабілітаційної допомоги та ефективності використання ресурсів;
- матеріальне та моральне стимулювання професійної діяльності фахівців галузі.

Виходячи з викладеного вище, під державним управлінням кадрами військової охорони здоров'я ми розуміємо процес управління системою формування кадрового потенціалу цієї системи (планування, оцінка, добір, підготовка та безперервна освіта персоналу), що призначений для максимального підвищення ефективності та мінімізації витрат на його використання системою охорони здоров'я військовослужбовців.

Як свідчить практичний досвід, ефективне державне управління кадровою військової охорони здоров'я дає можливість [141, 142]:

- бачити кінцеву мету реформування та створення системи комплексної реабілітації ЗС України – концептуальні моделі професійної та організаційно-штатної структури цієї системи, її мобілізаційного потенціалу;
- забезпечувати взаєморозуміння між керівництвом військово-медичної служби та персоналом з комплексної реабілітації у процесі проведення реформи системи охорони здоров'я ЗС України;
- успішно координувати діяльність різних військово-медичних закладів та органів управління військової охорони здоров'я для досягнення єдиної мети;
- підвищувати якість медичної та реабілітаційної допомоги та зберігати професійне здоров'я військовослужбовців;
- дотримуватися однаковості та послідовності під час прийняття кадрових рішень;
- використовувати визнані військово-медичні стандарти у процесі управління кадрами військової охорони здоров'я;

- забезпечувати децентралізацію процесу прийняття рішень під час добору та розстановки кадрів;
- сприяти розвитку системи підготовки та підвищення кваліфікації персоналу;
- втілювати у практику охорони здоров'я ЗС України передовий досвід.
- дотримання законності під час кадрової роботи.

Шляхами подальшого розвитку системи формування кадрової політики військової охорони здоров'я є розробка кваліфікаційних вимог, системи критеріїв оцінки професійних якостей фахівців цієї галузі та запровадження механізму тестування останніх при висуненні їх на вищі посади.

Науковий підхід до добору та розстановки кадрів системи військової охорони здоров'я для виконання одного з основних принципів кадрової роботи – забезпечення оптимальної відповідності особистих якостей фахівця (як загальнолюдських, так і професійних) до вимог, які притаманні конкретним посадам.

Прозорість кадрової політики, яка забезпечується гласністю, порівнянням результатів роботи, демократичністю під час добору та розстановки кадрів і, в першу чергу, – керівного складу медичної служби та системи комплексної реабілітації ЗС України.

Забезпечення постійного оновлення фахівців військової охорони здоров'я та фізкультурно-спортивної реабілітації, дотримання розумного співвідношення молодих та досвідчених медичних кадрів є головним принципом кадрової політики охорони здоров'я військового відомства.

Дотримання цього принципу можливе за умов:

- створення оптимальної професійної та організаційно-штатної структури охорони здоров'я ЗС України;
- планомірної підготовки необхідної кількості фахівців системи військової охорони здоров'я;
- забезпечення планомірного просування фахівців військової охорони здоров'я на вищі посади;

- своєчасного звільнення відповідної категорії персоналу.
- Раціональний розподіл кадрів, дотримання відповідності спеціальної підготовки фахівців під час призначенні їх на посади.

- Плановість у роботі з кадрами військової охорони здоров'я.

Суть планування кадрової роботи полягає у [143-145]:

- прогнозуванні чисельності та потреби у персоналі;
- визначенні джерел і механізму поповнення;
- плануванні та активному супроводі кар'єри фахівців;
- формуванні кадрового резерву.

Планування в роботі з кадрами військової охорони здоров'я за напрямком комплексної реабілітації необхідне, зокрема, при вирішенні питань підготовки достатньої кількості персоналу, підвищенні його кваліфікації, підготовки резерву кандидатів для висунення на вищі посади, планомірного підвищення фахівців службовими посадами тощо.

Довгострокове планування, як відомо, розробляється у формі цільових комплексних програм.

Метою такої програми зазначеного напрямку реабілітації є створення умов для забезпечення військової охорони здоров'я висококваліфікованими кадрами, покращення структури кадрів відповідно до потреб системи охорони здоров'я ЗС України і забезпечення ефективності системи комплексної реабілітації Збройних Сил.

При розробці кадрових програм слід виходити з того, що будь-яка кадрова програма повинна передбачати:

- аналіз стану роботи з кадрами і, в першу чергу, з керівним складом військової охорони здоров'я;
- визначення стратегічних напрямів подальшої роботи з кадрами;
- визначення перспективних потреб у різних категоріях персоналу;
- організація підготовки персоналу;
- удосконалення заходів щодо підвищення кваліфікації та

перепідготовки кадрів;

- планування та ефективну реалізацію ділової кар'єри персоналу;
- вивчення керівного складу військової охорони здоров'я та формування і підготовку резерву для висунення на керівні посади;
- удосконалення системи атестування, оцінки ефективності діяльності фахівців;
- удосконалення системи добору та розстановки персоналу.

Виходячи з викладеного вище, робимо висновок про те, що кадрова політика військової охорони здоров'я – це стратегічний напрямок роботи з фахівцями з комплексної реабілітації, який визначається перспективою розвитку військової охорони здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні. За своїм змістом кадрова політика військової охорони здоров'я – це система принципів, форм, методів, напрямів та критеріїв роботи з персоналом, які направлені на забезпечення ЗС України висококваліфікованими медичними фахівцями та фахівцями з комплексної реабілітації для збереження здоров'я військовослужбовців та підтримання боєздатності і боєготовності ЗС України.

Державне управління системою добору, розстановки та переміщення персоналу військової охорони здоров'я на сьогодні – один з найважливіших елементів кадрової роботи. А обумовлено це тим, що в її процесі необхідно вміло поєднувати, з одного боку, особисті амбіції та прагнення кандидатів до професійного і кар'єрного росту, а з іншого, – об'єктивно оцінювати реальні можливості кожного з претендентів на обіймання тієї чи іншої посади з урахуванням потреби системи та у відповідності з наявними і перспективними можливостями кандидата. З метою прозорого і, головне, об'єктивного вирішення вказаної проблеми в кадрових органах охорони здоров'я ЗС України використовуються показники оцінки службової діяльності медичного персоналу.

Системний аналіз опрацьованих у процесі виконання дисертаційного дослідження літературних джерел [15-155] переконливо свідчить, що ефективне державне управління процесами добору, розстановки та

переміщення персоналу з комплексної реабілітації ЗС України можливе за умови застосування наступних механізмів:

- законодавчого і нормативно-правового регулювання роботи з медичними кадрами;
- досконалих освітньо-кваліфікаційних характеристик на фахівців військової охорони здоров'я та посадових інструкцій і кваліфікаційних вимог на відповідні посади;
- державних стандартів надання медичної та реабілітаційної допомоги;
- показників оцінки праці персоналу військової охорони здоров'я;
- системи критеріїв оцінки професійних якостей фахівців та механізму їх тестування при висуненні на посади;
- рейтингової (комплексної) системи оцінки діяльності персоналу;
- професійних моделей підготовки та післядипломного удосконалення персоналу;
- гласності та прозорості процедур добору, розстановки та просування по службі персоналу військової охорони здоров'я.
- Основу роботи з державного управління процесами добору, розстановки та переміщення персоналу охорони здоров'я ЗС України становить визначення професійно значимих якостей особистості для кожної спеціальності і посади, а також оцінка професійних та ділових якостей фахівців. енциалів у претендентів та відповідні посади у медичній службі ЗС України [156].

Різні автори, як свідчить аналіз спеціальних літературних джерел [157-161], рекомендують і різні критерії для оцінювання персоналу. Скориставшись оригінальним, на нашу думку, підходом М. Сологуба [161] до узагальнення та класифікації великої кількості таких критеріїв, подамо їх нижче у вигляді трьох блоків.

Перший з них — оцінка професійної компетентності — містить такі визначальні фактори:

- спеціалізована освіта;
- досвід роботи на даній посаді;
- робота за спеціальністю;
- компетенції;
- термін роботи організації, який відображає знання працівником конкретних особливостей та умов діяльності.

Другий блок – оцінка ділових якостей – передбачає критерії:

- професійна компетентність;
- вміння чітко організовувати і планувати свою роботу та роботу підлеглих;
- усвідомлення відповідальності за виконувану роботу;
- самостійність при виконанні завдань;
- здатність вирішувати нетипові питання;
- працездатність;
- здатність до якісної комунікації.

До третього блоку – оцінка трудового внеску – включені такі критерії:

- кількість і якість виконаних планових і позапланових завдань та робіт;
- дотримання встановлених термінів;
- наявність творчого підходу;
- складність матеріалів, що розробляються;
- різноманітність виконуваних робіт або багатовекторність напрямів діяльності спеціаліста;
- масштаби і складність функцій, які делеговані працівникові керівництвом;
- ступінь відповідальності, що залежить від характеру службових обов'язків.

Слід зазначити, що більшість проаналізованих нами наукових праць [162-175], автори яких досліджували процеси добору, розстановки та просування по службі персоналу, стверджують, що вказані процеси мають

проходити за певним алгоритмом, з урахуванням дотримання вимог законодавчої та нормативно-правової бази.

У той же час, у процесі добору та розстановки персоналу з комплексної реабілітації необхідно дотримуватись наступних вимог:

- заміщення вакантних посад на основі конкретного альтернативного добору та гласності;
- відповідність професійного та морально-психологічного рівня кандидата рівню кваліфікаційних вимог до посади;
- підготовка та постійне оновлення якісного резерву кандидатів для висунення на вищі посади, поповнення кадрового корпусу та просування службовою драбиною повинно здійснюватись виключно з кадрового резерву;
- аналіз кадрового потенціалу та вивчення потенційних можливостей кожного кандидата;
- проведення періодичного атестування персоналу для визначення рівня відповідності його займаним посадам, виявлення перспективних, енергійних, ініціативних фахівців з метою забезпечення їх більш доцільного службового використання;
- просуванню службовою драбиною повинно відповідати періодичне підвищення кваліфікації персоналу.

Таким чином, основу роботи щодо управління процесами добору, розстановки та переміщення персоналу охорони здоров'я ЗС України становить вивчення професійно значимих якостей особистості конкретно для кожної спеціальності і посади.

2.3 Професійний розвиток фахівців, залучених до комплексної реабілітації: медична, фізична, психологічна складові

2.2.1 Військово-медична освіта

На сьогоднішній день військово-медична освіта в Україні здійснюється відповідно до державних освітніх стандартів [176-196].

Відомо, що з метою ефективного функціонування медична служба ЗС України комплектується медичними спеціалістами таких освітньо-кваліфікаційних рівнів (має таку професійну структуру):

1. Кваліфікований робітник (санітарний інструктор).

Вказані фахівці використовуються виключно в медичній службі ЗС України. Їх підготовка здійснюється у навчальних підрозділах військових госпіталів за певними освітньо-професійними програмами. Підрозділи для підготовки цих фахівців комплектуються з числа солдат і сержантів строкової служби, які мають неповну та повну середню освіту. Термін підготовки санітарних інструкторів на даний час складає 4 місяці.

2. Молодий спеціаліст (медична сестра, фельдшер, лаборант).

Підготовка медичних сестер, фельдшерів та лаборантів в Україні проводиться на основі загальної середньої освіти в медичних училищах та вищих закладах освіти I – II рівня акредитації протягом 2 – 4 років.

Цільової підготовки цієї категорії медичного персоналу для ЗС України не проводиться. Збройні Сили комплектуються шляхом призову на військову службу відповідно до ст. 15 Закону України «Про загальний обов'язок і військову службу», або шляхом підписання контракту про проходження військової служби на військових посадах. Посади медичних сестер, фельдшерів та лаборантів – працівників ЗС України комплектуються шляхом прийняття на роботу відповідно до трудового законодавства України. Цільова допідготовка вказаної категорії медичного персоналу проводиться на робочому місці, або на ФП і ПК ВМІ УВМА з двома територіально відокремленими філіями у Львові та Одесі.

4. Військовий лікар-магістр.

Фахівець, який отримав вищий освітньо-кваліфікаційний рівень підготовки лікаря-спеціаліста за фахом в УВМА з терміном навчання на основі повної вищої медичної освіти лікаря протягом 2-3 років.

Військові лікарі з означеного вище освітньо-кваліфікаційного рівня підготовки використовуються на відповідних посадах у військових частинах, з'єднаннях і об'єднаннях, медичних установах та закладах ЗС України.

За підсумками аналізу законодавчої та нормативно-правової бази здійснення освітньої діяльності в Україні та на думку автора дисертаційного дослідження робота щодо підготовки військово-медичних фахівців має три основні складові або три основні етапи [197-218]:

- професійна орієнтація;
- підготовка;
- постійна перепідготовка та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Відомо, що особливу роль у підвищенні ефективності використання медичного персоналу має професійна орієнтація осіб, що бажають набути професію військового лікаря. У контексті сказаного вище слід наголосити на тому, що ще Декарт вважав: вибір професії – це найбільш важлива і найбільш випадкова справа на Землі. Тому профорієнтація в системі формування кадрового потенціалу медичної служби ЗС України спрямована на те, щоб у виборі професії було щонайменше випадкового.

При формуванні кадрового потенціалу медичної служби ЗС України слід виходити з того, що метою всієї системи професійної орієнтації, як вже зазначалося вище, повинно бути знаходження оптимального співвідношення особистих прагнень відповідних категорій медичного персоналу та потреб військово-медичної служби.

Професійна орієнтація проводиться у декілька етапів.

Перший з них – професійна інформація. Даний етап передбачає надання школярам та студентам медичних навчальних закладів загальної інформації

про ЗС України, роль та місце медичної служби ЗС України у забезпеченні національної безпеки; висвітленні особливостей проходження військової служби медичним персоналом та конкретного змісту їх повсякденної діяльності; пропаганді можливостей професійного росту військових лікарів та гарантій їх соціального захисту. Детальний аналіз діяльності медичної служби ЗС України у мирний час викладено у підготовленому за участю дисертанта навчальному посібнику „Порадник військовому лікарю (організація медичної служби частини у мирний час)” [219].

Другий – професійна консультація – метою якого є формування у майбутніх військових медичних працівників професійного інтересу до військової служби з урахуванням їх індивідуальних якостей, що забезпечують свідомий вибір професії та шлях майбутнього навчання.

На *третьому* етапі відбувається професійний добір, який реалізується через систему методів медичної, психофізіологічної та професійної діагностики для визначення ступеня придатності людини до конкретної професії військового лікаря.

І, на кінець, *четвертий* етап – професійна адаптація. Це комплекс заходів, які забезпечують професійне становлення військового лікаря як фахівця, так і як офіцера, що має також велике значення.

Комплектування ЗС України військовими лікарями фізичної та реабілітаційної медицини в основному здійснюється за рахунок випускників УВМА. У зв'язку з тим, що набір слухачів до Академії проводиться із числа випускників вищих навчальних медичних закладів системи охорони здоров'я України, професійна орієнтація та консультація проводяться співробітниками кафедр медицини катастроф та військової медицини вищих медичних навчальних закладів. Як засвідчує практичний досвід роботи, саме від якості цієї роботи залежить величина конкурсу кандидатів під час вступу до Академії та рівень їх попередньої підготовки.

У разі прийняття лікарів для проходження військової служби за контрактом із запасу, перші два етапи професійної орієнтації – професійна

інформація та професійна орієнтація – здійснюються командирами військових частин, до яких призначаються на посади лікарі – офіцери медичної служби та відповідними начальниками медичної служби військових частин, з'єднань та об'єднань.

Професійний відбір майбутніх військових лікарів проводиться під час складання вступних іспитів. Медичне обстеження та визначення придатності до військової служби проводиться згідно з вимогами Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у ЗС України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 4 січня 1994 року № 2 [220].

Психофізіологічний відбір, який є невід'ємною складовою частиною системи комплектування ЗС в цілому і військово-медичної служби зокрема, здійснюється лікарями психофізіологами за визначеними та затвердженими методиками відповідно до Положення про організацію психолого-педагогічного забезпечення підготовки військових фахівців з урахуванням розподілу кандидатів на навчання на 4 групи професійної придатності [221-224]:

перша – повністю відповідають вимогам спеціальності, рекомендуються в першу чергу;

друга – відповідають вимогам спеціальності, рекомендуються в другу чергу;

третя – частково відповідають вимогам спеціальності, рекомендуються при відсутності інших кандидатів;

четверта – не відповідають вимогам спеціальності, не рекомендуються до вступу.

Під час прийняття лікарів для проходження військової служби за контрактом із запасу, роботу з професійного відбору проводять фахівці військкоматів, які теж залучаються до проведення першого і другого етапів професійної орієнтації.

Професійну адаптацію військові лікарі проходять під час навчання в УВМА у процесі практичних занять і військових стажувань, а також у перші роки становлення військового лікаря як фахівця і як офіцера. Реалізується даний процес професійної орієнтації через шефство досвідчених фахівців над молодими спеціалістами в рамках програм становлення молодих офіцерів та військових фахівців відповідно до порядку, який визначений наказом Міністра оборони України від 12 грудня 2002 року № 408 [225].

Результати, що отримані нами в процесі виконання даного дисертаційного дослідження, дають підстави стверджувати, що на даний час в Україні створена і ефективно працює система військово-медичної освіти за цим напрямком, яка забезпечує потреби ЗС України у зазначеному персоналі і представлена наступними основними компоненти:

органи управління (загальнодержавні, які репрезентує МОН України; медичні, що реалізуються МОЗ України; військово-медичні, представлені Департаментом охорони здоров'я (ДОЗ) МО України, та військові, які забезпечує Департамент військової освіти і науки (ДВОН) МО України);

УВМА, на базі якої здійснюється післядипломна підготовка військових лікарів, їх перепідготовка та підвищення кваліфікації. Детальніша інформація про головний військово-медичний навчальний заклад України нами викладена у навчальному посібнику „Медична служба Збройних Сил України (довідкові матеріали та керівні документи)” [226].

компонент системи військово-медичної освіти, який представлений у складі вищих медичних навчальних закладів навчальними підрозділами для цільової підготовки медичних фахівців, призначених для зарахування до ЗС України після закінчення курсу навчання і отримання освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавр та спеціаліст. Це – факультет підготовки лікарів (ФПЛ) для ЗС України Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

кафедри медицини катастроф та військової медицини вищих медичних навчальних закладів, на які покладається завдання з навчання всіх студентів,

інтернів і курсантів вищих медичних навчальних закладів України організація медичної допомоги населенню в надзвичайних ситуаціях у звичайний та воєнний час і з військової та військово-медичної підготовки офіцерів медичної служби запасу.

Відповідно до потреб МО України у військово-медичних спеціалістах та на виконання Постанов Кабінету Міністрів України "Про створення Військово-медичної академії" від 16 жовтня 1995 року № 820 [227, 228] рішенням колегії МОЗ України від 20 листопада 1996 року № 14 у складі Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця створений факультет для цільової підготовки фахівців для ЗС України за спеціальностями професійного спрямування "Медицина" і освітньо-кваліфікаційним рівнем "спеціаліст", за спеціальностями лікувальна справа (термін навчання 6 років), медико-профілактична справа (термін навчання 6 років), стоматологія (термін навчання 5 років) з присвоєнням по закінченню навчання військового звання офіцера медичної служби для подальшого зарахування до ЗС України та інших військових формувань.

Таким чином, відповідно до потреб військово-медичної служби ЗС України в системі військової освіти організована та проводиться підготовка необхідних медичних кадрів з освітньо-кваліфікаційними рівнями "бакалавр", та "магістр", що на даний час забезпечує практично всі кадрові потреби ЗС України згідно існуючих штатів. Підготовка вказаних вище категорій медичних спеціалістів відповідає державним вимогам та міжнародним стандартам.

2.2.2 Підготовка фахівців ЗС України за напрямком фізкультурноа та спортивна реабілітація

Слід зазначити, що фізична підготовка ЗС України є одним із основних предметів бойової підготовки, важливим і невід'ємним елементом бойової готовності військових частин і підрозділів до виконання завдань за призначенням, де збереження здоров'я військовослужбовців є невід'ємною складовою завдань за цим напрямком, та відноситься до компетенції системи

фізичного виховання та спортивної діяльності ЗС України (Наказ МО України «Про затвердження Інструкції з фізичної підготовки ЗС України» [242].

Для досягнення визначеної інструкцією мети збереження здоров'я військовослужбовців ЗС України та забезпечення фізичної готовності особового складу до виконання завдань за призначенням, Управлінням ФВіС МО України плануються заходи фізкультурно-спортивної реабілітації як у системі фізичної підготовки військ у групах ЛФК, так і за рахунок участі комбатантів у відповідних міжнародних і всеукраїнських змаганнях.

Враховуючи викладене, можемо стверджувати, що серед визначених першочергових завдань комплексної реабілітації тактичного рівня, є завдання організації та проведення фізкультурно-спортивних реабілітаційних заходів у довготривалому періоді. Особливістю вказаного періоду є максимальне охоплення особового складу, який потребує проведення зазначених заходів в різних умовах повсякденної діяльності та застосування військ з невизначеному у часі досягненням прогнозованого результату. На переконання дисертанта вирішальну роль у досягненні кінцевої мети комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України відведено системі фізичного виховання і спорту (ФВіС) військового відомства в співпраці з Командуванням медичних Сил (КМС) ЗС України та Головним Управлінням морально-психологічного забезпечення (ГУМПЗ) ЗС України. Завданням медичної складової у зазначеному періоді є проведення поглиблених медичних оглядів (ПМО) та диспансерного динамічного нагляду (ДДН). На наше переконання успішне досягнення кінцевої мети, поставленої перед системою комплексної реабілітації в певній мірі залежить від якісної організації та ефективного проведення фізкультурно-спортивних реабілітаційних заходів у віддаленому періоді. Основним завданням цього етапу реабілітації є збереження здоров'я військовослужбовців та досягнення їх фізичної готовності до відповідного рівня, визначеного займаних ними посад, що в свою чергу співпадає з цілями та завданням системи фізичного виховання та спортивної діяльності ЗС України (Наказ МО України «Про

затвердження Інструкції з фізичної підготовки ЗС України» [242] і вирішується за рахунок проведення заходів фізкультурно-спортивної реабілітації.

Підготовка фізичних терапевтів, ерготерапевтів та їх помічників у сфері фізичного виховання, як і забезпечення виконання заходів із фізкультурно-спортивної реабілітації, відноситься до сфери фізичного виховання та спорту України, а у системі охорони здоров'я військового відомства - завданням УФВіС МО України, яке виконується за рахунок:

- формування готовності військовослужбовців ЗС до перенесення екстремальних фізичних і психологічних навантажень у період підготовки та ведення бойових дій, виховання морально-вольових якостей;
- підвищення стійкості організму до впливу несприятливих факторів службової діяльності та навколишнього середовища;
- сприяння поліпшенню фізичного розвитку та зміцненню здоров'я військовослужбовців;
- проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців згідно індивідуального реабілітаційного плану в рамках визначених системою військової охорони здоров'я завдань.

Підготовка фахівців з фізкультурно-спортивної реабілітації у державі покладено на вищі навчальні заклади (ВНЗ) з підготовки фахівців у сфері фізичного виховання та спорту та та сьогоднішній день проводиться лише у Національному Університеті фізичного виховання і спорту України за спеціальністю “Фізкультурно-спортивна реабілітація” другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 017 Фізкультура і спорт та розпочато лише у вересні 2023 року.

У ВВНЗ ЗС України підготовку фахівців за цим напрямком ще не розпочато. В умовах сьогодолення у ЗС України лише вирішується питання організаційно-штатної структури системи фізкультурно-спортивної реабілітації військового відомства.

2.2.3 Підготовка фахівців ЗС України за напрямком психологічна реабілітація

Психологічна реабілітація у ЗС України проводиться згідно наказу Міністра оборони України від 09.12.2015 № 702 “Про Затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах” [239]. Це Положення визначає процедуру проведення психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, які брали безпосередню участь в проведенні бойових операцій, визначені основні принципи психологічної реабілітації військовослужбовців. Основними з яких є своєчасний початок, безперервне, поетапне та послідовне застосування заходів психологічної реабілітації військовослужбовців за певною визначеною послідовністю залежно від характеру психічного розладу та реальних можливостей, індивідуалізація програми, єдність методів впливу, колективність здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців (у військовому підрозділі). Основними методами психологічного відновлення військовослужбовців під час відновлення боєздатності (боєздатності) військових підрозділів (самих підрозділів) є декомпресія та психологічне відновлення.

Основними завданнями психологічної реабілітації військовослужбовців є: діагностика та корекція психічних функцій отримувача послуг; відновити втрачені психічні функції реципієнта до початкового рівня; сприяти позитивній реакції, мотивації та соціальному ставленню до життя та професійної діяльності.

Необхідність застосування тих чи інших методів психологічної реабілітації військовослужбовців, надання першої допомоги за психологічними показаннями та корекційної терапії визначається офіцером-

психологом або психологом з урахуванням особистісних особливостей військовослужбовця, змісту пережитих ним травматичних ситуацій, їх наслідків та наслідки, а також наявність технічної бази.

Загальна основа процесу психологічної реабілітації у військових організаціях (організаціях) покладається на командира військової частини (організації), безпосереднє виконання завдань психологічної реабілітації у військових організаціях (організаціях) покладається на психологів (за наявності), керівників медичної служби та капеланів (за наявності). У разі недостатності наявних ресурсів для виконання завдань зі декомпресії військовослужбовців, до них застосовують високопрофесійні заходи (психодіагностичні, психокорекційні, психоконсультаційні тощо), спеціалізованими мобільними групами закладами.

Обов'язковим етапом проведення реабілітаційних заходів з всіма військовослужбовцями військової частини (підрозділу) після виведення з району виконання завдань за призначенням є етап відновлення бойової готовності (боездатності) військової частини (підрозділу). Перший етап проведення реабілітаційних заходів психофізіологічна оцінка військовослужбовців. При цьому особовий склад проходить обов'язкове психодіагностичне обстеження, яке проводиться працівниками психологічної служби, психологами військової частини (робочої групи) та окремо. На цьому етапі необхідно реалізувати реабілітаційні програми з військовослужбовцями, проживання яких обмежене територією (територією) частини. Основними питаннями декомпресії військовослужбовців, які вирішуються на цьому етапі, є: порядок психологічного дослідження та психофізіологічного обстеження згідно з Переліком психодіагностичних методів, що визначає потребу у психологічній допомозі військовослужбовців та забезпечує її (за необхідності)..

Після завершення декомпресії за результатами обговорення групи складається звіт і надаються рекомендації керівникам (начальникам) щодо розробки та реалізації додаткових заходів психічної підтримки

військовослужбовців. На підставі рекомендацій психофізіологічних обстежень робочих груп визначається необхідність направлення військовослужбовців до закладу охорони здоров'я.

Під час психотропних корекційних заходів реалізуються як індивідуальні, так і групові проекти. Основним рекомендованим порядком проведення психологічної корекції є обговорення екстремальної ситуації з іншими військовослужбовцями у складі частини (відділення).

Ефективність психологічного втручання для особового складу військової організації, особи (військовослужбовця) вимірюється спостереженням за їх спроможністю виконувати службові обов'язки. Додатково щодо особового складу військової частини проводиться: оцінка стану його психофізіологічної працездатності та готовності до участі у виконанні службових обов'язків. Потім надається рекомендована програма дій для запобігання можливому розвитку психічних захворювань.

Військовий психолог — професіонал, який допомагає солдатам, офіцерам і цивільним особам, пов'язаним з військовими, як у небойових, так і в бойових ситуаціях. Військовий психолог повинен досконало знати як свою професію, так і особливості організації внутрішнього життя солдатів і офіцерів: розпорядок дня, обов'язки, ієрархію. Постійно спостерігати за військовослужбовцями, проводити різноманітні бесіди, тестування та опитування, а також аналізувати отриману інформацію в подальшому.

Діяльність військових психологів регулюється наступними основними нормативно-правовими документами: Наказ Головнокомандувача Збройних Сил України №305 від 18.10.2021 «Про затвердження Інструкції з організації психологічного забезпечення особового складу Збройних Сил України», Наказ Генерального штабу Збройних сил України №153 від 29.04.2017 «Про затвердження Інструкції з оцінювання морально-психологічного стану особового складу Збройних Сил України» [240], Методичні рекомендації “Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення”,

розроблені Міністерством оборони України, Українською Військово-Медична Академія, Центральним військово-медичне управління Збройних Сил України, Національним військово-медичний клінічний центр “Головний військовий клінічний госпіталь” схвалені Вченою радою Української військово-медичної академії: протокол №185 від 26.10.2016 року,

Зрештою, війна розглядається як психологічний феномен, який має соціальну складову, оскільки психологічний зміст походить від цілей (бажання противника чинити опір і змусити його до певних дій), засобів (інформаційно-психологічних, психотропних, соматопсихологічних, технопсихологічних, психотронної зброї), а також методи (введення в оману, маскування, раптовість та ін.).

Психологічна зброя зараз стає автономною, ефективною та відносно бюджетною формою сучасного та майбутнього військового бою. Хід подій і результати військових дій, долі країн і їх держав, майбутнє планети в першу чергу залежать від того, наскільки протиборчі армії готові застосовувати в бою сучасні психотропні технології.

Зазначене вище підкреслює важливість військової психологічної підготовки військовослужбовців до бойових дій. Проте, як зазначав ще на початку минулого століття, видатний військовий психолог Г. Є. Шумков, «військова психологія тільки тоді з’явиться наукою, необхідною для полководця, коли вона відкриє йому секрет бойової сили або працездатності бійця у всіх фазах бойової обстановки».

Нині військово-психологічна активно освоює нові галузі знання про війну і бій, психологічну готовність і стійкість військ до бойових стрес-факторів, закономірності бойової та психологічної підготовки воїнів, технології надання психологічної допомоги та реабілітацію учасників бойових дій.

Завданням психологічної служби у військовій частині є підвищення ефективності дій військовослужбовців, збереження їх психічної стійкості та емоційного стану, підвищення працездатності.

Обов'язки військового психолога багатогранні. У мирний час він відповідає за вирішення завдань вивчення психологічних особливостей воїнів та їх колективів, він буде робити це, психологічно забезпечуючи готовність воїнів, їхню підготовку та виконання обов'язків, що має вирішальне значення для військової дисципліни. Під час війни виконує обов'язки безпосереднього керівника всієї системи психологічної допомоги військовим діям.

По суті військовий психолог змушений поєднувати в собі основні компетенції психолога-діагноста, соціального психолога, клінічного психолога, психотерапевта, психолога праці і власне військового психолога. Одночасно він виступає у двох різноякісних ролях – психолога-дослідника і психолога-практика.

Військові психологи залучаються до Збройних Сил України з 1992 року внаслідок впровадження соціально-психологічної служби Міністерства оборони України як організації управління.

З кожним роком покращується система підготовки військових психологів.

Існує 2 шляхи підготовки спеціалістів у даній сфері:

1. Спеціалізовані навчальні заклади (військові інститути при вищих навчальних закладах, наприклад Військовий інститут Київського національного університету імені Тараса Шевченка).

2. Військові кафедри при вищих навчальних закладах та військові кафедри спеціалізованих навчальних закладів (наприклад, Кафедра морально-психологічного забезпечення діяльності військ (сил) про Національному університеті оборони України імені Івана Черняхівського).

Професійна кар'єра військового психолога – це система пов'язаних між собою методів, способів і засобів, які він використовує для вивчення психологічних властивостей військовослужбовців і цивільних осіб, а також професійного середовища військового та їх впливу на психічне здоров'я та ефективність військової діяльності військовослужбовців та їх сімей.

Військовий психолог повинен володіти основними здібностями психолога-діagnostика, соціального психолога, військового психолога..

В той же час саме сфера реабілітації потребує підвищеної уваги з боку забезпечення психологічного здоров'я військовослужбовців. Наразі структура морально-психологічного забезпечення у ЗС України створює потужне навантаження на кожного окремого психолога та не дозволяє повністю охопити у своїй діяльності всі необхідні аспекти. Для вирішення питання організації та ефективного проведення заходів психологічної реабілітації виникає потреба залучення всіх наявних методів комплексної реабілітації за принципом індивідуального підходу та роботи мультидисциплінарної команди фахівців з реабілітації всіх наявних напрямків під керівництвом лікаря ФРМ з обов'язковим складанням індивідуального реабілітаційного плану із застосовуються всіх наявних способів та потужностей – можливості військових та цивільних закладів охорони здоров'я, різновідомчих міністерств та громадських ініціатив.

Висновки до розділу 2

Дослідження сучасного стану військової системи охорони здоров'я свідчить про те, що важливим питанням створення системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України є постановка самого питання у сфері здоров'язбереження. Поточна нормативно-правова база оперує різними поняттями, які стосуються здоров'я, проте в дефіцитному плані. Саме тому одне із основних питань – це приведення всіх дій під спільний знаменник руху у напрямку розуміння здоров'я як комплексного феномену, суть якого не у задоволенні дефіцитних викликів, а у побудові системи, яка б випереджала виникнення проблем та основні акценти робила б на профілактику, запобігання та людиноцентрованість.

Встановлено, що потенціал ринку надання реабілітаційних послуг в Україні є достатнім для побудови дієздатної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України. Існують реальні передумови задля широкого використання потенціалу ринку надання реабілітаційних послуг системи цивільної охорони здоров'я з надавачами різних форм власності з залученням потенціалу самоорганізації суспільства.

За існуючих умов важливим пріоритетом формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України є: оптимізація та адаптація нормативно-правової бази, формування професійних вимог у рамках підходу компетенцій, незалежна зовнішня оцінка діяльності фахівців, створення прозорої системи добору та призначення відповідних фахівців. Професійне управління кадровою політикою у цій сфері дозволить покращувати якість надання реабілітаційної допомоги та розвивати сферу в цілому.

В умовах збройної агресії РФ в Україні кожний військовослужбовець стає надзвичайно цінним як військовий фахівець, різко зростають вимоги до його працездатності, стійкості та стану його здоров'я. За таких умов підвищується відповідальність медичної служби за якість відбору військових

фахівців за станом здоров'я та психофізіологічними показниками, проведення повсякденного медичного контролю за умовами військової праці, за своєчасне, у разі необхідності, надання медичної допомоги, кваліфіковане лікування, швидку реабілітацію та найскоріше повернення до виконання службових завдань та обов'язків, що в свою чергу ставить питання якості підготовки персоналу системи комплексної реабілітації військового відомства та якості надання реабілітаційних послуг ринку надавачів зазначених послуг охорони здоров'я цивільного населення України. Важливо зазначити, що неправильний підбір та помилкове призначення співробітника є недоцільним з позиції неефективного витрачання коштів, та питань надання некваліфікованої (неповної) допомоги у сфері, яка є чутливою до особистісних стосунків під час роботи із соціально-вразливими групами населення. З цього приводу вкрай важливим стає питання контролю надання зазначених послуг з боку держави та МО України.

Доведено, що роль державної кадрової політики у сфері військової охорони здоров'я значно підвищується у зв'язку зі зміною нормативно-правових основ функціонування Збройних Сил та їх медичного забезпечення, підвищення ролі медичної служби та служби ФВтаСД в охороні здоров'я військовослужбовців та підтриманні боєздатності ЗС України, де державна кадрова політика у сфері військової охорони здоров'я являє собою комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо забезпечення ЗС України висококваліфікованими фахівцями за цим напрямком шляхом реалізації сукупності політичних, економічних, правових та наукових методів і критеріїв роботи з персоналом цієї галузі з обов'язковою розробкою кваліфікаційних вимог, системи критеріїв оцінки професійних якостей фахівців цієї галузі та запровадження механізму тестування останніх при висуненні їх на вищі посади.

Забезпечення постійного оновлення фахівців військової охорони здоров'я та фізкультурно-спортивної реабілітації, дотримання розумного співвідношення молодих та досвідчених медичних кадрів є головним

принципом кадрової політики охорони здоров'я військового відомства. Дотримання цього принципу можливе за умов створення оптимальної професійної та організаційно-штатної структури охорони здоров'я ЗС України.

Доведено, що системний підхід у проведенні реабілітаційних заходів передбачає діяльність мультидисциплінарної команди, що у свою чергу потребує якісної підготовки відповідних фахівців. Мультидисциплінарна команда зокрема профільних фахівців медичного та фізкультурно-спортивного реабілітаційного напрямку у свій склад має обов'язково включати психолога. Це породжує ряд важливих питань щодо сфери підготовки фахівців з психологічної реабілітації, що в умовах участі військовослужбовців у бойових операціях стає вкрай важливим та ставить перед відповідними профільними органами управління важливі питання з організації заходів, підготовки фахівців зазначеного напрямку та кадрової політики. Наразі система морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України носить дещо дефіцитний характер як у плані кадрового забезпечення так і кадрових компетенцій. Це породжує ряд складнощів при організації реабілітації у тому числі. Вирішення цих питань криється у якісному використанні інструментів публічного управління та адміністрування, яке б дозволило узгодити між собою баланс між потребою та можливостями випуску спеціалістів.

Сфера військової освіти з напрямку комплексної реабілітації має бути інтегрована у загальну освіту та адаптована до умов єдиного медичного простору для досягнення мети повного порозуміння між військовими лікарями та цивільними спеціалістами. З цього приводу особливу увагу слід приділити підготовці фахівців з фізкультурно-спортивної реабілітації, адже тільки почалось створення системи фізкультурно-спортивної реабілітації військового відомства.

Особливої уваги потребує фінансування сфери охорони здоров'я України в частині комплексної реабілітації військовослужбовців в цілому та військового відомства зокрема. Існуючим законодавством з питань охорони

здоров'я в Україні не змінюється порядок фінансування військової охорони здоров'я, а в системі охорони здоров'я цивільного населення України взагалі відсутній пакет НСЗУ з надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям-учасникам бойових дій, а щодо військових закладів охорони здоров'я, то їх статус досі не змінено. Це призводить до значного дефіциту надавачів послуг з комплексної реабілітації військовослужбовців та нераціональному розподілу коштів за цим напрямком, робить неможливим використання цивільної реабілітаційної та фізкультурно-спортивної матеріально-технічної бази в інтересах військової охорони здоров'я.

Загалом, можна стверджувати що стан системи охорони здоров'я в Україні не у повній мірі відповідає потребам суспільства та вимогам часу, що викликає необхідність її реформування з метою наближення до європейських стандартів шляхом здійснення системного реформування галузі, спрямованого на створення системи, орієнтованої на пацієнта та спроможної забезпечити потреби всіх громадян України, постраждалих від агресії РФ та створити дієздатну систему комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України на рівні розвинутих європейських держав.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Військова агресія росії та активні військові дії сприяли розвитку реабілітаційних послуг в Україні, але війна виявила деякі недоліки в організації надання цих послуг військовослужбовцям-учасникам бойових дій, що свідчить про необхідність застосування сучасних підходів, створення простору для реабілітації. Сьогодні в Україні спостерігається дефіцит координації надання реабілітаційних послуг, низький ступінь задоволеності, складна та неефективна мережа закладів, здійснення дій без обґрунтування їх ефективності, відсутність послуг у громаді. рівень і відсутність довгострокової стійкості щодо реабілітації.

На наше переконання, система комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій покликана вирішувати не тільки завдання забезпечення обороноздатності держави, а також і вимоги суспільства у компенсації завданої йому соціально-економічної і моральної шкоди під час ведення оборонної операції, тому і потребує публічних форм регулювання.

Для подальшого дослідження шляхів оптимізації системи публічного управління формування реабілітаційного простору військовослужбовців-учасників бойових дій у системі єдиного здоров'язбережувального простору охорони здоров'я населення України, виникає необхідність обґрунтування основних принципів і шляхів формування системи комплексної реабілітації ЗС України та викладу їх у вигляді відповідної Концепції.

На вимогу сьогодення концепція оптимізації публічного управління формування реабілітаційного простору військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України (далі – Концепція) передбачає створення такої моделі системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України, яка

дозволить виконати покладені на органи галузі військової охорони здоров'я відповідні завдання.

Досягнення даної мети обумовлює розв'язання низки завдань:

- визначити основні тенденції реформування військової охорони здоров'я;
- Провести моніторинг проблем організації та проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі медичного забезпечення ЗС України;
- обґрунтувати доцільність формування кадрового потенціалу, залученого до організації та проведення комплексної реабілітації учасників бойових дій у системі військової охорони здоров'я;
- виявити сучасні схеми, методики організації і проведення комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України та сформувати критерії компетентності посадових осіб залучених до формування реабілітаційного простору;
- дослідити професійну модель сучасного фахівця стратегічного управління системою комплексної реабілітації ЗС України;
- визначити чинники, які впливають на формування сталого реабілітаційного простору військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України;
- на основі отриманих результатів сформулювати науково-практичні рекомендації щодо вдосконалення публічного управління створення системи комплексної реабілітації ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, запропонувати конкретні механізми й заходи.

3.1 Моніторинг проблем організації та проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України, визначення

напрямів проектування розбудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

Реабілітація – це один з найважливіших видів послуг з охорони здоров'я на всіх етапах життєвого циклу, яка має за мету повернути працездатність та функціонування належним чином і знову адаптувати його до можливої повної потужності повсякденного функціонування у їхньому середовищі (що стосується військовослужбовців – до виконання завдань за призначенням). З 2021 року реабілітаційна допомога запроваджена в пріоритетних пакетах Програми медичних гарантій.

Як зазначалось раніше, однією з головних завдань реформування ЗС України на сьогоднішній день є об'єднання спроможності і зусиль медичних служб силових відомств та системи охорони здоров'я цивільного населення задля досягнення мети збереження життя і здоров'я військовослужбовців. Для вирішення зазначених завдань виникла необхідність створення сталої системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору системи охорони здоров'я населення України.

Системний аналіз літературних джерел українських авторів, викладений нами у першому розділі дисертаційного дослідження, вивчення генезу сучасного стану і перспектив розвитку ЗС України, механізмів публічного управління системою військової охорони здоров'я в частині набуття спроможності системою комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України, аналітичний розгляд та обґрунтування яких представлено у другому розділі роботи, – дають підстави стверджувати, що реабілітаційна допомога базується на логіці Міжнародної таксономії функціональних обмежень життя та здоров'я, принципах доказової медицини та найкращому міжнародному досвіді, проводяться за певною технологією з досягненням конкретних результатів на кожному з етапів реабілітації (гострому, підгострому та віддаленому періоді) та бути доступною для всіх, хто її потребує.

Перед тим як перейти до визначення проблем формування системи

комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України, доцільно, на нашу думку, визначитись з термінами «реабілітаційна допомога».

Так у Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» під поняттям «реабілітаційна допомога» розуміють «діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, спрямованих на функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі» [241].

Багатоплановість і широке використання категорії “реабілітаційна допомога”, де медична складова є невід’ємною частиною комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України та головним чинником організації заходів комплексної реабілітації в гострому та підгострому періодах, що надається відповідними медичними працівниками в реабілітаційних закладах та реабілітаційних відділеннях охорони здоров'я України відповідно встановлених протоколів лікування, а у довготривалому реабілітаційному періоді – виконує лише 10% завдань комплексної реабілітації комбатантів, потребує розгляду всього спектру поставлених перед системою комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України завдань. Вирішення їх можливе лише при виконанні командуванням, особовим складом та іншими службами, у тому числі й медичною службою ЗС України, всього комплексу військово-соціальних, медико-соціальних та військово-медичних заходів, визначених керівними документами ЗС України, серед яких:

Військово-соціальні заходи (умови) – створення командуванням, службами логістики та іншими службами ЗС України всебічного забезпечення можливостей покращувати і зміцнювати здоров'я військовослужбовців, членів сімей та інших категорій громадян, медичне обслуговування яких в закладах охорони здоров'я МО України передбачено чинним законодавством. У результаті проведення військово-соціальних заходів досягається подовження тривалості професійного довголіття військовослужбовців й

очікуваного життя забезпечуваних контингентів, зниження рівня показників смертності (у тому числі і передчасної) та інвалідності.

Медико-соціальні заходи мають профілактичне спрямування на запобігання виникнення професійних та неінфекційних захворювань, отруєнь, уражень і травм, пов'язаних із впливом несприятливих факторів оточуючого середовища, запобігання виникнення та розповсюдження інфекційних і паразитарних хвороб серед особового складу, підвищення захисних резервів організму військовослужбовців. Здійснюються спільними зусиллями командування та медичних фахівців шляхом організації та проведення протиепідемічних та санітарно-гігієнічних заходів, розробки та проведення оздоровчих заходів для військовослужбовців та інших прикріплених контингентів. Метою медико-соціальних заходів є задоволення потреби особового складу ЗС України у медичній допомозі.

Військово-медичні заходи – надання медичною службою ЗС України адекватної медичної допомоги (у даному контексті під медичною допомогою розуміється лише діагностика та лікування, що складаються з медичних втручань або послуг, які включають у себе фармакотерапію, процедури, реабілітацію та консультування) з метою зміцнення, підтримання й відновлення фізичного і психічного здоров'я. Результатом проведення даних заходів стосовно одного конкретного хворого є видужання або поліпшення стану здоров'я. Стосовно військових колективів – зниження рівня захворюваності та позитивна зміна його тенденції, зменшення числа осіб, які мають хронічні захворювання, і зростання кількості абсолютно здорових осіб тощо.

Враховуючи наведене, можемо зробити висновок, що розбудова та функціонування системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України, проектування сил та засобів для формування реабілітаційного простору та ефективного управління в різних умовах діяльності військ обумовлюється низкою чинників, головними з яких є: соціально-економічні, військово-спеціальні, медичні та освітньо-наукові, а також традиції, які

історично сформувалися у системі військової охорони здоров'я. Тому для створення сталої системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС в єдиному медичному просторі населення України виникає необхідність детального вивчення методики проектування реабілітаційного простору провідних зарубіжних країн задля використання цього досвіду у відпрацюванні стратегічного планування формування та розвитку зазначеної системи, що неможливо без розвитку наукового сектору зазначеного напрямку СВОЗ МО України.

Сьогодні реабілітація стала окремою дисципліною, яка має власне спеціальне поле досліджень – сингенетичні механізми в їх біосоціальній єдності, що враховано при організації реабілітації на державному рівні, де в рамках повноважень Кабінету Міністрів України визначено здійснення управління єдиною системою реабілітації, спрямування, координація та контроль діяльності органів державної влади та інших органів виконавчої влади у сфері реабілітації (Закон України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я”).

Процес оптимізації потенціалу військової охорони здоров'я обумовлюється, на думку автора, передусім тим, що медичні ресурси даного відомства обмежені за величиною. Можна говорити про їх вичерпність, яка теоретично визначається рівнем такого порогового навантаження на них. Тому, задля досягнення стратегічної мети збереження здоров'я військовослужбовців та максимальної ефективності медичного забезпечення військ є вкрай необхідним об'єднання зусиль і можливостей медичних служб як військової, так і цивільної системи, інтеграція системи медичного забезпечення військових в єдиний медичний простір України призводить до комплексного та ефективного використання ресурсів закладів охорони здоров'я, незалежно від форму власності надавачів реабілітаційних послуг, розташованих на відповідній території. Наведене закріплено у положенні Воєнно-медичної доктрини України, затвердженої постановою КМ України від 31 жовтня 2018 р. № 910 [101] та є основою для розроблення нормативно-

правових актів та керівних документів з питань медичного забезпечення Збройних Сил та інших військових формувань.

Таким чином, вирішення актуальних проблем сьогодення формування ринку надання реабілітаційних послуг населенню України, постраждалого в результаті військової агресії РФ, де військовослужбовці ЗС України також є користувачами зазначених послуг, потребує публічних форм регулювання, а для розвитку реабілітації військових в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України необхідні рішення на державному рівні.

Для більш детального визначення існуючих недоліків формування системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України, з відпрацюванням напрямів проектування розбудови зазначеної системи в рамках військової охорони здоров'я, вважаємо за необхідне врахувати пропозиції ВООЗ щодо міжнародних ініціатив, спрямованих на збільшення обсягів реабілітації на національному рівні. У зв'язку з цим у документі «Recovering – 2030: A Call to Action» визначено 10 напрямів пріоритетних дій, які слід посилити для зміцнення систем охорони здоров'я та надання реабілітаційних послуг, ці напрямки було реалізовано у 2019 році, керівний принцип «Recovering in Health: посібник до дії», де описано рекомендації щодо впровадження, вдосконалення та фінансування системи надання реабілітаційних послуг. Для системного підходу до вирішення зазначених завдань ВООЗ пропонує загальну структуру реалізації системи реабілітації, яка включає:

- стратегічне керівництво і лідерство: правила, положення, плани та процедури впровадження, процеси планування, співпраці та координації з метою розробки програм реабілітації.;
- фінансування: відсоток витрат на реабілітацію в загальній вартості медичних послуг; спосіб фінансування та оплати послуг;
- кадрові ресурси: кваліфіковані медичні працівники у сфері реабілітаційної медицини, терапії та догляду;

- надання послуг: медичні служби та організації, що займаються реабілітаційними послугами в спеціалізованих лікарнях і відділеннях; у лікарнях; у закладах первинної медичної допомоги та на рівні громади;
- лікарські засоби і технології: ліки, процедури та допоміжні засоби, які зазвичай використовуються в реабілітації;
- інформаційні системи охорони здоров'я: дані в ЄСООЗ з реабілітації

Так, враховуючи наведене та висновки аналізу сучасного стану військової охорони здоров'я, досвіду організації і проведення миротворчих операцій Північноатлантичного альянсу, організації медичного забезпечення армій провідних Європейських країн та США, представлених у другому розділі дисертаційної роботи, можемо визначити основні проблемні питання щодо формування системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, а саме:

- лідерство і стратегічне керівництво: не визначено на рівні МО України орган стратегічного управління системою комплексної реабілітації ЗС України, що не дає можливості створення відповідного нормативно-правового поля для об'єднання спроможності системи медичного забезпечення ЗС України та потенціалу охорони здоров'я цивільного населення задля досягнення мети створення сталої системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України;
- фінансування: вже очевидно, що сама держава не в змозі покрити всі витрати, які галузь медицини змушена пред'являти, піклуючись про якість реабілітаційних послуг, пов'язаних із значним збільшенням потоків пацієнтів в результаті проведення активних бойових дій, тому під час планування частки витрат слід керуватись принципом першочерговості та ефективності з точки зору реалізації стратегічного плану за цим напрямком, що на сьогодні стає неможливим у зв'язку з його недофінансуванням на теперішній час; разом з цим війна з росією дала поштовх для реформ в цивільній реабілітаційній

медицині та їх фінансування рамках державних медичних гарантій, показала потенціал самоорганізації суспільства, у тому числі її матеріально-технічної та фінансової складової. Разом з цім, ефективне використання зазначеного ресурсу в інтересах військової охорони здоров'я неможливе з причин недоліків нормативно-правового та організаційно-штатного сектору військового відомства з формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, вирішальним з яких є відсутність органу МО України стратегічного рівня з відповідними нормативно-творчими та координаційними функціями;

- кадрові ресурси: окрема проблема – брак військових спеціалістів, що володіють сучасними знаннями і навичками у сфері реабілітації; спеціальність ерготерапія (призначені для підвищення, збереження або розвитку здатності брати участь у повсякденній діяльності, спроможності виконувати свої службові обов'язки, тощо), яка є ваговою складовою реабілітаційних заходів у військово-медичних закладах, та базовою науково-інформаційною основою для організації реабілітації на рівні військових підрозділів, з'явилася на папері лише декілька років, а у системі підготовки військових фахівців відсутня і до сьогодні, що привело до браку фахівців зазначеного напрямку у системі військової охорони здоров'я, а це в свою чергу спричинило ситуацію, яка не дає можливості проведення ефективних реабілітаційних заходів у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд медичних закладів військового відомства та повноцінного проведення заходів комплексної реабілітації у довготривалому реабілітаційному періоді; у системі військової охорони здоров'я катастрофічно бракує фахівців фізичної реабілітації, у військових шпиталях немає посад фізичних терапевтів, ерготерапевтів тощо, що не дає можливості створення у військових шпиталях повноцінних мультидисциплінарних реабілітаційних команд, спроможних надавати кваліфіковану медичну допомогу саме військовим; разом з тим призовників, які мають цивільну освіту з зазначеного напрямку, розміщують на посадах не

пов'язаних з їх фахом; таке положення приводить до несвоєчасного повернення поранених та хворих до бойових частин, тим самим приводить до зниження бойової готовності військових частин;

- надання послуг: враховуючи висновки аналізу сучасного стану ринку надання реабілітаційних послуг, викладеному у другому розділі дисертаційного дослідження, можемо стверджувати, що на вимоги сьогодення в Україні маємо не скоординованість надання реабілітаційних послуг, низький рівень забезпечення потреб, громіздка та неефективна мережа закладів, здійснення втручань без бази їх доказовості, недосконалість нормативно-правової бази України з питань організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України в рамках охорони здоров'я населення України, що не дає можливості ефективного використання потенціалу охорони здоров'я цивільного населення України за цим напрямком в інтересах медичного забезпечення ЗС України; система комплексної реабілітації військової охорони здоров'я не має єдиного органу управління та проводиться за окремими планами Командування медичних сил, та органів військового управління в частині, що їх стосується, де відсутній єдиний підхід до організації зазначених заходів, не розроблені реабілітаційні маршрути та не впроваджено в практику діяльності відпрацювання індивідуального реабілітаційного плану військовослужбовця. Потребує вдосконалення проведення заходів диспансеризації в бік організації фізичної реабілітації особового складу ЗС України та медичного супроводу комплексної реабілітації військовослужбовців у віддаленому періоді зі своєчасною реалізацією індивідуальних планів оздоровчих та лікувально-профілактичних заходів для кожного військовослужбовця окремо, та посилення контролю за повнотою виконання оздоровчих заходів для усіх груп військовослужбовців. Існуючи загально-організаційні, медико-організаційні і науково-методичні недоліки значною мірою знижують ефективність диспансеризації особового складу ЗС України та не дають можливості організації та ефективного проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців у

віддаленому періоді, серед яких формалізм в організації поглибленого медичного обстеження і динамічного диспансерного нагляду, шаблонний підхід до визначення обсягу досліджень і динамічного нагляду; неефективна робота з особами, що мають чинники ризику; відсутність програмно-цільової спрямованості та синхронізації з методиками і програмами диспансеризації МОЗ України; незначна роль дільничного (сімейного) лікаря у проведенні диспансеризації членів сімей військовослужбовців та організації заходів реабілітації військовослужбовців та членів їх сімей. Серед основних науково-методичних недоліків вважаємо: відсутність наукових досліджень проблем диспансеризації і координації структури для узагальнення, аналізу і розповсюдження передового досвіду; відсутність наукових напрацювань для впровадження комп'ютерних технологій для створення баз даних у територіальних управліннях на військовослужбовців, що підлягають диспансерно-динамічному нагляду; створення реєстру осіб, які потребують проведення високотехнологічних досліджень та індивідуальних носіїв медичної інформації для військовослужбовців; узагальнення обліку та медико-статистичного аналізу стану здоров'я, профілактичної роботи і реабілітаційних заходів на базі інформаційних технологій.

- Матеріально-технічні засоби, технології, ліки та допоміжні засоби загального користування в реабілітації. Не менш важливою складовою у формуванні реабілітаційного простору військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України є матеріально-технічна складова зазначеної галузі, яка потребує розвитку в першу чергу в системі підготовки та повсякденної діяльності військ, на основі науково обґрунтованих реабілітаційних технологій за умови впровадження їх у сферу діяльності військової охорони здоров'я, з обов'язковим відпрацюванням реабілітаційних маршрутів та протоколів з забезпеченням медичного супровідну комплексної реабілітації у довготривалому реабілітаційному періоді;

- інформаційні системи охорони здоров'я: Єдиної бази даних військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України, яка б могла

забезпечити повідомлення і переадресацію інформації про комбатанта та його індивідуальні потреби в послугах комплексної реабілітації за місцем проживання (служби) між уповноваженими органами МО України, органами охорони здоров'я цивільного населення України (реабілітаційними закладами) та місцевими соціальними службами немає; недостатньо сформований науковий сектор в частині організації та проведення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації. Глобальність і актуальність проблеми зумовили необхідність ґрунтовних досліджень феномена здоров'я людини (військовослужбовця) і його складників, пошуку способів позитивного впливу на нього, де головна мета – це формування у військовослужбовців-учасників бойових дій правильного погляду на навколишній світ і адекватного ставлення до нього з боку зміцнення здоров'я, а механізм – це своєчасна подача необхідної і достовірної інформації.

Враховуючи специфіку системи військової охорони здоров'я, де з одного боку, вона є складовою частиною національної системи охорони здоров'я, а з іншого – невід'ємною складовою військового відомства держави, головним призначенням якої визначено збереження, зміцнення та відновлення здоров'я військовослужбовці ЗС України в умовах бойових дій, кризових ситуацій і повсякденної діяльності, де ефективне функціонування її складової, системи комплексної реабілітації, неможливе без відпрацювання в МО України єдиного підходу щодо умов надання реабілітаційних послуг в існуючих реаліях ринкових взаємовідношень та чіткого визначення відповідальності за управління зазначеною системою. Кінцевою метою здійснення зазначених реабілітаційних заходів повинно стати максимальне відновлення рухової і функціональної спроможності окремо взятого військовослужбовця якої він зазнав або може зазнати внаслідок загострення (ускладнення) перебігу хвороби або отриманих під час виконання службових обов'язків травм (поранень) до відповідного рівня фізичної спроможності, яка

дозволяє виконувати бойові та інші завдання за призначенням згідно вимог сучасного бою. З огляду наведеного можемо стверджувати, що:

- провідна роль у досягненні кінцевої мети реабілітації належить фізичної терапії, а в системі військової охорони здоров'я здійснюються засобами фізкультурно-спортивної реабілітації та відноситься до сфери діяльності системи фізичного виховання та спортивної діяльності. Ефективність організації заходів комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в певній мірі залежить від злагоджених дій системи медичного забезпечення та системи ФВтаСД ЗС України, що в свою чергу потребує відпрацювання нормативно-правового забезпечення міжвідомчої взаємодії;

- існує гостра необхідність доопрацювання нормативно-правового забезпечення міжвідомчої взаємодії між МО України і державними відомствами щодо спільних дій в напрямку формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України в єдиному медичному просторі охорони здоров'я цивільного населення України;

- для розвитку ринку реабілітаційних послуг військовослужбовців ЗС України є необхідність формування цілеспрямованого впливу з боку держави на створення таких суспільних умов, які б, у свою чергу, створювали достатній мотиваційний базис для формування відповідного реабілітаційного простору в межах охорони здоров'я цивільного населення України, що в свою чергу потребує наявності відповідного органу стратегічного рівня МО України з функціями формування політики військового відомства у сфері реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору населення України.

Слід зазначити, що високий ступінь захворюваності може бути наслідком як погіршення стану здоров'я, так і належного функціонування системи охорони здоров'я та наявності медичних ресурсів та реабілітаційної допомоги, яка обумовлюється розвитком мережі відповідних закладів та технологій, функціонуванням системи моніторингу стану здоров'я,

кваліфікацією відповідного персоналу та іншими факторами.

Моніторинг стану здоров'я військовослужбовців ЗС України, які дислокуються у пунктах постійної дислокації та знаходяться у зоні виконання завдань за призначенням проводився за матеріалами статистичних звітів за формою 2/Мед (медичний звіт військової частини (корабля), закладу, з'єднання, об'єднання за рік) та частково 1/Мед – донесення по медичній службі за період року (місяць, квартал, півріччя, 9 місяців), встановлених Табелем термінових донесень з медичної служби (№7) окремо для військовослужбовців строкової служби, військовослужбовців за контрактом і офіцерського складу.

При цьому слід підкреслити, що найбільш важливими параметрами оцінки стану здоров'я військовослужбовців є наявність або відсутність хронічних захворювань, а для підтримання бойової готовності підрозділу – оцінка стану здоров'я військовослужбовців за показниками захворюваності фізичного розвитку. Тому для планування та організації заходів комплексної реабілітації військовослужбовців, які потребують динамічного диспансерного нагляду важливим є проведення диспансеризації особового складу ЗС України, яка відіграє надзвичайно важливу роль у процесі підвищення рівня здоров'я особового складу силового відомства.

Як відомо, диспансеризація – це науково обґрунтована система профілактичних, лікувальних і оздоровчих заходів, спрямованих на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення. Повною мірою це відноситься й до військової охорони здоров'я, де диспансеризація на сьогоднішній день перетворилася в одну із основних складових системи лікувально-профілактичного медичного забезпечення та основою планування заходів комплексної реабілітації, основними завданнями якої, відповідно нормативних документів КМС ЗС України є:

- виявлення хворих на ранніх стадіях захворювань;
- своєчасна реалізація індивідуальних планів оздоровчих та лікувально-профілактичних заходів для кожного військовослужбовця;

- контроль за повнотою виконання оздоровчих заходів для усіх груп військовослужбовців.

Нажаль, за висновками дисертаційного дослідження, проведення зазначених заходів має ряд загально-організаційних, медико-організаційних і науково-методичних недоліків, які значною мірою знижують ефективність організації та проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України.

Серед загально-організаційних недоліків основними є наступні:

- самоусунення командирів від вирішення питань охорони здоров'я особового складу та організації диспансеризації;

- результати диспансерної роботи не входять у комплексну оцінку військової частини (значить і командира), а впливають тільки на висновок про рівень медичного забезпечення;

- не визначено завдання щодо розроблення Індивідуального реабілітаційного плану, який повинен узгоджується членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди після обстеження особи кожним членом МРК та затверджується лікарем ФРМ (Додаток В).

Серед основних науково-методичних недоліків виокремимо наступні:

- відсутність наукових досліджень проблем диспансеризації в частині організації та проведення заходів комплексної реабілітації для узагальнення, аналізу і розповсюдження передового досвіду;

- відсутність наукових напрацювань для впровадження комп'ютерних технологій для: створення баз даних у територіальних управліннях на військовослужбовців, що підлягають диспансерно-динамічному нагляду та проведенні заходів комплексної реабілітації; створення в центрі реєстру осіб, які потребують проведення високотехнологічних досліджень та інноваційних методів проведення комплексної реабілітації та закладів охорони здоров'я цивільного населення, які включені до переліку закладів-надавачів реабілітаційних послуг військовослужбовцям ЗС України; створення індивідуальних носіїв медичної інформації для військовослужбовців,

узагальнення обліку та медико-статистичного аналізу стану здоров'я, профілактичної роботи та результатів проведення комплексної реабілітації на базі інформаційних технологій.

Наразі, вкрай важливим для підтримання бойової готовності підрозділу та планування військових операцій є відновлення фізичних можливостей військовослужбовців, зарахованих до відповідних груп лікувальної фізичної культури (ЛФК), до показників повноцінного виконання покладених на них відповідно займаної посади функціональних обов'язків. Це завдання покладено на систнму фізкультурно-спортивної реабілітації та проводиться у визначені керівними документами терміни відновлення, що в свою чергу потребує визначення завдань та терміну їх виконання для кожного етапу реабілітації окремо. Законом України «Про фізичну реабілітацію в сфері охорони здоров'я», визначено – ФРМ – це процедура застосування комплексу реабілітаційних заходів, що включає профілактику, діагностику, лікування та реабілітаційне ведення осіб різного віку з порушеннями здоров'я, що призводять до обмеження їх повсякденної життєдіяльності, обмеження їх життєдіяльності, супутніх захворювань, а також зосереджується на порушенні та впливі особистого фактора та чинника середовища на функціонування людини та її участь у житті, усі з яких спрямовані на сприяння її фізичним та когнітивним можливостям (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) та модифікація особистісних факторів і факторів середовища [241].

Основною відмінністю реабілітаційного процесу в ФРМ є те, що він забезпечує організацію та контроль надання реабілітаційних послуг на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеженої життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (International Classification of Functioning Disability and Health, ICF) — це система класифікації компонентів функціональності та обмежень життєдіяльності. ICF розглядається як взаємодія між навколишнім середовищем і станом здоров'я людини, в результаті класифікатор підвищує розуміння стану здоров'я, сприяє більш ефективному плануванню лікування та реабілітації та створює послуги для людей з хронічними захворюваннями.

захворювань чи інвалідності, що має значення для військового обліку поранень та якості виконання реабілітаційних заходів.

Інша важлива особливість ФРМ – це організація реабілітаційної допомоги фахівцями що об'єднані у мультидисциплінарну реабілітаційну команду (МДРК), організованих за єдиними принципами та на засадах доказової реабілітації з визначенням рамкових вимог щодо навантаження і організації роботи зазначеної команди та загальних принципів взаємодії фахівців з реабілітації з медичними працівниками нер реабілітаційних професій згідно Постанови КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [113]. Згідно закону України «Про фізичну реабілітацію в сфері охорони здоров'я», – «МДРК – це організовано оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах» [241]. Кожен член МДРК проводить реабілітаційне обстеження, бере участь у встановленні мети та завдань реабілітації, планує та реалізує свою програму терапії таким чином, щоб заходи програми могли б одночасно доповнювати та посилювати дію один одного. Лікар ФРМ надає медичну лікарську допомогу, контролює медичну складову реабілітації та координує дії членів МДРК.

Відповідно Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я”, до складу МДРК входять лікар ФРМ, фізичні терапевти та ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, протезисти, ортезисти, психологи та психотерапевти, медсестри (мед брати) з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів. За потреби – лікарі інших спеціальностей, соціальний працівник, інші фахівці.

Разом з цим слід зауважити, що така складова комплексної реабілітації системи охорони здоров'я військового відомства, як система фізкультурно-спортивної реабілітації в умовах сьогодення знаходиться на етапі формування, що в свою чергу потребує негайного вирішення існуючих загально-

організаційних, медико-організаційних та науково-методичних завдань, які визначені на основі недоліків системи фізичного виховання та спортивної діяльності ЗС України, систематизованих у «Концепції розвитку фізичної підготовки і спорту в системі Міністерства оборони України», а саме:

- недосконалість процедури прогнозування розвитку фізичного виховання і спорту, незавершеність розробки законодавчих і правових норм з питань функціональності та вдосконалення системи фізкультурно-спортивної реабілітації;

- недостатня ефективність керівництва та організації процесом фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців-інвалідів та їх колег, а також засоби, методи і форми її проведення забезпечуватимуть належний рівень участі у сфері фізичного виховання і спорту, у тому числі кадровий та організаційний. питання програм фізичного виховання і спорту військовослужбовців, а також спеціалізованих підрозділів (груп, служб, відділень, циклів тощо) у військових організаціях (НЦ, ВВНЗ, ВВП ЗВО, ЗФПВО);

- неповна відповідність змісту системи фізичної підготовки і спорту у частині збереження здоров'я особового складу, особливо проведення заходів фізкультурно-спортивної реабілітації сучасний досвід бойового та оперативного навчання військ (сил), їх застосування у бойових діях, локальних суперечках, антитерористичних та міжнародних операціях, що сприяють миру та безпеці, стандарти членів НАТО, включаючи врахування особливостей під час створення та застосування нової зброї та військової техніки;

- необхідність удосконалення процедури централізованої перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів фізичної реабілітації та спортивної медицини системи Міноборони та інших установ безпеки і оборони держави, зокрема, є очевидною в системі оборонних відомств країн НАТО;

- недосконалість взаємодії між замовниками системи Міноборони та структур сектору безпеки і оборони України з ВВНЗ (ВВП ЗВО, ЗФПВО, ВЛ),

НЦ на підготовку кадрів зазначеного напрямку для їх потреб;

- недосконала система координації, а також взаємодія між органами управління фізичним вихованням і спортом усіх рівнів, управління фізичним вихованням і спортом військових частин і національних центрів, спеціалізованих наукових підрозділів і відділень (циклів, предметно-методичних комісій, далі – ПМК, ВВНІ, ВНП ЗВО, ЗФПВО).;

- недостатній рівень знань військовослужбовців щодо збереження особистого здоров'я;

- недостатнє фінансування наукових досліджень, невідповідність системи впровадження результатів досліджень у практику діяльності сфери фізичної підготовки і спорту сучасним вимогам;

- недостатнє бюджетне фінансування, неефективне залучення позабюджетних коштів до сфери фізичної підготовки і спорту особового складу;

- відсутність механізму інвестування у розвиток системи фізкультурно-спортивної реабілітації.

Враховуючи наведене, можемо стверджувати, що систему військової охорони здоров'я можна трактувати як комплекс взаємопов'язаних органів військового управління, служб, що забезпечують всебічну підтримку воїнів (сил), організацій і ресурсів, які певним чином залучаються до зміцнення здоров'я воїнів та профілактики захворювань, а також при ослабленні фізичних і психічних можливостей воїнів, зобумовлених способом життя, біологічними чинниками, станом навколишнього середовища, обсягом і якістю медичної допомоги, обсягом фізичного навантаження під час проведення занять з фізичної підготовки та спортивно-масової роботи, психо-фізичні навантаження під час виконання завдань за призначенням та ін. Враховуючи наведене, можемо говорити про те, що власне медичні чинники обумовлюють в середньому лише близько 10% всього комплексу негативних впливів на здоров'я військовослужбовців.

Як наслідок, сьогодні створення комплексної системи військової

охорони здоров'я в Україні є не лише прямим впливом військової науки. Реалізація стратегічних завдань військової охорони здоров'я у Збройних Силах України у напрямку створення функціональної системи комплексної реабілітації можлива лише за умови міждисциплінарного підходу. Медична служба Збройних Сил України може лише опосередковано впливати на фактори, що впливають на здоров'я особового складу військ (сил). В першу чергу він відповідає за розробку ідей, впровадження методів, підтримку структур та контроль за іншими видами Збройних Сил України щодо питань охорони здоров'я.

Проведення заходів комплексної реабілітації неможливо без психологічної складової, яка в загальній системі комплексної реабілітації ЗС України поділяється на надання послуг з психологічної корекції та лікування психологічних коморбідних станів. Участь у складі МДРК психологів та психо-терапевтів носить характер фахового супроводу заходів що здійснюються відповідно індивідуального реабілітаційного плану військовослужбовця за рахунок надання рекомендацій медичним працівникам здійснення фармакологічного впливу та корегування спланованих для військовослужбовців з ПТРС заходів фізкультурно-спортивної реабілітації.

Разом з тим, в умовах сьогодення, коли система комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України знаходиться на етапі формування, зазначені заходи проводяться за окремим планом Головного Управління МПЗ відповідно Наказу МО України від 09.12.2015 року № 702 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗС України» (37). Висновки за результатом проведення спланованих ГУМПЗ заходів не враховуються під час проведення фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців ЗС України та членів їх сімей.

На думку дисертанта, складність управління системою охорони військової здоров'я обумовлюється тим, що: процес управління відбувається в рамках різноманітних організаційних систем; впливає на об'єкти управління з різнобічними функціями, які, в свою чергу, характеризуються складними

критеріями; включає в себе численні функціональні операції і процедури, що виконуються у відповідних структурних підрозділах із складними управлінськими взаємовідносинами. Схематичне узагальнення вказаних причин щодо складності управління системою комплексної реабілітації ЗС України в сьогоднішніх умовах особливого періоду наведено в Додатку Г.

Як видно з Додатку Г переважну більшість проблем, що пов'язані з управлінням системою комплексної реабілітації військово відомства, можна уникнути при наявності відповідно підготованого керівного складу що залучається до організації зазначеного процесу, який ще при розробленні стратегічної програми діяльності та розвитку медичної служби міг би передбачити та уникнути ряд проблем та недоліків в очікуваному майбутньому. Отже керівний склад (який підготовано на вимогах сьогодення) є важливим елементом системи військової охорони здоров'я України.

За результатами аналізу діяльності та управління системою охорони здоров'я військового відомства України, які викладено у попередніх розділах дисертаційного дослідження, нами був зроблений висновок про необхідність реорганізаційних змін у системі медичного забезпечення особового складу ЗС України та системі фізичного виховання і спортивної діяльності ЗС України в напрямку формування системи комплексної реабілітації, за рахунок усунення наступних організаційно-штатних недоліків:

1. Відсутність науково обґрунтованого комплексного підходу щодо формування системи комплексної реабілітації ЗС України у єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України;

2. Існуюча система комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ЗС України побудована на різновідомчих принципах, де чітко не визначено відповідальність за управління комплексною реабілітацією у системі військової охорони здоров'я;

3. Не сформована дієздатна система фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців ЗС України;

4. Не відпрацьовано єдиний підхід щодо умов надання реабілітаційних

послуг в існуючих реаліях ринкових взаємовідношень;

5. Відсутня система підготовка та перепідготовки фахівців з фізкультурно-спортивної реабілітації для військового відомства;

6. Зважаючи на важливу роль впровадження в медичну діяльність сучасної доказової медицини і системи управління якістю за міжнародними та національними стандартами, потрібно вживати відповідні заходи щодо оптимізації медико-організаційних етапів, надання статусу лікаря сімейної медицини загальної практики військовим лікарям ФРМ та фізичному терапевту, формування єдиного діагностичного маршруту для пацієнта.

3.2 Сучасна методика проектування розбудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України

Виявлені у процесі дослідження недоліки публічного управління формуванням реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України у рамках єдиного медичного простору населення України стали підставою для визначення основних напрямів розвитку системи публічного управління за цим напрямом на період 2023–2028 рр. Основну увагу нами було приділено реформуванню організаційно-штатної структури військового відомства в напрямку створення управлінської ланки стратегічного і оперативно-тактичного рівня системи комплексної реабілітації ЗС України з підбором та призначенням відповідно підготованих на вимоги сьогодення керівників, гармонізації правового регулювання в системі військової охорони здоров'я за європейськими стандартами та створенню логістичної системи комплексної реабілітації ЗС України в рамках єдиного медичного простору населення України.

У ролі основних принципів організаційного проектування, реструктуризаційних процесів та управління при концептуальному обґрунтуванні схеми-моделі системи комплексної реабілітації військового

відомства були визначені: верховенство права; пріоритетність удосконалення профілактичного забезпечення; інтеграція з мережею національної та відомчих систем охорони здоров'я; створення управлінсько-економічного механізму підвищення якості та контролю якості надання реабілітаційної допомоги; правонаступності фундаментальних теоретичних і практичних положень доктрин національної і військової медицини досвіду та стратегії ВООЗ.

На нашу думку, в якості стратегічних напрямів реорганізаційного проектування з удосконалення управління системою військової охорони здоров'я України в частині формування системи комплексної реабілітації слід визначити наступні.

1. Удосконалення нормативно-правової бази з метою його приведення у відповідність до нових умов функціонування.

2. Інтеграцію служби охорони здоров'я та медичного забезпечення в загальнодержавну, національну систему охорони здоров'я за територіально-функціональним принципом.

3. Моделювання реабілітаційної діяльності з метою створення умов для задоволення потреб у реабілітаційній допомозі.

4. Системно-комплексний підхід щодо відповідного ресурсного, у першу чергу, кадрового забезпечення, спрямованого на формування стратегічного та оперативно-тактичного органу управління системою комплексної реабілітації, удосконалення і підтримку високої професійної підготовки особового складу та оптимізацію лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів та ін. Саме персонал що залучений до системи комплексної реабілітації, а особливо керівний склад стратегічного та оперативно-тактичного рівня, підготований на вимогах сьогодення, є важливим елементом системи військової охорони здоров'я України. Основними вимогами до нового покоління керівників системи публічного управління, на яких базується організація реабілітаційного простору військовослужбовців, окрім здатність успішно вирішувати юридичні,

економічні, політичні та комунікативні питання, а саме бути професійним – все це вимоги високої культури, патріотизму, віри, знання іноземних мов, нових технологій та сучасного менеджменту.

5. Пріоритетність профілактичного забезпечення через переорієнтацію медичної служби на суттєве посилення заходів із запобігання захворюванням, удосконалення процесу диспансеризації та перехід медичної служби на засади загальної лікарської практики (сімейної медицини).

6. Стандартизація реабілітаційної допомоги – впровадження систем управління якістю та системи моніторингу стану здоров'я особового складу.

7. Подальше зміцнення системи фінансування служби охорони здоров'я в напрямку створення дієздатної системи комплексної реабілітації.

8. Формування контрактних відносин у системі надання/отримання реабілітаційної допомоги чи послуги. За цих обставин, система військової охорони здоров'я, як виконавець, подає професійно обґрунтований кошторис необхідних витрат на виконання замовлення. Замовник реабілітаційних послуг в особі відповідного органу управління ЗС України залишає за собою право контролю за якістю надання медичної (реабілітаційної) допомоги чи послуг, доцільністю використання коштів, а також створює дієві механізми для збереження і покращення здоров'я особисто військовослужбовцями. Зазначені механізми повинні бути належним чином врегульовані (тобто мати державну гарантію, обов'язок і відповідальність за його виконання тощо) і враховувати фінансовий вплив на виконання (тобто містити фінансову зацікавленість виконавця). Договірні відносини впроваджуються і між медичними закладами, медичними закладами (персоналом) і пацієнтами, що дозволить, з одного боку, запровадити єдині медико-профілактичні технології, раціонально використовувати наявні ресурси, а з другого, – забезпечити реабілітацію за єдиним клініко-діагностичним маршрутом, що підвищить рівень, якість та сервісність реабілітаційної допомоги/послуги, персональну відповідальність лікаря за пацієнта.

9. Перехід на професійний медичний менеджмент на контрактній основі

(з існуванням механізму підзвітності, де контракти використовуються як інструменти з орієнтацією на результативність роботи: опора на критерії якості роботи, планові завдання і контрольні показники тощо), а також перехід від управління функціональними службами до управління процесами.

10. 1 Забезпечення умов для безперервної післядипломної освіти фахівців, залучених до заходів комплексної реабілітації.

11. Пропагування здорового способу життя.

12. Міжнародне співробітництво.

Ключовою ідеєю створення ефективної системи комплексної реабілітації особового складу ЗС України в рамках єдиного медичного простору населення України є послідовне вирішення пріоритетного завдання підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я даного відомства шляхом удосконалення (перетворення) процесів і структури системи медичного забезпечення та системи фізичного виховання і спортивної діяльності на основі наукових досліджень щодо ефективності запропонованих рішень. Сам же процес управління, фактично, є реакцією на розв'язання управлінських проблем чи ситуацій, які виникають за час функціонування зазначеної системи або досягнення конкретної цілі в межах просторових і тимчасових характеристик. А тому успішна реалізація процесу управління на практиці, потребує дотримання низки вимог (компетентність, інформативність, циклічність, послідовність, врахування психологічних аспектів тощо), що неможливо без значного професійного розвитку та досвіду в системній методології, комплексного підходу до управління, оволодіння технологіями та механізмами управління, особливо стратегічного.

Підводячи підсумок викладеному вище, можна стверджувати, що структурно-процесний підхід до перетворень в управлінні системою

медичного забезпечення та системою фізичного виховання та спортивної діяльності ЗС України дозволить:

- структурно об'єднати всі органи управління, заклади і установи, що функціонально беруть участь у процесі організації та проведення заходів комплексної реабілітації, незалежно від відомчої приналежності;
- забезпечити єдину стратегію формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України в умовах ринку реабілітаційних послуг України незалежно від форм власності;
- ефективно використовувати для надання реабілітаційної допомоги наявну базу лікувальних установ, більш оптимально розвивати інфраструктуру реабілітаційних послуг;
- здійснювати економне витрачання фінансових коштів;
- удосконалити систему підготовки фахівців за напрямком “фізична реабілітація у сфері охорони здоров'я”, тощо.

Як зазначалося вище, основною метою розробки сучасної системи комплексної реабілітації ЗС України є, передусім, ефективне функціонування самої системи охорони здоров'я військового відомства нашої держави. Значення її пріоритету приймається рівнем одиниці. Обґрунтовуючи модель системи комплексної реабілітації ЗС України, ми, звичайно, враховували два види загроз щодо її формування та ефективного функціонування: внутрішні та зовнішні загрози. Третім рівнем є загрози для забезпечення ефективного функціонування системи управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС України щодо їх спільних дій в напрямку організації та проведення заходів комплексної реабілітації. Нашим завданням було визначення пріоритетів ризиків головних загроз для системи управління через проміжний другий рівень.

Таким чином, за допомогою групи матриць парних порівнянь, ми сформували множину локальних пріоритетів, наведених у Додатку Г. Вони передають відносний вплив множини спільних елементів системи управління силами та засобами медичної служби і системи ФВтаСД ЗС України як

складової системи охорони здоров'я відомства, що знаходяться на нижчому рівні списку. Локальні пріоритети демонструють відносну важливість, величину та бажані властивості кожного компонента системи управління силами та засобами медичної служби і системи ФВтаСД ЗС України.

Проведений аналіз дозволив нам стверджувати, що внутрішні загрози мають значно вищий пріоритет (0,75) для системи управління СВОЗ ЗС України у порівнянні із зовнішніми загрозами (0,25).

Серед пріоритетів третього рівня необхідно врахувати той факт, що для внутрішніх загроз, за нашими даними, найбільш пріоритетними є високі ризики невідповідності організаційно-штатної структури медичної служби і системи ФВтаСД та органів управління завданням, які поставлено перед ними (0,329), невідповідність нормативно-правової бази ЗС України зазначеного напрямку (0,197) та невідповідність документів (планування та управління, обліку і звітності) щодо організації системи комплексної реабілітації ЗС (0,184), а серед зовнішніх ризиків переважають незадовільне технічне і технологічне забезпечення (0,254) та значне зростання особового складу, який потребує реабілітації після отримання поранень, травм та погіршення стану здоров'я, пов'язаних з участю у бойових діях (0,249).

Аналіз можливих результатів від впливу ризиків елементів третього рівня на елементи четвертого рівня дозволив нам виділити та оцінити кожний пріоритет усунення (зменшення) ризиків, а саме: удосконалення системи управління ЗС України, як елементу системи державного управління (0,251), законодавчої та нормативно-правової діяльності у сферах організації заходів комплексної реабілітації та управління силами і засобами медичної служби ЗС України (0,245), кадрового менеджменту та підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації персоналу органів управління (0,217). Ситуація, зумовлена невідповідністю нормативно-правової бази військово-медичної служби та системи ФВтаСД ЗС України щодо організації системи охорони здоров'я відомства в частині формування системи комплексної реабілітації залежить від нормотворчої діяльності (0,364), системи управління військами

ЗС України, як елементу системи державного управління (0,285), кадрового менеджменту, а також підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу органів управління (0,187). Невідповідність документів (планування та управління, обліку і звітності) щодо охорони здоров'я та управління системою комплексної реабілітації ЗС України залежить від нормотворчої діяльності у сферах організації охорони здоров'я військового відомства та управління силами і засобами системи комплексної реабілітації ЗС України (0,251), кадрового менеджменту та підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу органів управління (0,222), системи управління військами ЗС України, як елементу системи державного управління (0,189). Технічне та технологічне забезпечення в інтересах ефективної діяльності органів управління військової охорони здоров'я та системи ФВтаСД залежить від фінансово-економічних механізмів забезпечення зазначених систем (0,354), нормотворчої діяльності (0,173) та системи управління ЗС України, як елементу системи державного управління (0,171). Стан здоров'я особового складу військ (військових формувань) залежить від економічних механізмів удосконалення системи управління охорони здоров'я ЗС України (0,227), технічних та технологічних механізмів охорони здоров'я (0,248), а також від наукових досліджень (0,167).

Особливу увагу слід приділяти розгляду проблем щодо альтернативних варіантів (5 рівень) щодо механізмів вирішення проблеми зниження ефективності функціонування СВОЗ ЗС України. Враховуючи великий обсяг інформації, ми зупинимось тільки на двох, найбільш важливих з нашої точки зору, пріоритетах альтернатив ($A_{sm1} - A_{sm32}$) для кожного із механізмів вирішення проблеми зниження ефективності функціонування СВОЗ ЗС України.

Для системи управління ЗС України, як елемента системи державного управління (четвертий рівень) нами встановлені наступні пріоритети: усунення невідповідностей між організаційно-штатними структурами органів управління медичною службою і системою ФВтаСД та завданнями, які стоять

перед ними (0,92), створення триступеневої системи управління силами і засобами зазначених структур (0,89), розмежування функцій, завдань і структур як організаційної, так і функціональних (лікувально-діагностична, санітарно-гігієнічна, постачання матеріально-технічних засобів реабілітаційної спрямованості, організація та проведення заходів фізкультурно-спортивної реабілітації) вертикалей управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС України (0,89). Найбільш важливими при застосуванні економічних механізмів удосконалення системи управління медичною службою є створення (використання) цивільних центрів реабілітації (0,89), удосконалення зв'язку (апаратно-технічної її складової) в системі управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС (0,89), вивчення, узагальнення та впровадження в діяльність органів управління передового практичного та наукового досвіду з важливих питань управління (0,87). Законодавча та нормативно-правова діяльність у сферах організації комплексної реабілітації та управління зазначеними службами ЗС України залежить від своєчасного створення, затвердження та виконання наказів, директив та розпоряджень щодо організації діяльності вказаних вище органів управління ЗС (0,82), обґрунтування нормативів і стандартів діяльності управління відповідних службою ЗС України (0,82), створення принципово нових за змістом планів забезпечення функціонування системи комплексної реабілітації ЗС (довгострокове, середньострокове та короткострокове планування) (0,80), розроблення положень (питань) взаємодії медичної служби ЗС із іншими зацікавленими міністерствами, відомствами та організаціями щодо охорони здоров'я (0,68). Кадровий менеджмент та підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації персоналу органів управління залежать від своєчасного формування кадрового резерву на заміщення посад в органах управління відповідних структур ЗС на всіх її ієрархічних рівнях (0,089), налагодження міжнародного співробітництва у сфері управління системою комплексної реабілітації ЗС під час проведення сумісних (коаліційних) операцій та навчань (0,082), створення відповідної

системи підготовки та перепідготовки персоналу для всіх рівнів системи управління (0,057), проведення нарад та конференцій щодо впровадження нових методів та підходів у діяльність системи управління (0,057). Пріоритетними при виборі технічних та технологічних механізмів є створення сучасної інформаційно-аналітичної та довідкової бази (як елементу інформаційно-аналітичної системи ЗС України) з метою підвищення обґрунтованості управлінських рішень (0,089), впровадження найбільш прийнятних та доцільних моделей управлінських функцій на всіх рівнях (0,079). Ефективність наукових досліджень найбільше залежить від наявності чіткої системи управління заходами реабілітації за конкретними варіантами їх застосування (0,097), вивчення, узагальнення та впровадження в діяльність передового практичного та наукового досвіду з важливих питань управління (0,089), проведення заходів направлених на підвищення функціональної готовності системи управління (0,089).

Нами також визначено індекс узгодженості (IU), який свідчить про порушення числової та транзитивної узгодженості матриці парних порівнянь. Індекс узгодженості може розглядатися як показник “близькості до узгодженості”.

Наприклад, якщо $IU < 0,1$, нас можуть задовольнити судження щодо даної проблеми. Для оберненосиметричної матриці показник повинен мати наступний характер $\lambda_{max} \geq n$.

Разом із матрицями попарних розбіжностей ми отримали критерії визначення узгодженості інформації, які представлені у загальному вигляді в Додатку Д.

Особливо це стосується матриць: рівня 2 – матриця внутрішніх загроз; для рівня 3 – матриця ризиків зниження ефективності функціонування СВОЗ ЗС України; для рівня 4 – матриці механізмів вирішення проблеми зниження ефективності функціонування СВОЗ ЗС України (особливо це стосується системи управління медичною службою ЗС України, як елемента системи державного управління); законодавчої та нормативно-правової діяльності у

сферах охорони здоров'я; кадрового менеджменту, підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу органів управління).

Показники IV та відношення узгодженості для цих матриць також дещо більші, ніж загальноприйняті, щоб бути прийнятною, величина ВУ повинна перевищувати 10%.

Якщо ВУ знаходиться за межами цих діапазонів, теорія МАІ пропонує вам спочатку обговорити своє завдання з другом, а потім оцінити свої міркування в матриці.

З метою визначення глобальних пріоритетів створення системи комплексної реабілітації ЗС України, локальні пріоритети доповнюються пріоритетом пов'язаного з ним критерію вищого рівня, а потім загальна сума множиться на кількість критеріїв, на які впливає елемент. Таким чином, можна визначити глобальну важливість елемента, яка потім використовується для обчислення ваги локальних пріоритетів елемента порівняно з ним, а також з правилами, розташованими на нижчому рівні. Процес триває до самого низу (Додаток Е).

У Додатку Е наведено глобальні пріоритети для рішення рівнів: 3, 4 та 5. Серед глобальних проблем третього рівня ми хочемо зосередити увагу на аспекті високого ризику невідповідності організаційно-штатної структури медичної служби, служби ФВтаСД та органів управління завданням, які поставлено перед ними (0,329) та невідповідність нормативно-правової бази щодо організації комплексної реабілітації ЗС України та управління медичною службою і службою ФВтаСД ЗС України, як складової СВОЗ (0,274) (Додаток Є).

Для механізмів покращення системи управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС (четвертий рівень) заслуговують на увагу такі глобальні пріоритети: законодавча та нормативно-правова діяльність (0,230), система управління зазначеними службами ЗС України, як елемент системи державного управління (0,217), кадровий менеджмент, а також підготовка,

перепідготовка та підвищення кваліфікації персоналу органів управління (0,175) (Додаток Ж).

Глобальні пріоритети альтернатив можна умовно поділити на дві групи. До першої групи віднесимо: цільові програми у сфері створення сучасної СВОЗ України та її складової системи комплексної реабілітації (0,050), створення триступеневої системи управління системою комплексної реабілітації (0,042), розмежування функцій, завдань та структур як організаційної, так і функціональних (лікувально-діагностична, санітарно-гігієнічна, матеріально-технічне постачання реабілітаційної спрямованості, фізкультурно-спортивна реабілітація, а також освіта та наука) вертикалей управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС України (0,047), визначення переліку сил та засобів медичної служби ЗС в частині проведення заходів реабілітації як складової СВОЗ (0,084), створення чіткої системи управління системою комплексної реабілітації ЗС (0,084).

До другої групи можна віднести такі альтернативи: створення сучасної інформаційно-аналітичної та довідкової бази (як елемент інформаційно-аналітичної системи ЗС) з метою підвищення обґрунтованості управлінських рішень з питань охорони здоров'я ЗС (0,035), здійснення заходів щодо підвищення готовності до функціонування системи управління медичною службою ЗС та службою ФВтаСД ЗС в напрямку організації та проведення реабілітаційних заходів (0,036), здійснення заходів щодо підвищення надійності та стійкості функціонування системи управління структурними підрозділами та службами, залученими до процесу реабілітації ЗС (0,034), розроблення нормативів та стандартів діяльності системи комплексної реабілітації ЗС як складової СВОЗ ЗС України (0,047), формування кадрового резерву на заміщення посад в органах управління СВОЗ, залучених до реабілітаційних заходів, на всіх її ієрархічних рівнях (0,067), здійснення планового стажування офіцерів (лікарів-організаторів) медичної служби та служби ФВтаСД як в органах управління ЗС України, так і в країнах НАТО (0,083), створення відповідної системи підготовки та перепідготовки

персоналу для всіх рівнів управління системою комплексної реабілітації ЗС (0,053).

Враховуючи вищезазначене, можна визначити основні напрями удосконалення СВОЗ ЗС в частині формування системи комплексної реабілітації України на період 2023-2028 роки (як елемент стратегічного планування на довгостроковий період):

- удосконалення системи управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС в напрямку формування управлінської складової системи комплексної реабілітації ЗС;
- удосконалення організаційних основ та принципів підпорядкування, координації і взаємодії управлінських ланок структурних підрозділів та служб, залучених до організації та проведення реабілітаційних заходів ЗС України;
- впровадження територіального та видового принципу забезпечення проведення реабілітаційних заходів ЗС;
- впровадження основних управлінських (функціональних) вертикалей забезпечення проведення заходів комплексної реабілітації: реабілітаційних, лікувально-діагностичних, матеріально-технічного постачання реабілітаційної спрямованості;
- адекватне фінансування системи комплексної реабілітації та розробка принципів економічної діяльності;
- удосконалення нормативно-правової бази.

3.3 Впровадження сучасних організаційно-функціональних підходів до публічного управління ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям ЗС України, як складової системи комплексної реабілітації військового відомства

Проведення чисельних бойових операцій спричинило пул поранених та травмованих, що в свою чергу покликала об'єднати зусилля охорони здоров'я, силових структур, охорони здоров'я цивільного населення та потенціалу

самоорганізації суспільства задля досягнення мети створення умов організації відповідного медичного забезпечення Сил оборони ЗС України. Разом з цим, гостра необхідність скорочення термінів повернення поранених (травмованих) військовослужбовців до своїх підрозділів після проходження лікування мотивувало розвиток реабілітаційної медицини в Україні.

Для виконання завдань, покладених на СВОЗ, було прийнято рішення на державному рівні щодо створення єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, що в свою чергу потребує цілеспрямованого впливу з боку держави на формування таких суспільних умов, які б, у свою чергу, створювали достатній мотиваційний базис для розвитку ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям ЗС України, що потребує публічних форм регулювання.

Таким чином, можна стверджувати, що здоров'я військовослужбовців ЗС України напряму пов'язано з організацією системи охорони здоров'я цивільного населення. Саме тому на сучасному етапі суттєво зростає роль науки і практики публічного управління.

Основною метою державного управління є сприяння підвищенню соціально-економічного розвитку суспільства. Влада не централізована, а делегує низку повноважень державному сектору (органам місцевого самоврядування, громадським організаціям). Завжди враховується ефективність законодавчої, виконавчої та судової функцій влади. Її головна функція – полегшувати соціальні процеси.

Наведене, дає нам право стверджувати необхідність руху реформ СВОЗ у напрямку європейської цивілізаційної моделі формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України в єдиному медичному просторі охорони здоров'я цивільного населення України, що передбачає складний перехід до ринку реабілітаційних послуг, де поступово підвищується частка участі надавачів реабілітаційних послуг різних форм власності.

Всі ці якісні зміни у структурі та змісті громадянського суспільства неминує детермінують зміни у формі та змісті держави, особливо в системі

публічного управління, що передбачає, насамперед, докорінну зміну формату формування ефективної та результативної системи публічного управління розвитку ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовців Сил оборони України, адекватної реаліям сьогодення і світовим тенденціям.

В складних умовах сьогодення велике значення у публічному управлінні набуває рівень зворотних зв'язків та виконання управлінських рішень, спрямованих на:

- 1) формування ринку реабілітаційних послуг військовослужбовцям-учасникам бойових дій за допомогою громадських фондів, профспілок, громадських організацій;
- 2) відстоювання інтересів громадян, звільнених з лав Збройних Сил України, учасників бойових дій (оподаткування, законотворча та правова практика, підготовка і реалізація соціальних програм);
- 3) взаємовідносини з комерційними підприємствами в напрямку створення робочих місць та фінансової підтримки соціальних програм зазначеної категорії громадян (їх правове регулювання, державно-приватне партнерство і т. д.).

За нашими висновками, публічне управління в сфері надання реабілітаційних послуг учасникам бойових дій – це в першу чергу поєднання державного управління та місцевого самоврядування, мета якого контроль діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування з боку громадян через систему виборчого права з залученням потенціалу самоорганізації суспільства.

Відтак публічне управління формуванням ринку надання реабілітаційних послуг – це система, яка складається із механізмів державного управління: політичний, правовий, організаційний, економічний та механізму місцевого самоврядування, який включає: кадрову, адміністративну та організаційну складову.

Природа державного управління подвійна: воно використовує владу для управління та реклами уряду через громадськість, що становить основу

управління процесом формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України та надає можливість здійснення міжвідомчої комунікації для досягнення мети створення ефективної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України.

За результатом викладеного, можемо стверджувати, що на самперед через систему публічного управління можливе формування ринку реабілітаційних послуг учаників бойових дій, визначальними характеристиками якої є верховенство права і розвинена правова культура, збалансована представницька демократія, сильне самоврядування, дисциплінований і мобільний державний менеджмент, де обслуговування військовослужбовці ЗС України та членів їх сімей в закладах охорони здоров'я цивільного населення України передбачено чинним законодавством та розглядається як невід'ємна складова в системі комплексної реабілітації військової охорони здоров'я.

Забезпечення взаємодії між органами державної влади, міського самоврядування та громадськими організаціями в напрямку спільних дій у формуванні реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України, вимагає від МО України наявність відповідного органу стратегічного управління з відповідною організаційно-штатною структурою та нормативно-правовою та директивною базою СВОЗ України. Тому нами обґрунтовано необхідність створення стратегічного органу управління системою комплексної реабілітації на рівні МО України та органів управління фізкультурно-спортивною реабілітацією стратегічного та оперативно-тактичного рівня.

Для реалізації єдиної політики держави у сфері військової охорони здоров'я в частині формування системи комплексної реабілітації доцільно удосконалити та реструктурувати ієрархічність, підпорядкованість і співставність нормативно-правової та директивної бази СВОЗ України.

Аналіз законодавчих актів на предмет їх відповідності існуючим

потребам та наявним в СВОЗ силам та засобам дозволив встановити, що наявна нормативно-правова база не відповідає небезпекам і загрозам сьогодення, а також вимогам щодо організації діяльності як медичної служби ЗС України (військово-медичної складової державної служби медицини катастроф України) так і служби фізичного виховання та спортивної діяльності в частині організації та проведення заходів фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців ЗС України.

Так для реалізації єдиної політики держави у сфері військової охорони здоров'я в частині формування системи комплексної реабілітації доцільно удосконалити та реструктурувати ієрархічність, підпорядкованість і співставність нормативно-правової та директивної бази СВОЗ України.

Нами запропоновано модель ієрархічності та підпорядкованості нормативно-правової та директивної бази системи ВОЗ (Додаток 3). В основу зазначеної моделі покладено п'ять рівнів документів, які визначають діяльність та розвиток системи комплексної реабілітації ЗС України на мирний та воєнний час.

Як видно з Додатку 3 перша група документів представлена документами, які визначають загальну концепцію та правові норми діяльності СВОЗ в частині організації та розвитку системи комплексної реабілітації ЗС України на мирний та воєнний час. До таких документів належить концепція медичного забезпечення ЗС України, яка розкриває систему поглядів цивільного та воєнного керівництва держави і командування медичної служби щодо організації медичного забезпечення та концепція розвитку системи ФВтаСД ЗС України.

До другої групи документів належить Воєнно-медична доктрина, яка деталізує загальні принципи Концепції медичного забезпечення ЗС України, та закон України про фізичну реабілітацію у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я.

Третя група документів представлена так званими процедурними документами та документи планування і управління – Керівництво з медичного забезпечення ЗС України (яке визначає особливості організації медичного забезпечення ЗС в умовах мирного часу), Настанова з медичного забезпечення ЗС України (яка визначає особливості організації медичного забезпечення ЗС в умовах воєнного часу та під час кризових ситуацій) та Інструкція з ФВтаСД ЗС України (яке визначає особливості організації фізичної підготовки та спортивної діяльності ЗС та проведення заходів з охорони здоров'я військовослужбовців ЗС України в різних умовах застосування військ).

На нашу думку, до другої групи документів повинні належати накази, інструкції та інші нормативно-правові акти, які деталізують особливості організації та проведення заходів комплексної реабілітації в умовах мирного та воєнного часу.

Проте стале та ефективне функціонування зазначеної моделі можливе виключно за умови її побудови на документах стратегічного планування – програмі розвитку системи ВОЗ на період 2023–2028 роки.

При цьому головними завданнями щодо розвитку СВОЗ в частині створення системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України на державному рівні необхідно вважати: визначення стратегії розвитку системи комплексної реабілітації ЗС України на середньостроковий період; розробку й виконання державних цільових програм за цим напрямком; розробку законодавчої й нормативно-методичної бази; координацію діяльності медичної служби та служби ФВтаСД ЗС України із Міністерствами та відомствами держави з метою ефективного рішення проблем формування ефективної системи комплексної реабілітації СВОЗ в рамках єдиної системи медичного забезпечення СОЗ населення України.

Головним напрямом удосконалення організації СВОЗ ЗС є забезпечення його цілісності за рахунок єдиних підходів до планування, нормування, стандартизації, ліцензування й сертифікації Реабілітаційних клінічних

центрів та центрів фізкультурно-спортивної реабілітації незалежно від права власності. Для забезпечення єдиного (базового) рівня державних гарантій у СВОЗ на державному рівні повинні бути затверджені медико-соціальні стандарти, у тому числі: основні показники забезпеченості лікарями ФРМ та фахівцями з фізичної реабілітації; нормативи подушного фінансування системи комплексної реабілітації та ін.

Методологічною основою для розробки проектів Програми розвитку системи комплексної реабілітації ЗС України повинна стати Концепція стратегічного управління у галузі охорони здоров'я, яка передбачає проведення ситуативного аналізу сили впливу зовнішніх та внутрішніх умов для визначення стратегії формування та розвитку системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, а основою планування – державні програми розвитку СВОЗ, які сприяють реалізації цілей і завдань державної політики на певний період. і включають у себе державні цільові програми розвитку ринку надання реабілітаційних послуг та програми державних гарантій по забезпеченню безкоштовною реабілітаційною допомогою. Ці програми повинні затверджуватися одночасно з виділенням для їхньої реалізації відповідних фінансових ресурсів. Крім того, на такому ж рівні санкціонуються методики розрахунку нормативів забезпеченості медичної допомоги матеріальними, трудовими та фінансовими ресурсами.

Перспективні програми розвитку СВОЗ ЗС повинні містити у собі програми державних гарантій щодо забезпечення військовослужбовців якісною безкоштовною медичною допомогою, де визнаються:

- показники стану здоров'я, які повинні бути досягнуті в результаті удосконалення системи ВОЗ;
- обсяги фінансування за рахунок засобів бюджету охорони здоров'я й обов'язкового медичного страхування, що забезпечують реалізацію державних гарантій; загальні принципи фінансування й показники діяльності закладів охорони здоров'я та центрів реабілітації;

- заходи щодо підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я та центрів реабілітації;
- основні напрямки профілактичної діяльності.

Виявлені у ході дослідження організаційні прорахунки стали підставою для наукового обґрунтування та розробки нового методологічного підходу до структуризації напрямів оптимізації публічного регулювання СВОЗ в частині що стосується формування системи комплексної реабілітації в єдиному медичному просторі охорони здоров'я України, в основу якого покладено диференційований підхід.

Так, результатом дослідження стало обґрунтування організаційно-правових засад розвитку СВОЗ в частині формування системи комплексної реабілітації військового відомства, а саме:

- розроблено принципову схему управління системою фізкультурно-спортивної реабілітації;
- визначено повноваження КМС ЗС України та УФВтаС МО України щодо спільних дій в напрямку організації та проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України;
- доведено необхідність першочергового створення керівного органу управління комплексною реабілітацією стратегічного рівня та органу управління системою фізкультурно-спортивної реабілітації відповідного рівня;
- доведено необхідність удосконалення порядку проведення диспансеризації особового складу ЗС України в напрямку організації реабілітації у віддаленому періоді;
- обґрунтовано важливість удосконалення кадрової роботи у напрямку призову на військову службу, перепідготовки та розміщення на посадах фахівців з фізичної та фізкультурно-спортивної реабілітації реабілітації;
- розроблено методологічний підхід до структуризації напрямів оптимізації публічного регулювання формування системи комплексної реабілітації особового складу ЗС України в основу якого покладено системний

підхід до формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України в умовах єдиного медичного та інформаційного простору України.

Досягнення мети запропонованого підходу формування системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України дозволить, при концентрації ресурсів на збереження здоров'я військовослужбовців ЗС:

- забезпечити їх раціональне використання;
- значано розвантажити ургентні ліжко-міста госпіталів
- знизити витрати на утримання поранених і хворих, а також скоротити терміни повернення до строю військовослужбовців, готових до повноцінного виконання професійних обов'язків;
- активно використовувати сучасні оздоровчі технології;
- діагностувати хвороби на ранніх етапах їх перебігу з проведенням лікування на амбулаторно-поліклінічному рівні під час повсякденної діяльності;
- розширити мережі денних стаціонарів вдома за рахунок ринку надання реабілітаційних послуг цивільному населенню;
- проводити безперервну професійну підготовку медичних працівників та фахівців з фізичної реабілітації;
- сприятиме при оптимальних затратах усуненню керованих факторів ризику захворюваності, зменшення показника звільнень особового складу ЗС за станом здоров'я та летальності в умовах повсякденної діяльності особового складу військового відомства.

На відміну від попередніх форм модернізації СВОЗ, запропонована модель дає можливість комплексно впливати на всі сфери діяльності ЗС України з залученням потенціалу охорони здоров'я цивільного населення та самоорганізації суспільства, що в кінцевому результаті забезпечує зниження рівня захворюваності, зменшення показника звільнень особового складу за станом здоров'я, скорочення терміну повернення поранених (хворих) до виконання своїх функціональних обов'язків, розширення мережі денних

стаціонарів і стаціонарів вдома.

Стратегічним напрямом запропонованої концепції є удосконалення системи охорони здоров'я МО України.

Тактичним – передбачається поліпшення стану здоров'я особового складу ЗС України та ветеранів відомства, покращення якості реабілітаційної допомоги та розширення її доступності, зниження питомої ваги звільнень військовослужбовців за станом здоров'я.

Центральним елементом запропонованої моделі системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України є синтез основних механізмів (організаційного, правового та ресурсного) її публічного регулювання в умовах єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України.

Доведено, що складність і динамічність сучасної організаційної та економічної діяльності національної галузі охорони здоров'я взагалі та важливою умовою модернізації системи охорони здоров'я МО України зокрема є необхідність широкого застосування військовим відомством можливостей єдиного медичного простору держави, та потенціалу самоорганізації суспільства, особливо його інформаційної складової.

У процесі дослідження автором визначено ефективність (соціальну, медичну та економічну) нової моделі СВОЗ (Додаток II) та обґрунтовано практичні рекомендації щодо формування системи комплексної реабілітації військового відомства в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України.

Ефективність нової моделі системи охорони здоров'я МО України в частині формування системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС вивчалась з використанням рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я критеріїв оцінки діяльності сфери охорони здоров'я (доступність, ефективне використання ресурсів, соціальна прийнятність, задоволення потреб пацієнтів) та основних критеріїв якості, визначених Мерилендською асоціацією госпіталів США (проведення заходів реабілітації на госпітальному рівні, повторна госпіталізація в межах 31 доби, та

повернення військовослужбовців до підрозділів після наданого терміну реабілітації в незадовільному фізичному стані, пов'язаного з неефективним проведенням заходів реабілітації), а також нової концепції реформування служби ФВтаСД ЗС України за результатами експертних оцінок.

Наше дослідження підтвердило системну кризу формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України, прогресування якої може становити небезпеку, якщо нехтувати її симптомами для підтримання боєготовності Сил оборони України та боєготовності ЗС України в цілому. Як варіант для подолання цієї кризи в середовищі вчених, спеціалістів, експертів впродовж останніх років була вироблена консолідована думка про необхідність реформування системи охорони здоров'я України в частині розвитку ринку реабілітаційних послуг військовослужбовців-учасників бойових дій шляхом застосування інноваційної моделі публічного управління. Ще у 2002 році Верховна Рада України прийняла Закон України «Про інноваційну діяльність» [243], у 2011 році – Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності» [244], у 2018 році – Постанову Кабінету міністрів України «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України» [245], а у 2020 році – Закон України «Про фізичну реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [241], якими передбачається широке застосування інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я України як пріоритетна мета.

Сьогодні інноваційний напрямок розвитку є основною стратегією держави, яка залучає знання, а також соціальний капітал. Таке поєднання створює перевагу для окремих країн і регіонів над їхніми природними ресурсами. Інноваційні методи зараз є основним джерелом економічного зростання, особливо це стосується сучасного підходу до сталого розвитку та обмежених ресурсів військової системи охорони здоров'я. Поштовхом до інновацій є якісні технологічні та організаційні зміни.

Згідно Закону України «Про інноваційну діяльність» [243] інновації – це

новостворені (застосовані) і (або) вдосконалені конкурентоздатні технології, продукція або послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного, комерційного або іншого характеру, що істотно поліпшують структуру та якість виробництва і (або) соціальної сфери [243].

В системі комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС присутня значна частка надавачів реабілітаційних послуг різних форм власності, слід визнати унікальну роль державних службовців у сприянні та просуванні інноваційної діяльності всіх учасників ринку реабілітаційних послуг військовослужбовців ЗС України. Законодавчо передбачено достатньо широке застосування механізмів та методів публічного регулювання інноваційної діяльності, яке повинно здійснюватись:

- підтримка та визначення напрямків інноваційної діяльності, які є найбільш пріоритетними на державному, галузевому, регіональному та місцевому рівнях
- створення та реалізація державних, галузевих, регіональних та місцевих програм інноваційної діяльності. фінансової підтримки виконання інноваційних проектів;
- створення нормативно-правової бази та економічних механізмів задля підтримки і стимулювання провідної діяльності;
- захисту прав та інтересів суб'єктів інноваційної діяльності;
- встановлення пільгового оподаткування суб'єктів інноваційної діяльності;
- стимулювання комерційних банків та інших фінансово-кредитних установ, що кредитують виконання інноваційних проектів;
- підтримки функціонування і розвитку сучасної інноваційної інфраструктури [243].

Напрями пріоритетних інновацій в Україні поділяються на довгострокові (розраховані на період більше 10 років) і середньострокові (розраховані на реалізацію протягом найближчих 3-5 років).

Одним із стратегічних напрямів інноваційної діяльності держави у сфері

військової охорони здоров'я є створення ефективної системи комплексної реабілітації в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України, що можливе завдяки об'єднанню зусиль військового відомства та потенціалу ринку реабілітаційних послуг охорони здоров'я цільного населення України при відповідному нормативно-правовому забезпеченні.

Для визначення середньострокових напрямків інноваційної діяльності СВОЗ в частині комплексної реабілітації рахуємо за необхідним розглянути пропоновану ВООЗ “Рамку реабілітаційних компетенцій” (Rehabilitation Competency Framework - RSF) – це структура, яка описує очікувану чи бажану продуктивність працівників за професіями, спеціалізаціями для забезпечення якісної допомоги та надання послуг. RFS включає низку додаткових і взаємопов'язаних компонентів:

- основні цінності та переконання;
- здібності та поведінка, яка проявляється через них;
- специфіка діяльності та завдання, які вона передбачає;
- знання та вміння.

Окрім опису дій і слів реабілітаційного персоналу, RFS також описує організацію, концепцію та мову, яка використовується в конкретних ситуаціях і має багато цілей.

Таким чином, RFS можна вважати платформою, на якій можна побудувати рамки компетенцій, які є специфічними для цільової групи та мають відношення до ширшої реабілітаційної спільноти. З огляду на те, що реабілітаційна стратегія системи охорони здоров'я України є окремою стратегією, головна мета якої, – досягнення оптимального рівня функціонування особи з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності, з використанням інтегрованого підходу до оптимізації участі, розбудови та зміцнення ресурсів особи, можемо стверджувати, що реабілітація в умовах сьогодення сформувалась в окрему науку, перед якою стоїть завдання розробки єдиного методологічного підходу щодо організації та

проведення заходів комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в існуючих умовах ринку реабілітаційних послуг, а в рамках охорони здоров'я військового відомства – створення сталої системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України за рахунок впровадження інноваційних технологій публічного управління.

Визначення пріоритетних векторів інноваційної політики держави є лише першим кроком на шляху загального інноваційного розвитку. Основною метою громадського контролю за інноваційною діяльністю є створення дієвих механізмів регулювання та використання їхньої влади в цих напрямках:

- податкова політика;
- створення ринкових умов конкуренції;
- залучення інвестицій;
- нормативно-законодавча база;
- тарифна та цінова політика;
- забезпечення приватизаційних процесів;
- фінансова підтримка.

Кожен із зазначених напрямків є значущим і повинен узгоджуватися з іншими. Їх реалізація в контексті розвитку ринку реабілітаційних послуг можлива як окреме дослідження, що виходить за межі нашої роботи.

Крім того, щодо фінансового забезпечення інноваційних медичних ініціатив у військовому відомстві, як проблему в Україні відзначено створення комплексної системи реабілітації військовослужбовців Збройних Сил. Вони повинні були забезпечити більшу частину фінансової підтримки:

- власні кошти суб'єктів господарювання (замість частини прибутку та амортизаційних відрахувань);
- частина коштів, отриманих від приватизації об'єктів нерухомості МОЗ України;
- приватні вітчизняні інвестиції;

- іноземні інвестиції;
- кошти ринку надання реабілітаційних послуг населенню України;
- державна фінансова підтримка.

Враховуючи стан системи комплексної реабілітації військового відомства, загальна потреба в інноваційному фінансуванні становить значні кошти, отримання яких з державного бюджету в умовах особливого стану не є можливим, тому без цільового іноземного інвестування, суб'єктам господарювання буде складно отримати такі фінансові ресурси. Враховуючи зазначене, можемо говорити про те, що проблема створення привабливого інвестиційного клімату в МОЗ. Необхідність активізації інноваційних процесів стала очевидною в умовах України. Як задокументовано фахівцями Національного інституту стратегічних досліджень, для підвищення популярності ринку реабілітаційних послуг України необхідна послідовна низка дій, узагальнених у Додатку І, з використанням даних Національного інституту стратегічних досліджень.

Досягнення бажаної мети побудови сталої системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України потребує не лише активізації інвестиційної діяльності. В кінцевому підсумку розвиток ринку реабілітаційних послуг вимагає створення нової системи відносин у ланцюжку: центральна влада – регіональна влада (місцеве самоврядування) – бізнес-організація.

Проте першочергова роль центральних органів влади у впровадженні системи комплексної реабілітації військовослужбовців, які беруть участь у конфлікті в Україні, та контролі за цим процесом виявилися недоцільними в нинішніх умовах, а саме: відсутність ефективного та об'єктивного підходу до моніторингу ринку реабілітаційних послуг; незадовільний контроль за виконанням державних програм за цим напрямком та формальний підхід до моніторингу виконання регіональних програм.

І навпаки, місцеві органи влади та місцеве самоврядування (на відміну від аналогічних структур ЄС) не займаються питаннями, створення системи

комплексної реабілітації учасників бойових дій на території своїх громад як абсолютно пріоритетні питання. Вважаємо, що в умовах децентралізації органів влади та передачі їм значних повноважень від центральної влади, створення виконавчих органів на рівні районних та обласних рад є перевага збільшення соціальної складової влади на місцевому рівні за рахунок створення справді актуальних програм, які адаптовані до реального стану зазначеної соціальної проблеми в кожному населеному пункті з врахуванням моніторингу ринку надання реабілітаційних послуг. Такий підхід, на нашу думку, буде найкраще стимулювати суб'єкти господарювання з надання реабілітаційних послуг до послідовного інноваційного процесу та розвитку реабілітаційних технологій.

Вкрай важливим питанням ринку надання реабілітаційних послуг України є моніторинг якості проведення цих заходів. Сьогодні існують різні підходи до розуміння поняття «якість медичної допомоги», її складових тощо. Як зазначають автори підручника «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» [246], на якість медичної допомоги впливає не тільки рівень науково-технічної експертизи та спеціалізації. Крім того, на якість медичного обслуговування сприяє організація всього медичного процесу, рівень освіти та професіоналізм медичного персоналу, дотримання етичних правил у своїй діяльності.

У 1992 році Європейське бюро ВООЗ визнало, що якісна медична допомога вважається технічною передовою та відповідає вимогам медичних технологій, незважаючи на відсутність ускладнень, пов'язаних з лікуванням, і задоволеність пацієнтів. У 1994 році міжнародна організація зі стандартизації ISO 8402 описала якість як сукупність атрибутів, які описують здатність виконувати намічені цілі та вимоги [247].

Група українських авторів, посилаючись на низку зарубіжних досліджень, зазначає, що не можна дати визначення поняттю «якість охорони здоров'я», в якому немає розмежування трьох різних підходів до забезпечення

якісної медичної допомоги. На нашу думку зазначене в повній мірі стосується і поняття «якість реабілітаційної допомоги».

Якість реабілітаційної допомоги – риса, яка описує ступінь відповідності технологій, що використовуються для досягнення бажаної мети та дотримання професійних стандартів. Іншими словами, це набір цих показників.:

- ефективність — це відношення фактичного результату до очікуваного в ідеальних умовах.

- економічність - відношення фактичних витрат до формальних джерел фінансування;

- критерій адекватності – відсоток населення, якому надають реабілітаційну допомогу до потреб реабілітаційної допомоги (науково-технічний рівень, своєчасність, доступність, достатність);

- безпека – реабілітаційні процедури не повинні призводити до більш шкідливих наслідків для життя або здоров'я пацієнта, ніж ті, що призвели до захворювання і через які вони відбуваються (non posere);

- науково-технічний рівень. Реабілітаційна допомога повинна надаватися з використанням сучасної техніки (технології) разом із відповідним персоналом, обладнанням, медикаментами та інформаційним забезпеченням (структурність). Системний аналіз літературних джерел свідчить, що сьогодні вчені виділяють наступні складові якості реабілітаційної допомоги [248, 249]:

- структурна якість, тобто умови надання реабілітаційної допомоги. Іншими словами, це особи і організації, які надають реабілітаційні послуги, їх кількісний склад;

- процес оцінюється якістю технології, а також ступінь її оптимальності для конкретного пацієнта. Це оцінка процесу. Передбачається можливість незвичайних ситуацій, які можуть вплинути на реабілітацію пацієнта, а також на дотримання формальних правил щодо медичного обслуговування, обстеження та реабілітації.;

- якість результату – при порівнянні фактичного відсотка досягнутих результатів і запланованого відсотка результатів, порівняння стану пацієнта після реабілітації з контрольними показниками, стандартами, отриманими в результаті наукових досліджень, клінічних спостережень і оцінок. Останні включають динаміку стану здоров'я пацієнта, результати його реабілітації за звітний період, індивідуальні показники здоров'я населення, територіальну інформацію.

Виходячи з цього, якість реабілітаційної допомоги, а також її складових реабілітаційної послуги суб'єкта реабілітації, реабілітаційної діяльності закладу та медичного забезпечення населення, можна визначити як сукупність взаємопов'язаних властивостей, які всесторонньо характеризують рівень надання реабілітаційної допомоги.

Ми повністю поділяємо думку відомого дослідника в галузі військової медицини В. П. Мегедя, який стверджує, що створити систему сучасних технологій, яка гарантуватиме мінімально достатній, але максимально ефективний шлях ведення хворого можна, якщо в комплексі здійснити:

- зниження використання ресурсів;
- скорочення тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі;
- зменшення відхилень у процесі надання медичної допомоги шляхом визначенню критичних шляхів;
- розробку сучасних систем автоматизації процесів надання медичної допомоги.

Але успішно вирішити комплекс зазначених вище завдань, на думку автора дисертаційного дослідження, можна лише після впровадження нового методу управління лікувально-діагностичним процесом – системи загального управління якістю в усіх лікувально-профілактичних закладах та для фізичних осіб-надавачів реабілітаційних послуг військовослужбовцям ЗС України не залежно від форм власності. На глибоке переконання автора, функції здійснення зазначеного контролю надання реабілітаційних послуг

військовослужбовцям ЗС України необхідно покласти на відповідний орган управління військової охорони здоров'я.

На сьогоднішній день система забезпечення якості та ефективності медичної та реабілітаційної допомоги в усіх лікувально-профілактичних закладах ЗС України складається з двох основних елементів: заходів з контролю стану якості та ефективності медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах та заходів, спрямованих на поліпшення якості та ефективності медичної допомоги у цих закладах.

Як свідчить опит організації медичного забезпечення ЗС України, забезпечення контролю якості та ефективності реабілітаційної допомоги військовослужбовців ЗС у цивільних лікувально-профілактичних закладах повинні здійснювати відповідні діючі комісії ЗС України за наступним принципом:

- оцінка стану і використання кадрових, матеріально-технічних та фінансових ресурсів;
- експертиза процесу і результатів надання реабілітаційної допомоги контингенту хворих, які обслуговуються;
- вивчення соціального задоволення хворих процесом і результатами надання реабілітаційної допомоги;
- розрахунок і аналіз показників, що характеризують якість та ефективність реабілітаційної допомоги;
- виявлення факторів і з'ясування причин, що зумовили зниження якості та ефективності реабілітаційної допомоги.

Що стосується другої складової системи забезпечення якості та ефективності реабілітаційної допомоги відповідними надавачами цих послуг, то її завданнями є: підготовка рекомендацій щодо проведення заходів, які спрямовані на поліпшення якості та підвищення ефективності надання медичної допомоги, й організація дієвого контролю за їх проведенням.

Експертиза процесу і результатів надання реабілітаційної допомоги необхідно проводити за трирівневою схемою: на першому рівні – лікарем

фізичної та реабілітаційної допомоги, який безпосередньо організує реабілітацію конкретного хворого; на другому – командиром підрозділу, в якому хворий проходить службу (за показниками психофізичної готовності до виконання завдань за призначенням); на третьому – клініко-експертною комісією лікувально-профілактичного закладу ЗС України де військовослужбовець знаходиться на ДДН.

Лікарі, які безпосередньо лікують хворих та їх командири підрозділів повинні здійснювати експертизу процесу і результатів надання реабілітаційної допомоги всіх закінчених випадків (усіх хворих, яких вони безпосередньо вели). Клініко-експертні комісії повинні здійснювати не менше 10 експертиз упродовж місяця.

Усі випадки надання реабілітаційної допомоги повинні мати однакову вірогідність бути підданими експертній оцінці, що забезпечується статистичним методом “випадкової” вибірки. Обов’язковому експертному контролю повинні підлягають на всіх трьох рівнях:

- випадки летальних наслідків;
- випадки внутрішньо лікарняного інфікування і ускладнень;
- випадки подання на військово-лікарську комісію з метою визнання непридатності до військової служби;
- випадки повторної госпіталізації з аналогічним діагнозом;
- випадки захворювання з подовженими або скороченими не менш як на 5 діб від загальноприйнятих термінів стаціонарного лікування (а також тимчасової непрацездатності);
- випадки розбіжності діагнозів;
- випадки, що супроводжуються скаргами пацієнтів або їхніх родичів.

Експертиза процесу і результатів надання реабілітаційної допомоги, повинно проводитись за медичною документацією (медичній карті стаціонарного хворого (історії хвороби), карті амбулаторного хворого). За необхідності може здійснюватись очна експертиза.

Експерт будь-якого рівня під час проведення експертизи якості реабілітаційного процесу в обов'язковому порядку повинен:

- оцінювати повноту і своєчасність діагностичних заходів, правильність і точність встановлення діагнозу, адекватність вибору і дотримання реабілітаційних заходів, ступінь досягнення результатів (наслідків) після проведеного реабілітації, оптимальність строків діагностики, реабілітації, тимчасової непрацездатності, обґрунтованість й адекватність прийнятих експертних рішень;
- давати рекомендації щодо усунення і запобігання виявлених недоліків.

На кожний випадок експертної оцінки повинна заповнятися “Карта експертизи якості медичної допомоги”, яка підписується відповідними експертами, начальником медичної частини (медичної служби частини) і підклеюється до історії хвороби. При проведенні експертної оцінки одного випадку на всіх трьох рівнях заповнюється і ведеться одна “Карта експертизи якості реабілітаційної допомоги”.

Вивчення задоволеності хворих процесом і результатами (наслідками) реабілітації повинно проводитися зі 100% охопленням пацієнтів шляхом анонімного анкетування або інтерв'ювання. Щомісячно повинно проводитися статистична обробка “Карт експертизи якості реабілітаційної допомоги” і анкет соціальної задоволеності пацієнтів за єдиною методикою. За результатами цієї роботи повинно розраховуватись показники, що характеризують якість і ефективність надання реабілітаційної допомоги в окремих підрозділах і лікувально-профілактичних закладах в цілому.

Ця модель використовується при зміні структурної складової, акцент робиться на сучасну організацію стратегії заміщення, яка зміщує фокус надання реабілітаційної допомоги на більш відповідні види (зокрема, місця, технології та персонал). Визначення оптимальної альтернативи базується на оцінці максимальної успішності мети для кожного варіанту.

Такими критеріями можуть бути: підвищення якості та доступності реабілітаційної допомоги, тобто відповідність наданої допомоги потребам та

сучасному рівню доказової медичної науки і технології та можливість отримання такої допомоги більшою кількістю військовослужбовців; економія коштів; отримання прибутку тощо.

Таким чином для реалізації мети створення сталої системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, що передбачає наявність сталого ринку надання реабілітаційних послуг зазначеної категорії населення України та залучення потенціалу самоорганізації суспільства з обов'язковим проведенням в Україні необхідного комплексу регламентаційних реформ на державному рівні, є необхідним:

- вдосконалити правове регулювання на державному рівні порядку надання реабілітаційних послуг за якістю проведення відповідних процедур та маршруту надання реабілітаційних послуг в цивільних закладах охорони здоров'я не залежно від форм власності;

- провести у ЗС України організаційно-штатні, кадрові та нормативно-правові зміни в бік створення умов формування системи комплексної реабілітації військового відомства;

- за ініціативи військового відомства прийняти державні рішення та законодавчі акти щодо створення військових науково-практичних та ВВН закладів (учбових програм) з метою створення умов творчої взаємодії профільних науково-дослідних установ, медичних організацій ринку надання реабілітаційних послуг охорони здоров'я цивільного населення України та військової охорони здоров'я задля:

- розробки нових технології діагностики, реабілітації, протезування, контролю ефективності проведення реабілітаційних заходів, сучасних методів оцінки функціональних резервів людини (включаючи експрес-методику), якісної розробки індивідуальних оздоровчо-реабілітаційних програм та аналізу їх ефективності;

- розробки перспективних оздоровчо-реабілітаційних заходів і комплексних індивідуальних реабілітаційних та профілактичних програм

адаптогенної дії, побудованих на принципах взаємодоповнюваності, потенціювання ефектів їх складових з використанням всього арсеналу немедикаментозних засобів;

- наукового супроводу впровадження нових ресурсозберігаючих і високотехнологічних коригуючих технологій відновлювальної медицини з урахуванням досягнень фундаментальної науки на базі комплексних автоматизованих методів оцінки та корекції резервів здоров'я;

- розробка та науковий супровід впровадження сучасних програмних засобів формування індивідуальних програм оздоровчих заходів, у т.ч. самоконтролю і самокорекції стану здоров'я;

- проведення наукових досліджень щодо подальшого розвитку малоінвазивних технологій лікування і реабілітації та модернізації матеріально-технічної бази проведення реабілітаційних заходів;

- об'єднання спільних зусиль міністерства освіти України та департаменту освіти військового відомства щодо створення умов підготовки фахівців, які за рівнем своєї освіти зможуть бути розміщені на відповідних посадах системи охорони здоров'я військового відомства, так і прийняти на роботу до закладів цивільної охорони здоров'я, які акредитовані надавати реабілітаційні послуги військовослужбовцям ЗС України.

У даній дисертаційній роботі обгрутовано формування нового механізму публічного регулювання розвитку ринку надання реабілітаційних послуг, як складової системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках здоров'язбережувального простору населення України. Перераховані механізми є передусім методами впливу як на державні, так і на недержавні організації. У своїй сукупності громадський механізм регулювання розвитку ринку реабілітаційних послуг складається з державного механізму, місцевого (регіонального) механізму та громадського впливу. Механізм державного регулювання передбачає такі підходи: системний, діалектичний, аналітичний, нормативний, збалансованість, а тому такими принципами (фундаментальними принципами) є: законність, відкритість, демократизм,

ефективність, послідовність і, нарешті, принцип ринкова економіка та сталий розвиток.

У зв'язку з цим зазвичай рекомендується включати такі компоненти: суб'єкт, об'єкт, мета, завдання, цілі, принципи, методи, засоби (адміністративні, організаційні, економічні, нормативні, соціально-психологічні) і технологічні засоби впливу та контролю. В органічному складі всіх вищезазначених складових створено ефективні механізми громадського контролю за розвитком ринку реабілітаційних послуг в Україні, які повністю відповідають концепції сталого розвитку.

Пропонований механізм державного регулювання має стати послідовним, планомірним використанням державними органами комплексу методів, способів та важелів, інструментів впливу на населення системи охорони здоров'я України для досягнення мети сталого розвитку системи охорони здоров'я України. Населення.

Висновки до розділу 3

У цьому розділі обґрунтовано стратегічні напрями публічного регулювання розвитку ринку надання реабілітаційних послуг громадян України, постраждалих від агресії РФ в цілому та створення ефективної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України на рівні розвинутих європейських держав, розроблено комплекс сучасних механізмів публічного регулювання розвитку ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям ЗС України в рамках єдиного медичного простору СОЗ України, досліджено проблеми та перспективи створення системи комплексної реабілітації особового складу військового відомства в СВОЗ України, розроблено новий механізм публічного регулювання створення реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України, розроблено новий механізм публічної реструктуризації СВОЗ України в частині формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України та

членів їх сімей в рамках СОЗ України на основі розробленої економіко-математичної оптимізаційної моделі, що мають стати базою створення системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору СОЗ України

Україна, яка проходить шлях інтеграції до європейського й світового господарств, перебуваючи де факто у стані війни та незавершеного процесу реформування системи охорони здоров'я населення України має донині високий рівень залежності системи військової охорони здоров'я від зовнішніх факторів та потребує оптимізації її потенціалу, що пов'язане в першу чергу з обмеженням за величиною медичних ресурсів даного відомства. Можна говорити про їх вичерпність, яка теоретично визначається рівнем такого порогового навантаження на них, вище від якого ресурси або істотно змінюються в бік меншої привабливості, або деградують як природні багатства. Тому, задля досягнення стратегічної мети збереження здоров'я військовослужбовців та максимальної ефективності медичного забезпечення військ є вкрай необхідним об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб та системи охорони здоров'я цивільного населення шляхом інтеграції системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України, що в свою чергу передбачає спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я незалежно від їх форм власності, розташованих на відповідній території.

Виникає гостра необхідність руху реформ СВОЗ у напрямку європейської цивілізаційної моделі формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України, що передбачає складний перехід до ринку реабілітаційних послуг, де поступово підвищується частка участі надавачів реабілітаційних послуг різних форм власності. Вирішення актуальних проблем сьогодення формування ринку надання реабілітаційних послуг населенню України, постраждалого в результаті військової агресії РФ, де військовослужбовці ЗС України також є користувачами зазначених послуг, потребує публічних форм регулювання, а для розвитку реабілітації військових

в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України за державний ресурс – прийняття необхідних рішень на державному рівні.

Складність управління системою військової охорони здоров'я обумовлюється тим, що: процес управління відбувається в рамках різноманітних організаційних систем; впливає на об'єкти управління з різнобічними функціями, які, в свою чергу, характеризуються складними критеріями; включає в себе численні функціональні операції і процедури, що виконуються у відповідних структурних підрозділах із складними управлінськими взаємовідносинами. Систему військової охорони здоров'я можна представити як динамічний комплекс взаємопов'язаних органів військового управління, служб всебічного забезпечення військ (сил), організацій та ресурсів, певним чином причетних до поліпшення індивідуального і колективного здоров'я, профілактики хвороб і усунення (ослаблення) джерел небезпеки для фізичного та психічного здоров'я військовослужбовців, обумовлених способом життя, біологічними чинниками, станом навколишнього середовища, обсягом і якістю медичної допомоги, психо-фізичні навантаження під час проведення занять з фізичної і бойової підготовки, виконання завдань за призначенням та ін.

Таким чином, формування системи комплексної реабілітації ЗС України в складних умовах сьогодення фактично виходить за межі безпосереднього впливу військової медицини. Реалізація стратегічних цілей військової охорони здоров'я ЗС України в напрямку створення дієздатної системи комплексної реабілітації можлива лише за умови міжсекторального підходу. Медична служба ЗС України лише опосередковано може впливати на фактори, від яких залежить рівень здоров'я особового складу військ (сил), виступаючи головним ідеологом, розробником, радником, координатором, контролюючою структурою для всіх інших ланок ЗС України з питань збереження, зміцнення та відновлення здоров'я військовослужбовців.

Новизною даного дослідження є запропонований теоретико-методичний підхід до оптимізаційного планування реалізації заходів зі створення системи

комплексної реабілітації СВОЗ у рамках єдиного медичного простору СОЗ населення України в умовах обмежених інвестиційних ресурсів. На відміну від існуючих підходів, запропоноване нами багатоваріантне планування реалізації зазначеного проєкта забезпечує його ефективну реалізацію в умовах невизначеності зовнішнього фінансового середовища. Саме оптимізаційне планування вважаємо одним з найбільш ефективних методів реалізації завдання формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України в складних умовах сьогодення. Воно широко використовується в управлінні проєктами з метою досягнення менших витрат з отриманням більших результатів та скорочення термінів реалізації проєкту. Інструментами оптимізаційного планування є методи лінійного, нелінійного та динамічного програмування. Розв'язуючи задачу про оптимальне управління реалізацією проєкту створення дієздатної системи комплексної реабілітації СВОЗ в умовах обмеженого фінансування та реформування СОЗ України, оптимальний проєкт ми вибирали з міркувань максимальної накопиченої економії в ході реалізації проєкту.

У даній дисертаційній роботі обґрунтовано формування нового механізму державного регулювання розвитку ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовців ЗС України. У своїй єдності механізм публічного регулювання розвитком ринку надання реабілітаційних послуг має складатися із механізму державного регулювання, механізму муніципального (регіонального) управління й механізму громадського впливу. В основі механізму державного регулювання розвитком зазначеного ринку покладені такі методи як: системний, діалектичний, аналітичний, нормативний, балансовий, й відповідно, такі принципи як: законність, гласність, демократизм, ефективність, системність, оптимальне поєднання адміністративно-правових, організаційних й економічних важелів, принципів дії ринкової економіки й сталого розвитку, поступовості й етапності. Отже, пропонується у загальному вигляді до системи механізмів державного регулювання розвитку ринку надання реабілітаційних послуг

військовослужбовцям ЗС України включати такі складові як: суб'єкт, об'єкт, мета, завдання, цілі, принципи, методи, інструменти (адміністративні, організаційні, економічні, нормативно-правові, соціально-психологічні) й технології управління, засоби впливу та контролю. У органічній єдності усіх вищеназваних елементів формуються ефективні механізми публічного регулювання формування ринку надання реабілітаційних послуг вцілому та створення дієздатної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України зокрема, що повністю відповідають концепції сталого розвитку.

Пропонований механізм публічного регулювання повинен стати упорядкованим та послідовним використанням органами державної влади та місцевого самоврядування комплексу способів, методів та важелів, інструментів впливу на основі запропонованого переліку принципів публічного регулювання задля досягнення цілі сталого розвитку ринку реабілітаційних послуг й створення ефективної системи охорони здоров'я населення України в частині формування дієвої та ефективної, за європейським стандартом, системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, формування дієвої державної політики у сфері медичного забезпечення ЗС України.

Публічне управління в сфері надання реабілітаційних послуг учасникам бойових дій – це в першу чергу поєднання державного управління та місцевого самоврядування, мета якого контроль діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування з боку громадян через систему виборчого права з залученням потенціалу самоорганізації суспільства. На самперед через систему публічного управління можливе формування ринку реабілітаційних послуг учасників бойових дій, визначальними характеристиками якої є верховенство права і розвинена правова культура, збалансована представницька демократія, сильне самоврядування, дисциплінований і мобільний державний менеджмент

Забезпечення взаємодії між органами державної влади, міського самоврядування та громадськими організаціями в напрямку спільних дій у

формуванні реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України, вимагає від МО України наявність відповідного органу стратегічного управління з відповідною організаційно-штатною структурою та нормативно-правовою та директивною базою СОЗ України.

На відміну від попередніх форм модернізації СВОЗ, запропонована модель дає можливість комплексно впливати на всі сфери діяльності ЗС України з залученням потенціалу охорони здоров'я цивільного населення та самоорганізації суспільства, що в кінцевому результаті забезпечує зниження рівня захворюваності, зменшення показника звільнень особового складу за станом здоров'я, скорочення терміну повернення поранених (хворих) до виконання своїх функціональних обов'язків, розширення мережі денних стаціонарів і стаціонарів вдома.

Оптимізація СОЗ населення України потребує значних та послідовних інвестицій від суб'єктів господарювання, а також бюджетної підтримки та фінансової допомоги Євросоюзу. Розширене інвестування у сферу охорони здоров'я, дієвий контроль й моніторинг, застосування менеджменту у цій сфері на галузевому, регіональному рівнях та безпосередньо суб'єктами господарювання забезпечать процес реформування ВСОЗ, створять передумови створення ефективної системи комплексної реабілітації військового відомства в рамках єдиної системи охорони здоров'я населення України та її євроадаптацію.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення важливого наукового завдання щодо формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України в рамках СОЗ населення України, розробки практичних заходів для вдосконалення публічного управління створенням системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України (зокрема, шляхом впровадження розробленого плану дій оптимізації ВСОЗ) з метою досягнення стратегії створення ефективної системи охорони здоров'я військового відомства. Результати дослідження дали змогу зробити узагальнення та дійти таких висновків концептуального, методологічного і практичного змісту.

1. На сучасному етапі розвитку людства велике значення надається феномену здоров'я, способам його збереження та зміцнення, особливо в контексті його поняття – громадського здоров'я як суспільної потреби, що призводить до нового розуміння ролі науки та практики публічного управління як засобу організації не тільки процедур та органів, які б забезпечували цю потребу, а й простору, в якому можливо формувати нові ціннісні базиси. Саме в складних умовах сьогодення стан системи охорони здоров'я в Україні не у повній мірі відповідає потребам суспільства та вимогам часу. Зазначене викликає необхідність реформування системи військової охорони здоров'я, як складової охорони здоров'я населення України за для досягнення мети наближення її до європейських стандартів шляхом здійснення системного реформування галузі, спрямованого на створення умов, які б задовольнили потреби всіх громадян України, постраждалих від агресії РФ, та створити дієздатну систему комплексної реабілітації військовослужбовців Сил оборони.

2. Україна, яка проходить шлях інтеграції до європейського й світового товариств, перебуваючи де факто у стані війни та незавершеного процесу

реформування системи охорони здоров'я населення України має донині високий рівень залежності системи військової охорони здоров'я від зовнішніх факторів та потребує оптимізації її потенціалу, що пов'язане, в першу чергу, з обмеженням за величиною медичних ресурсів даного відомства. Можна говорити про їх вичерпність, яка теоретично визначається рівнем такого порогового навантаження на них, вище від якого ресурси або істотно змінюються в бік меншої привабливості, або деградують як природні багатства. Тому, задля досягнення стратегічної мети збереження здоров'я військовослужбовців та максимальної ефективності медичного забезпечення військ, є вкрай необхідним об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб та системи охорони здоров'я цивільного населення шляхом інтеграції системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України, що, в свою чергу, передбачає спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я незалежно від їх форм власності.

3. Проведений аналіз потенційної можливості створення ефективної системи охорони здоров'я військового відомства в частині формування системи комплексної реабілітації в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України дозволив стверджувати, що держава має всі можливості задля успішної реалізації визначеної цілі. Потенціал ринку надання реабілітаційних послуг в Україні є достатнім для побудови дієздатної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України. За існуючих умов важливим пріоритетом формування реабілітаційного простору військовослужбовців є: оптимізація та адаптація нормативно-правової бази, незалежна зовнішня оцінка діяльності фахівців, створення прозорої системи добору та призначення відповідних фахівців. Загалом виникає гостра необхідність руху реформ СВОЗ у напрямку європейської цивілізаційної моделі формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України, що передбачає складний перехід до ринку реабілітаційних послуг, де поступово підвищується частка участі надавачів реабілітаційних послуг різних

форм власності. Вирішення актуальних проблем сьогодення формування ринку надання реабілітаційних послуг населенню України, постраждалого в результаті військової агресії РФ, де військовослужбовці ЗС України також є користувачами зазначених послуг, потребує публічних форм регулювання, а для розвитку реабілітації військових в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України за державний ресурс – прийняття необхідних рішень на державному рівні.

4. В умовах ведення бойових дій в Україні, кожний військовослужбовець стає надзвичайно цінним як військовий фахівець, різко зростають вимоги до його працездатності, стійкості та стану його здоров'я. За таких умов підвищується відповідальність медичної служби за якість відбору військових фахівців за станом здоров'я та психофізіологічними показниками, проведення повсякденного медичного контролю за умовами військової праці, за своєчасне, у разі необхідності, надання медичної та реабілітаційної допомоги, кваліфіковане лікування, швидку реабілітацію та найскоріше повернення до виконання службових завдань та обов'язків, що, в свою чергу, актиалізує питання якості підготовки персоналу системи комплексної реабілітації військового відомства та якості надання реабілітаційних послуг на ринку надавачів зазначених послуг охорони здоров'я цивільного населення України. Важливо наголосити на тому, що неправильний підбір та помилкове призначення співробітника є недоцільним з позиції неефективного витрачання коштів, питань надання некваліфікованої (неповної) допомоги у сфері, яка є чутливою до особистісних стосунків під час роботи із соціально-вразливими групами населення. З цього приводу вкрай важливим стає питання контролю надання зазначених послуг з боку держави та МО України.

5. Формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України фактично виходить за межі безпосереднього впливу військової медицини. Реалізація стратегічних цілей військової охорони здоров'я ЗС України в напрямку створення дієздатної системи комплексної реабілітації можлива лише за умови між секторального підходу. Одне із основних питань

– це приведення всіх дій під спільний знаменник руху у напрямку розуміння здоров'я як комплексного феномену, суть якого не у задоволенні дефіцитних викликів, а у побудові системи, яка б випереджала виникнення проблем та основні акценти робила б на профілактику, запобігання та людиноцентрованість.

6. Новизною даного дослідження є запропонований теоретико-методичний підхід до оптимізаційного планування реалізації заходів зі створення системи комплексної реабілітації СВОЗ у рамках єдиного медичного простору СОЗ населення України в умовах обмежених інвестиційних ресурсів. На відміну від існуючих підходів, запропоноване нами багатоваріантне планування реалізації зазначеного проекту забезпечує його ефективну реалізацію в умовах невизначеності зовнішнього фінансового середовища. Саме оптимізаційне планування вважаємо одним з найбільш ефективних методів реалізації завдання формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗС України в складних умовах сьогодення. Воно широко використовується в управлінні проектами з метою досягнення менших витрат з отриманням більших результатів та скорочення термінів реалізації проекту. Розв'язуючи задачу про оптимальне управління реалізацією проекту створення дієздатної системи комплексної реабілітації СВОЗ в умовах обмеженого фінансування та реформування СОЗ України, оптимальний проект вибрано з міркувань максимальної накопиченої економії в ході реалізації проекту.

7. У даній дисертаційній роботі обґрунтовано формування нового механізму державного регулювання розвитку ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовців ЗС України. У своїй єдності механізм публічного управління розвитком ринку надання реабілітаційних послуг має складатися із механізму державного регулювання, механізму муніципального (регіонального) управління й механізму громадського впливу. В основі механізму державного регулювання розвитком зазначеного ринку покладені такі методи як: системний, діалектичний, аналітичний, нормативний,

балансовий, й відповідно, такі принципи як: законність, гласність, демократизм, ефективність, системність, оптимальне поєднання адміністративно-правових, організаційних й економічних важелів, принципів дії ринкової економіки й сталого розвитку, поступовості й етапності. Отже, пропонується у загальному вигляді до системи механізмів державного управління розвитком ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям ЗС України включати такі складові як: суб'єкт, об'єкт, мета, завдання, цілі, принципи, методи, інструменти (адміністративні, організаційні, економічні, нормативно-правові, соціально-психологічні) й технології управління, засоби впливу та контролю. У органічній єдності усіх вищеназаних елементів формуються ефективні механізми публічного управління формуванням ринку надання реабілітаційних послуг в цілому та створення дієздатної системи комплексної реабілітації військовослужбовців ЗС України зокрема, що повністю відповідають концепції сталого розвитку. На відміну від попередніх форм модернізації СВОЗ, запропонована модель дає можливість комплексно впливати на всі сфери діяльності ЗС України із залученням потенціалу охорони здоров'я цивільного населення та самоорганізації суспільства що в кінцевому результаті забезпечує зниження рівня захворюваності, зменшення показника звільнень особового складу за станом здоров'я, скорочення терміну повернення поранених (хворих) до виконання своїх функціональних обов'язків, розширення мережі денних стаціонарів і стаціонарів вдома.

8. Оптимізація СОЗ населення України потребує значних та послідовних інвестицій від суб'єктів господарювання, а також бюджетної підтримки та фінансової допомоги Євросоюзу. Розширене інвестування у сферу охорони здоров'я, дієвий контроль й моніторинг, застосування менеджменту у цій сфері на галузевому, регіональному рівнях та безпосередньо суб'єктами господарювання забезпечать процес реформування ВСОЗ, сформує передумови створення ефективної системи комплексної реабілітації

військового відомства в рамках єдиної системи охорони здоров'я населення України та її євроадаптацію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гайда І. М. Аналіз психологічного стану поранених військовослужбовців / І. З. Гайда, М. І. Бадюк // Міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації: Тези доп. – К.: 2017., С.32-34.
2. Наказ Міністра оборони України від 13.12.2004 р. № 611 “Про затвердження Положення про організацію медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, що залучаються до участі в міжнародних миротворчих операціях”.
3. Державна політика у сфері охорони здоров’я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. – К. : Вид-во НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
4. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров’я (державно-управлінські аспекти) : моногр. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.
5. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров’я: державні механізми : моногр. / Д. В. Карамішев. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2006. – 304 с.
6. Князевич В. М. Медична галузь потребує системних змін / В. М. Князевич // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. – К., 2008. – С. 5–7.
7. Князевич В. М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України : автореф. дис. На здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 / В. М. Князевич. – К., 2009. – 36 с.
8. Голяченко А. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров’я в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук. : спец. 14.02.03 / А. Голяченко. – К., 2008. – 36 с.
9. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров’я (державно-управлінські

аспекти) : моногр. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.;
 Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров’я: державні механізми : моногр. / Д. В. Карамишев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2006. – 304 с.].

10. Рингач Н. О. Громадське здоров’я в Україні як чинник національної безпеки / Н. О. Рингач. – К. : Вид-во НАДУ, 2009. – 298 с.

11. Рожкова І. В. Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров’я на регіональному рівні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 “Механізми державного управління” / І. В. Рожкова. – Запоріжжя, 2009. – 40 с

12. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров’я : моногр. / І. В. Рожкова. – К. : Вид-во “Фенікс”, 2009. – 384 с.

13. Розвиток антикризового управління охороною громадського здоров’я на місцевому рівні: теоретико-методологічні засади : метод. рек. / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, І. В. Рожкова та ін. – К. : Вид-во НАДУ, 2011. – 72 с.

14. Розвиток антикризового управління охороною громадського здоров’я на місцевому рівні: теоретико-методологічні засади : метод. рек. / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, І. В. Рожкова та ін. – К. : Вид-во НАДУ, 2011. – 72 с.

15. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров’я : моногр. / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276 с.

16. Галіяш Н. Б. Формування комунікативної компетенції як фундаментальної складової професії лікаря / Н. Б. Галіяш, Н. А. Бількевич, Н. В. Петренко // Мед. освіта. – 2019. – № 2. – С. 67–74.

17. Копа В. М. Механізм реалізації соціокультурного ідеалу здоров’я / В. М. Копа // Мультиверсум. Філософський альманах / Ін-т філософії НАН

України : зб. наук. пр. – К. : Центр духов. культури, 2004. – Вип. 39. – С. 216 – 240.

18. Копа В. М. Реалізація морального підходу у вивченні здоров'я / В. М. Копа // Мультиверсум. Філософський альманах : зб. наук. пр. – К. : Укр. центр духовн. культури, 2004. – Вип. 41. – С. 225–235.

19. Красиков С. А. Глобализация: политические риски открытости / С. А. Красиков // Политические исследования. – 2008. – № 2. – С. 162–170.

20. Соціальна філософія : підруч. для вищ. шк. – Х. : Прапор, 2007. – 688 с.

21. Яременко О. О. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи / О. О. Яременко, О. М. Балакірєва, О. В. Вакуленко та ін. – К. : Укр. ін-т соц. дослідж., 2000. – 210 с.

22. Грищенко В. Здоров'я людини як багатоаспектна проблема / В. Грищенко, В. Бєлов, А. Котова та ін. // Вісн. Нац. акад. наук Укр. – 2006. – № 6. – С. 51–56.].

23. Омельченко С. О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків : монографія / С. О. Омельченко. – Луганськ : Альма-матер, 2007. – 352 с.

24. Копа В. М. Соціальна цінність модусу здоров'я : автореф. дис. ... канд. філос. наук : спец. 09.00.03. / В. М. Копа. – Одеса, 2006. – 18 с.

25. Медична та соціальна реабілітація : Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. Тернопіль : ТДМУ, 2005. 402 с.

26. Абдрахімова Ц.Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів непсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки. // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, № 1 (74). С. 34-39.

27. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

28. Бабов К.Д. Посттравматичний стресовий розлад у постраждалих від надзвичайних станів як актуальна проблема медико-психологічної реабілітації // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 2015. № 3/4. С. 38-41.

29. Блінов О.А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : навч.-метод. посіб. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.

30. Богомолець О.В., Пінчук І.Я., Друзь О.В., Хаустова О.О. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації. Київ. 2014. 53 с.

31. Верба А.В., Барбазюк О.А., Мех П.І. та ін. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України. К., 2017. 268 с.

32. Верба А.В., Барбазюк О.А., Швець А.В. та ін. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів). // під заг. ред. Головного психіатра МО України, доктора медичних наук О.В. Друзя, Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук В.С. Гічуна. Київ. 2017. 102 с.

33. Вербицький Є.Ю., Євтушенко Ю.О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі несприятливих психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони АТО. // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 16-19.

34. Радиш Я. Ф., Соколова О. М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). Економіка та держава. 2012. № 3. С. 103–106.

35. Наказ Міністра оборони України від 09.12.2015 р. № 702 “ Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах”

36. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Харків, 2014. 67 с.

37. Волошин П.В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 2. С. 105. Бруннер Е. Ю. Модель центра реабилитации инвалидов: бельгийский опыт. Гуманітарні науки. 2009. № 2. С. 52–58.

38. Волошин П.В., Марута Н.О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1. С. 10-18.

39. Grinker R., Spiegel I. War neuroses. Philadelphia. Toronto, 1945. P. 114.

40. Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія. Харків: Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.

41. Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. // Патологія. 2018. Т. 15, № 1 (42). С. 73-76.

42. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В.

43. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // Український вісник психоневрології. 2015. Том 23, № 2 (83). С. 105.

44. Deirdre J. Knapp, Trueman R. Tremble. Concurrent Validation of Experimental Army Enlisted Personnel Selection and Classification Measures. 2007. pp. 207–209.

45. Гриневич Є.Г., Маркова М.В., Кожина Г.М., Перший В.С. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів. // Медична психологія. 2013. № 1 (29). С. 76-82.

46. Bove A. A., Oxler S. J. Medical department operations in a fleet hospital during operation Desert Storm. Military Medicine. 1995. т. 8. pp. 391–395.

47. Даник Ю.Г., Друзь О.В., Черненко І.О. Система класифікації стресасоційованих та посттравматичних стресових розладів та її обґрунтування. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 7 (6). С. 65-79.

48. Даник Ю.Г., Друзь О.В., Черненко І.О. Формування синдромів війн та їх особливості. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 6 (11). С. 77-89.

49. Данілевська Н.В. Етіопатогенетичні та нозоструктуральні складові порушення сну у військовослужбовців – учасників АТО. // Медична психологія. 2017. Т. 12, № 4. С. 38-40.

50. Денисенко М.М. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 2. С. 40-44.

51. Lifton R. J. Advocacy and Corruption in the Healing Profession II Stress Disorders Among Vietnam Veterans II Ed. by C. R. Figley. 1978. т. V.

52. Денисенко М.М., Лакінський Р.В., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 2 (95). С. 50-55.

53. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Інтегративний підхід до психодіагностики посттравматичного стресового розладу у учасників антитерористичної операції. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 6 (11). С. 75-94.

54. Осьодло В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна допомога військовослужбовцям: досвід армію Ізраїлю. Військова психологія у вимірах

війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з між нар. участю. К. : КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. С. 63–65.

55. Salmon T. W. Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British army. *Mental Hygiene*. 1917; 1:509–547.

56. Hall D. P. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy. *Military Medicine*. 1996. т. 3. pp. 159–162.

57. Carrie H. Kennedy, Eric A. Zillmer. *Military Psychology*. 2006. Р. 142.; Heimkehr mit dem Trauma (aktualisiert 09.11.10): [Електронний ресурс] / Markus Decker. Режим доступу: <http://www.mz-web.de/servlet/ContentServer?pagename=ksta/page&atype=ksArtikel&aid=1289206270323&calledPageId=987490165154>.

58. Margalit Ch., Rabinovich S., Erion T., Solomon Z., Ribak J. Treatment of post-traumatic stress disorder an applied rear-echelon approach. *Military Medicine*. 1994. т. 5. pp. 415–418.

59. Якубова Л. Структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулись із зони АТО. *Молодь і ринок*. 2017. т. 5 (148). С. 50–54.

60. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Полуструктуроване інтерв'ю для комплексної діагностики постстресових психічних розладів та принципи клініко-діагностичної процедури. // *Вісник морської медицини*. 2017. № 1. С. 114-122.

61. Друзь О.В., Сиропятов О.Г., Бадюк М.І. Методичні рекомендації з удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримки миру і безпеки, із посттравматичним стресовим розладом: метод. рекомен. К.: МП Леся. 2014. 54 с.

62. Друзь О.В., Черненко І.О. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. // *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Випуск 1 (90). С. 45-48.

63. Жупан Б.Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору. // Екстрена медицина. 2017. № 3 (24). URL: <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>.

64. Заворотний В.І. Посттравматичні стресові розлади у учасників антитерористичної операції (бойові психогенії, клініко-психопатологічна характеристика). // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25. № 1 (90). С. 48-50.

65. Казмірчук А.П., Лашин О.І., Науменко В.О., Дорохова О.Е., Черненко І.О. Етапи формування посттравматичних стресових розладів у гібридних війнах. // «Research-science». 2019. № 9. С. 3-7.

66. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.А. Сучасна модель формування постстресових розладів у учасників бойових дій // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 1 (86). С. 51-56.

67. Когут Л. Не називайте їх АТО-шниками: психологія учасників бойових дій. // Офіційний сайт Міністерства оборони України. <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykamy-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii>.

68. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.О., Казмірчук А.П. Пат. 1609 Україна, МКП А61К 31/00. Спосіб медикопсихологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій. Харківський національний медичний університет. – u201810409; заяв.22.10.2018. опуб. 21.01.2019, Бюл. № 8 – 2 с.

69. Козира П.В. Механізми психологічного захисту в генезі психологічної дезадаптації у співробітників МВС України-учасників АТО. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 3. № 2 (6). С. 85-89.

70. Козира П.В. Феноменологія психологічної дезадаптації у співробітників МВС України-учасників в АТО. // American Scientific Journal. 2016. № 8 (8). Р. 40-46.

71. Корнієвський О.А., Горєлов Д.М. Український волонтерський рух у контексті світового досвіду. // Стратегічні пріоритети. 2015. № 1. С. 95-100.

72. Kishbaugh D., Dillingham T. Howard R.. Amputee soldiers and their return to active duty. Military Medicine. 1995. ґ 2. pp. 82–84.

73. Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І., Первомайський Е.Б., Дьяченко Л.І., Петриченко О.О., Мінко О.О. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Щорічний аналітичний огляд. // Харків. 2007. Випуск 4. 52 с.

74. Логановський К. М., Напрєєнко О. К., Зданевич Н. А., Логановська Т. К., Напрєєнко Н. Ю., Гресько М. В. Психоневрологічна допомога постраждалим внаслідок військових дій на сході України. // Психічне здоров'я. 2017. № 1-2 (50-51). С. 28-35.

75. Офіційна сторінка Медико-санітарної служби Німеччини (Sanitaetsdienst) <http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst>.

76. Литвиненко Л. І. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та демобілізованих. Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : Логос, 2015. Вип. 11. С. 34–51.

77. Наказ Міністерства оборони України ґ 702 від 09.12.2015 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16>

78. Наказ Міністерства оборони України ґ 702 від 09.12.2015 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час

відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16>

79. Марков А.Р. Індивідуально-психологічні особливості й поведінкові патерни як мішені психологічної корекції дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах консцієнтальної війни. // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. Т. 2, № 6. С. 182-193.

80. Марков А.Р. Клінічна варіативність дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. № 2 (6). С. 98-105.

81. Маркова М.В., Росінський Г.С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО. // Архів психіатрії. 2019. № 1 (94). С. 80-85.

82. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Федченко В.Ю. та ін. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб. // Львівський клінічний вісник. 2020. № 1 (29). С. 21-28. <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>.

83. Наказ Міністерства оборони України № 591 від 04.11.2016 р. «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16>.

84. Матяш М.М. Особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції – український синдром // Лікарська справа. 2014. № 12. С. 105-112.

85. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій. // Міжнародний неврологічний журнал. 2016. № 6. С. 58-64.

86. Мельник А.П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. Т. 2. №. 29. С. 100-105.

87. Харченко С. Я., Кратінов М. С., Ваховський Л. Ц., Кратінова В. О., Песоцька О. П., Караман О. Л. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: науково-навчально-методичний посібник для студентів, магістрантів, аспірантів та спеціалістів у галузі соціальної педагогіки, соціальної роботи. Луганськ: «Альма-матер», 2003. 198 с.

88. Ягупов В. В. Військова й соціальна психологія. К. : ВПЦ Київський університет, 2000. 522 с.

89. Михайлов Б.В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі: клінічна настанова. // Київ-Харків. 2015. 72 с.

90. Михайлов Б.В. Медико-психологічний супровод осіб з гострими розладами психіки і поведінки. // Міжнародний медичний журнал. 2016. № 1. С. 73-80.

91. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. псих. наук: 19.00.09 / Валерій Олександрович Лесков. Хмельницький : Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького, 2008. 22 с., с. 7

92. Михайлов Б.В. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.

93. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я : (навч.-довідк. вид.) / кол. авт. : В. Я. Білий, М. П. Бойчак, Л. А. Голик та ін. ; упоряд.: В. Я. Білий, Я. Ф. Радиш. К. : Преса України, 2001. 230 с.

94. Омельченко С. О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків : монографія / С. О. Омельченко. – Луганськ : Альма-матер, 2007. – 352 с.

95. Конституція України : Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. – К. : Преса України, 1997. – 80 с.

96. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–XII // Відом. Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 90.

97. Рингач Н. О. Державне управління охороною здоров'я як складова системи забезпечення національної безпеки : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 “Механізми державного управління” / Н. О. Рингач – К., 2010. – 36 с.; Савкіна О. В. Механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 / Савкіна О. В. – Донецьк, 2006. – 20 с.

98. Стефанчук Р. О. Здоров'я фізичної особи як об'єкт її особистих немайнових прав / Р. О. Стефанчук // Форум права. – 2007. – № 1. – С. 154–160. – Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/FP/2007-1/07sroonp.pdf>.

99. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України» : Указ Президента України від 24.09.2015 № 555/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/5552015-19443>.

100. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» : Указ Президента України від 06.06.2016 № 240/2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/240/2016>.

101. [Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» : Указ Президента України від 06.06.2016 № 240/2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/240/2016>.

102. [Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» : Указ Президента України від 06.06.2016 № 240/2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/240/2016>.

103. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31. {Із змінами, внесеними згідно із Законами № 294-IX від 14.11.2019, № 421-IX від 20.12.2019, № 524-IX від 04.03.2020}.

104. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31. {Із змінами, внесеними згідно із Законами № 294-IX від 14.11.2019, № 421-IX від 20.12.2019, № 524-IX від 04.03.2020}.

105. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення».

106. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення».

107. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення».

108. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».

109. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Відомості Верховної Ради України від 02.02.2018 — 2018 р., № 5, стор. 5, стаття 31.

110. Закон України «про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 №1053-IX) (Із змінами, внесеними згідно із Законами № 1962-IX від 15.12.2021; № 2347-IX від 01.07.2022; № 2494-IX від 29.07.2022.

111. Постанова Кабінету міністрів України «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 3.11.2021 № 1268) (із змінами,

внесеними згідно з Постановами КМУ № 1350 від 02.12.2022; №97 від 04.02.2023.

112. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я від 16.12.2022 № 1462.

113. Наказ МОЗ України «про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» від 16.11.2022 № 2083.

114. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

115. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

116. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

117. NATO Principles and Policies of Medical Support : MC 0326/3. – 2011. – 26 p.; Allied joint doctrine for medical support. Edition B. Version 1 : NATO standard AJP-4.10. – 2015. – 170 p.

118. Yamazaki T. Knowledge management of healthcare by Clinical-Pathways / T. Yamazaki, K. Umemoto // Journal of Information & Knowledge Management. – 2010. – Vol. 9 (2). – P. 119–125.

119. Про стандартизацію : Закон України від 05.06.2014 р. № 1315–VII / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – Офіц. вид. – 2014. – № 31. – С. 2405.

120. Булах О.Ю. Розвиток положень Женевських конвенцій у проекті військово-медичної доктрини України // Проблеми військової охорони здоров'я / Збірник наукових праць УВМА. Випуск 10, К., 2002, – С. 3 – 9.

121. Європейський Союз та Україна: Стратегія відносин у контексті розширення / Ін-т регіон. та євроінтеграц. Досліджень. – К.: “К.І.С”, 2003. – 206 с.

122. Левченко О.Є., Худенький І.Ю. Концептуальні підходи до покращення керованості та підвищення ефективності системи медичного забезпечення Сухопутних Військ США // Проблеми військової охорони здоров'я / Збірник наукових праць УВМА. Випуск 13, К., 2003, – С. 398 – 401.

123. Левченко О.Є., Шекера О.Г., Левченко Ф.М. Вихідні положення концепції системи медичного забезпечення армії Сполучених Штатів Америки // Проблеми військової охорони здоров'я / Збірник наукових праць УВМА. Випуск 10, К., 2002, – С. 31 – 36.

124. Наукове обґрунтування і розробка організаційних та економічних принципів функціонування системи медичного забезпечення Збройних Сил України у повсякденних і надзвичайних умовах” (шифр „Система”) // Звіт про науково-дослідну роботу / НДІ ПВМ ЗС України, 2004. – 124 с.

125. Наукове обґрунтування і розробка організаційно-штатної структури, принципів застосування мобільного військового госпіталю сил швидкого реагування (шифр “Блискавка”) // Звіт про науково-дослідну роботу / НДІ ПВМ ЗС України, 2000. – 138 с.

126. План дій Україна – НАТО, схвалений рішенням № 2 Державної ради з питань європейської і євроатлантичної інтеграції України від 6 лютого 2003 року.

127. Шекера О.Г. Наукове обґрунтування організаційно–функціональної структури та діяльності мобільного комплексу медицини катастроф при надзвичайних ситуаціях: Автореф... дис. канд. мед. наук.: 14.02.10. – К., 1996. – 21 с.

128. Михайлов Б.В. Стан і стратегічні напрями розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. // Медична психологія. 2011. № 3. С. 44-47.

129. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: Дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01. – К., 2003. – 447 с.

130. Осауленко О.Г. Моделювання та управління сталим соціально–економічним розвитком: Автореф. д–ра наук з держ. упр.: 25.00.05 / Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2002. – 36 с.

131. Державна політика та економіка охорони здоров'я: Практикум / М. Білинська, В. Григорович, Л. Жаліло та ін.; За заг. ред. І. Розпутенка, І. Солоненка. – К.: Вид–во “К.І.С.”, 2002. – 216 с.

132. Біжан І. Роль і місце системи підготовки офіцерських кадрів у забезпеченні національної безпеки України // Військо України, 2000. - № 11-12. – С. 4 – 8.

133. Наказ Міністра оборони України від 17 серпня 1998 року № 313 “Про затвердження Концепції кадрової політики в Збройних Силах України на період до 2005 року”, www.mil.gov.ua.

134. Нещадим М.І., Роль кадрової політики у створенні нової моделі Збройних Сил України.// Військо України – 2001. № 9 – 10. – с 14 – 17.; Нещадим М.І., Як підготувати професіонала? // Народна армія. – 2001. – № 216.

135. Постанова кабінету Міністрів України від 15 грудня 1997 року № 1410 “Про створення єдиної системи військової освіти”, www.kmu.gov.ua.

136. Постанова Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2001 року № 953 “Про затвердження наукової програми дослідження розвитку державної служби та вдосконалення кадрового забезпечення державного управління”, www.kmu.gov.ua.

137. Постанова кабінету Міністрів України від 16 грудня 2002 року № 1749 “Про заходи щодо вдосконалення професійного навчання керівників і спеціалістів центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, органів військового управління Збройних сил України з питань воєнної безпеки та оборони держави”, www.kmu.gov.ua.

138. Жаховський В.О. Актуальність та основні принципи формування концепції кадрової політики медичної служби Збройних Сил України //

Сучасні аспекти військової медицини / Збірник наукових праць ГВКГ МО України (Випуск шостий), К., 2001, с. 40 – 45.

139. Жаховський В.О. Державне управління системою кадрового забезпечення медичної служби Збройних Сил України // Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз: Матеріали наук.-пркт. конф. за міжнар. участю / За заг. Ред. В.І. Лугового, В.М. Князева. – К.: Вид-во УАДУ, 2002. У 2 т., т 2. – с.185 – 187.

140. Жаховський В.О. Основні напрями кадрової політики військово-медичної служби. // Современные аспекты военной медицины : Сб. научн. трудов ГВКГ МО Украины. Выпуск 5. – Киев, 2000, с. 47 – 57.

141. Михайлов Б.В., Гічун В.С., Михайлік О.П. та ін. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції (клінічна настанова). 3-тє вид., переробл. і доп. К.: МВС України, МОЗ України, 2018. 55 с.

142. Михайлов Б.В., Зінченко О.М., Федак Б.С., Сарвір І.М. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. Харків, 2014. 23 с.

143. Дудко С., Сороко В. Концепція стратегічного планування професійного навчання державних службовців // Вісник державної служби України, 2003. - № 3. – С. 72 – 79.

144. Михайлов Б.В., Лупей-Ткач С.І., Зінченко О.М. та ін. Психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції в закладах охорони здоров'я (методичні рекомендації). Х., 2018. 32 с.

145. Нижник Н., Черленяк І., Олуйко В. Синергетичні основи оптимізації державного управління // Вісник державної служби України, 2003. - № 4. – С. 62 – 70.

146. Мінко О.І. Лінський І.В., Бараненко О.В. Алкогольна поведінка та її наслідки у ветеранів АТО і цивільного населення, постраждалого від

«гібридної війни». // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1. С. 190.

147. Напрєєнко О.К., Сиропятов О.Г., Друзь О.В. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: метод. рекомендації. К.: Націон. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. 2014. 26 с.

148. Бакуменко В. Державне управління і державно–управлінські рішення: вступ до досліджень // Вісн. УАДУ. – 1999. – № 4 – С. 68–79.

149. Бакуменко В. Напрями і підходи до розвитку теоретико–методологічних засад формування державно–управлінських рішень // Вісн. УАДУ. – 2002. – № 1. – С. 5–14.

150. Бакуменко В. Теоретико–методологічні засади формування державно–управлінських рішень: Автореф. д–ра наук з держ. упр.: 25.00.01 / Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2001. – 36 с.

151. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників Антитерористичної операції: метод. рек.— Вінниця, 2016. 46 с.

152. Щекин Г.В., Теорія і практика управління персоналом: Навч.-методичн. посібник. – К.: МАУП, 1998. – 256 с.

153. Щекин Г.В., Теорія кадрової політики: Монографія. – К.: МАУП, 1997. – 176 с.

154. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. // У двох томах. Переклад з англійської. «Наш формат». К., 2017, Т-1. 579 с.

155. Пінчук І.Я. Поширеність психічних розладів в Україні // Профілактична медицина. 2010. № 1. С. 168-176.

156. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посібник // Пінчук, К.: КАЛИТА, 2014. 92 с.

157. Нижник Н., Мосов С. Механізм порівняльної оцінки та добору кадрів у системі державного управління // Вісн. УАДУ. – 1999. – № 2. – С. 9–17.

158. Рожнов В. Атестація персоналу // Справочник кадровика, 2005. - № 1. - С. 41 – 52; Сологуб М. Атестація спеціалістів: методичні рекомендації // Справочник кадровика, 2004. - № 3. - С. 37 – 44.

159. Сологуб М. Атестація спеціалістів: методичні рекомендації // Справочник кадровика, 2004. - № 4. - С. 20 – 30.; Ткаченко Е. Системы оценки персонала: парадоксы и ошибки // Справочник кадровика, 2004. - № 12. - С. 77 – 82.

160. Вишневецький А., Хмельницька О., Застосування моделі та профілів компетентності для управління персоналом в системі державної служби // Вісник державної служби України, 2004. - № 4. - С. 38 – 44.

161. Дудко С., Сороко В. Концепція стратегічного планування професійного навчання державних службовців // Вісник державної служби України, 2003. - № 3. - С. 72 – 79.

162. Корж І. Практика правового регулювання конкурсного добору кандидатів на державну службу в Сполучених Штатах Америки // Вісник державної служби України, 2003. - № 3. - С. 79 – 84.

163. Косаківська Л. Складові кадрової роботи та діловодства // Справочник кадровика, 2003. - № 8. - С. 34 – 35.

164. Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Гузенко К.В. Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації в учасників АТО: клініко-соціальна характеристика та практика психофармакотерапії. // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (1). С. 69-73..

165. Повідомлення Міністерства соціальної політики України, 12 серпня 2019 року. <https://www.msp.gov.ua/news/17459.html>.

166. Поліщук В.Т., Заворотний В.І., Соколова І.М., Кожина Г.М. Проблема психологічних та психопатологічних наслідків бойового стресу в сучасних умовах. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. Випуск 3 (84). 2015. С.159-160.

167. Пономарьов В.І., Северин Ю.В. Наслідки психотравмуючих впливів на здоров'я людини. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 2, № 2 (4). С. 23-30.
168. Сова В. Організація нормування праці: визначення чисельності працівників // Справочник кадровика, 2005. - № 6. - С. 72 – 74.
169. Сологуб М. Атестація спеціалістів: методичні рекомендації // Справочник кадровика, 2004. - № 3. - С. 37 – 44.
170. Сологуб М. Атестація спеціалістів: методичні рекомендації // Справочник кадровика, 2004. - № 4. - С. 20 – 30.
171. Проноза-Стеблюк К.В. Особливості медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з постконтузійним синдромом. // Медична психологія. 2019. №2. С.32-34.
172. Скрипніков А.М., Гринь К.В., Мартиненко Я.П. Терапевтичні аспекти лікування післятравматичних стресових розладів та розладів адаптації. // Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Київ, 27-29 квітня 2017 року. 2017. Т. 23, № 1 (88). С. 79.
173. Харченко М. Комплексна система оцінки результатів праці та особистих якостей працівників малих підприємств // Справочник кадровика, 2003. - № 12. - С. 79 – 82.
174. Закон України “Про освіту” від 23 травня 1991 року № 1060 – XII (із змінами), [www. Zakon. rada. gov. ua](http://www.Zakon.rada.gov.ua).
175. Закон України „Про вищу освіту” від 17 січня 2002 року № 2984-III, www. Zakon. rada. gov. ua.
176. Наказ Міністра оборони України від 24 березня 2003 року № 73 “Про управління системою військової освіти Збройних Сил України”, www. mil. gov. ua.
177. Наказ Міністра оборони України від 21 червня 2004 року № 221 “Про затвердження Положення про вищі військові навчальні заклади Збройних Сил України”, www. mil. gov. ua.

178. Наказ Міністра оборони України від 31 березня 2005 року № 207 “Про введення в дію рішення колегії Міністерства оборони України”, www.mil.gov.ua.

179. Наказ Міністра оборони України від 1 серпня 2005 року № 460 “Про введення в дію рішень колегії Міністерства оборони України”, www.mil.gov.ua.

180. Наказ Міністерства оборони України та Міністерства освіти і науки України від 8 травня 2002 року № 155/291 “Про затвердження Інструкції з планування та обліку діяльності науково-педагогічних (педагогічних) працівників вищих військових навчальних закладів (військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів, навчальних центрів Збройних сил України)”, www.kmu.gov.ua.

181. Наказ Міністерства оборони України, Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров’я України від 10 лютого 2003 року № 31/68/53 „Про удосконалення системи підготовки офіцерів медичної служби запасу”, www.kmu.gov.ua.

182. Наказ Міністерства оборони України, Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров’я України від 10 лютого 2003 року № 31/68/53 „Про удосконалення системи підготовки офіцерів медичної служби запасу”, www.kmu.gov.ua.

183. Наказ Міністерства освіти і науки України від 23 січня 2004 року № 48 “Про затвердження Тимчасового положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців”, www.kmu.gov.ua;

184. Нарожнов В.В., Хижняк М.І. Шляхи покращення практичної підготовки військових лікарів-епідеміологів та лікарів-гігієністів // Проблеми військової охорони здоров’я / Збірник наукових праць УВМА. Випуск 12, К., 2002, – С. 16 – 22.

185. Підвищення ефективності вищої освіти і науки як дієвого чинника суспільного розвитку та інтеграції в європейське співтовариство: Доповідь

В.Г. Кременя на підсумковій колегії Міністерства освіти і науки України (27 лютого 2004 р., м. Одеса). // Освіта України”. – 2004. – № 17. – 02.03.2004.

186. Постанова Кабінету Міністрів України від 19 серпня 1992 року № 490 „Про реформування військової освіти”, www.kmu.gov.ua.

187. Постанова Кабінету Міністрів України від 7 липня 1995 року № 501 „Про концепцію створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації”, www.kmu.gov.ua.

188. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 року № 820 „Про створення Української військово-медичної академії”, www.kmu.gov.ua.

189. Постанова кабінету Міністрів України від 20 січня 1998 року № 65 “Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту)”, www.kmu.gov.ua.

190. Постанова кабінету Міністрів України від 7 серпня 1998 року № 1247 “Про розроблення державних стандартів вищої освіти”, www.kmu.gov.ua.

191. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 року № 1299 “Про підготовку медичних фахівців для Збройних Сил України за освітньо-кваліфікаційним рівнем “бакалавр”, www.kmu.gov.ua.

192. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 2002 року № 1134 „Про затвердження нормативів чисельності студентів, аспірантів, докторантів, здобувачів наукового ступеня кандидата наук, слухачів, інтернів на одну штатну посаду науково-педагогічного працівника у вищих навчальних закладах III і IV рівня акредитації та вищих навчальних закладах післядипломної освіти державної форми власності”, www.kmu.gov.ua.

193. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 серпня 2003 року № 1380 „Про ліцензування освітніх послуг”, www.kmu.gov.ua.

194. Постанова Кабінету Міністрів України від 08 вересня 2004 року № 1183 “Про затвердження Державної програми розвитку вищої освіти на 2005-2007 роки”, www.kmu.gov.ua.

195. Закон України “Про освіту” від 23 травня 1991 року № 1060 – XII (із змінами), www.Zakon.rada.gov.ua.

196. Закон України „Про вищу освіту” від 17 січня 2002 року № 2984-III, www.Zakon.rada.gov.ua.

197. Наказ Міністра оборони України від 24 березня 2003 року № 73 “Про управління системою військової освіти Збройних Сил України”, www.mil.gov.ua.

198. Наказ Міністра оборони України від 21 червня 2004 року № 221 “Про затвердження Положення про вищі військові навчальні заклади Збройних Сил України”, www.mil.gov.ua.

199. Наказ Міністра оборони України від 31 березня 2005 року № 207 “Про введення в дію рішення колегії Міністерства оборони України”, www.mil.gov.ua;

200. Наказ Міністра оборони України від 1 серпня 2005 року № 460 “Про введення в дію рішень колегії Міністерства оборони України”, www.mil.gov.ua;

201. Наказ Міністерства оборони України та Міністерства освіти і науки України від 8 травня 2002 року № 155/291 “Про затвердження Інструкції з планування та обліку діяльності науково-педагогічних (педагогічних) працівників вищих військових навчальних закладів (військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів, навчальних центрів Збройних сил України)”, www.kmu.gov.ua.

202. Наказ Міністерства оборони України, Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров’я України від 10 лютого 2003 року № 31/68/53 „Про удосконалення системи підготовки офіцерів медичної служби запасу”, www.kmu.gov.ua.

203. Наказ Міністерства освіти і науки України від 24 грудня 2003 року № 847 „Про затвердження Ліцензійних умов надання освітніх послуг, Порядку здійснення контролю за дотриманням ліцензійних умов надання освітніх послуг, Положення про експертну комісію та порядок проведення ліцензійної

експертизи та Типового положення про регіональну експертну раду з питань ліцензування та атестації навчальних закладів”, www.kmu.gov.ua.

204. Наказ Міністерства освіти і науки України від 23 січня 2004 року № 48 “Про затвердження Тимчасового положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців”, www.kmu.gov.ua.

205. Нарожнов В.В., Хижняк М.І. Шляхи покращення практичної підготовки військових лікарів-епідеміологів та лікарів-гігієністів // Проблеми військової охорони здоров’я / Збірник наукових праць УВМА. Випуск 12, К., 2002, – С. 16 – 22.

206. Стеблюк В. В., Гончаренко І. Ф., Щвець А. В. Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців ЗС України: методичні рекомендації. К.: РРВ УВМА, 2017. 54 с.

207. Постанова Верховної Ради України від 04 червня 2004 року № 1755-IV “Про Рекомендації парламентських слухань “Про стан і перспективи розвитку вищої освіти в Україні”, www.Zakon.rada.gov.ua.

208. Постанова Кабінету Міністрів України від 19 серпня 1992 року № 490 „Про реформування військової освіти”, www.kmu.gov.ua.

209. Постанова Верховної Ради України від 04 червня 2004 року № 1755-IV “Про Рекомендації парламентських слухань “Про стан і перспективи розвитку вищої освіти в Україні”, www.Zakon.rada.gov.ua.

210. Постанова Кабінету Міністрів України від 19 серпня 1992 року № 490 „Про реформування військової освіти”, www.kmu.gov.ua.

211. Постанова кабінету Міністрів України від 20 січня 1998 року № 65 “Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту)”, www.kmu.gov.ua.

212. Постанова кабінету Міністрів України від 7 серпня 1998 року № 1247 “Про розроблення державних стандартів вищої освіти”, www.kmu.gov.ua.

213. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 року № 1299 “Про підготовку медичних фахівців для Збройних Сил України за освітньо-кваліфікаційним рівнем “бакалавр”, www.kmu.gov.ua.

214. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 2002 року № 1134 „Про затвердження нормативів чисельності студентів, аспірантів, докторантів, здобувачів наукового ступеня кандидата наук, слухачів, інтернів на одну штатну посаду науково-педагогічного працівника у вищих навчальних закладах III і IV рівня акредитації та вищих навчальних закладах післядипломної освіти державної форми власності”, www.kmu.gov.ua.

215. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 серпня 2003 року № 1380 „Про ліцензування освітніх послуг”, www.kmu.gov.ua.

216. Постанова Кабінету Міністрів України від 08 вересня 2004 року № 1183 “Про затвердження Державної програми розвитку вищої освіти на 2005-2007 роки”, www.kmu.gov.ua.

217. Порадник військовому лікарю (організація медичної служби частини у мирний час). Навчальний посібник. Тарасюк В.С., Жаховський В.О., Матвійчук М.В., Бондар П.Т., Стецюка С.П., Івашкевич Є.М., Руднєв Д.М. / Загальна редакція – проф. В.В.Пасько – Вінниця, 2003. – 242 с.

218. Наказ Міністра оборони України від 1994 року № 2 “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України”, www.mil.gov.ua.

219. Хвисьюк О.М., Марченко В.Г., Михайлов Б.В. Медична допомога учасникам бойових дій: навч. посіб. Харків: ХМАПО, 2016. 220 с.

220. Черненко І.О. Психофармакотерапія в структурі диференційованих індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій. // Архів психіатрії. 2018. № 95. С. 182-186.

221. Мудрик Н.І. До питання професійно-психологічного відбору в Українській військово-медичній академії // Проблеми військової охорони здоров'я / Збірник наукових праць УВМА. Випуск 9, К., 2002, – С. 15 – 22.

222. Пасько В.В., Єна А.І., Дорошенко М.М., Єщенко В.І. Професійний психофізіологічний відбір абітурієнтів та кандидатів у слухачі Української військово-медичної академії // Проблеми військової охорони здоров'я / Збірник наукових праць УВМА. Випуск 9, К., 2002, – С. 33 – 37.

223. Наказ Міністра оборони України від 12 грудня 2002 року № 408 “Про затвердження Положення про атестаційні комісії у Збройних силах України”, www.mil.gov.ua.

224. Медична служба Збройних Сил України (довідкові матеріали та керівні документи). Автори-упорядники – В.Я. Білий, М.П. Бойчак, Л.А. Голик, Я.Ф. Радиш, В.О. Жаховський / Передмова та загальна редакція – проф. В.Я. Білий – К.; 2001. – 220 с.

225. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 року № 820 „Про створення Української військово-медичної академії”, www.kmu.gov.ua.

226. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 року № 1299 “Про підготовку медичних фахівців для Збройних Сил України за освітньо-кваліфікаційним рівнем “бакалавр”, www.kmu.gov.ua.

227. Черненко І.О. Сучасні підходи до комплексного лікування ПТСР у учасників локальних бойових дій. // Актуальні проблеми транспортної медицини. 2018. № 4. С. 101-108.

228. Жаховський В.О. Помічники військових лікарів на службі в Збройних силах України // Народна армія, 2003. № 8.; Коршевер Н.Г., Полковов С.В., Лариненко О.В., Крупков П.А., Анастасов К.Н. Диагностика и технология оптимизации медицинского обеспечения воинской части // Воен.-мед. журн., 2000. - № 5. – С. 17 – 20.

229. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 року № 819 „Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров’я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини”, www.kmu.gov.ua.

230. Наказ Міністерства охорони здоров’я України та Міністерства оборони України від 15 грудня 1995 року №233/332 „Про створення кафедр екстремальної та військової медицини”, www.kmu.gov.ua.

231. Наказ Міністерства охорони здоров’я України та Міністерства оборони України від 18 липня 1996 року № 215/202 „Про введення в дію

Положення, Учебної програми, Типового штатного розкладу кафедр екстремальної і військової медицини та організацію їх роботи”, www.kmu.gov.ua.

232. Пасько В.В., Щербак О.І. Історичні аспекти підготовки офіцерів медичної служби запасу в Україні // Військова медицина України, 2002. - № 1. – С. 36 – 41.; Пасько В.В., Щербак О.І., Власенко О.М. Стан та перспективи розвитку системи підготовки офіцерів медичної служби запасу // Військова медицина України, 2002. - № 2. – С. 35 – 42.

233. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства оборони України від 18 липня 1996 року № 215/202 „Про введення в дію Положення, Учебної програми, Типового штатного розкладу кафедр екстремальної і військової медицини та організацію їх роботи”, www.kmu.gov.ua.

234. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 827 „Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф”, www.kmu.gov.ua.

235. Наказ Міністерства оборони України, Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я України від 10 лютого 2003 року № 31/68/53 „Про удосконалення системи підготовки офіцерів медичної служби запасу”, www.kmu.gov.ua.

236. Наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України від 18 грудня 1995 року № 331/236 “Про створення Української військово–медичної академії”, www.kmu.gov.ua.

237. Наказ Міністра оборони України від 09.12.2015 № 702 “Про Затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах”.

238. Наказ Головнокомандувача Збройних Сил України №305 від 18.10.2021 «Про затвердження Інструкції з організації психологічного забезпечення особового складу Збройних Сил України», Наказ Генерального штабу Збройних сил України №153 від 29.04.2017 «Про затвердження Інструкції з оцінювання морально-психологічного стану особового складу Збройних Сил України».

239. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» Офіційний вісник України офіційне видання від 12.01.2021 – 2021 р., № 3, стор. 39, стаття 121, код акта 102493/2020.

240. Наказ МО України від 05.08.2021 № 225 “Про затвердження Інструкції з фізичної підготовки ЗС України”.

241. Закон України «Про інноваційну діяльність» Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2002, № 36, ст. 266.

242. Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012, № 19-20, ст.166.

243. Кабінет Міністрів України Постанова від 31 жовтня 2018 р. № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України».

244. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

245. Шестопалова Л.Ф. Дослідження трансформації індивідуально-психологічних особливостей комбатантів, які перебували у зоні АТО // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 1. С. 162.

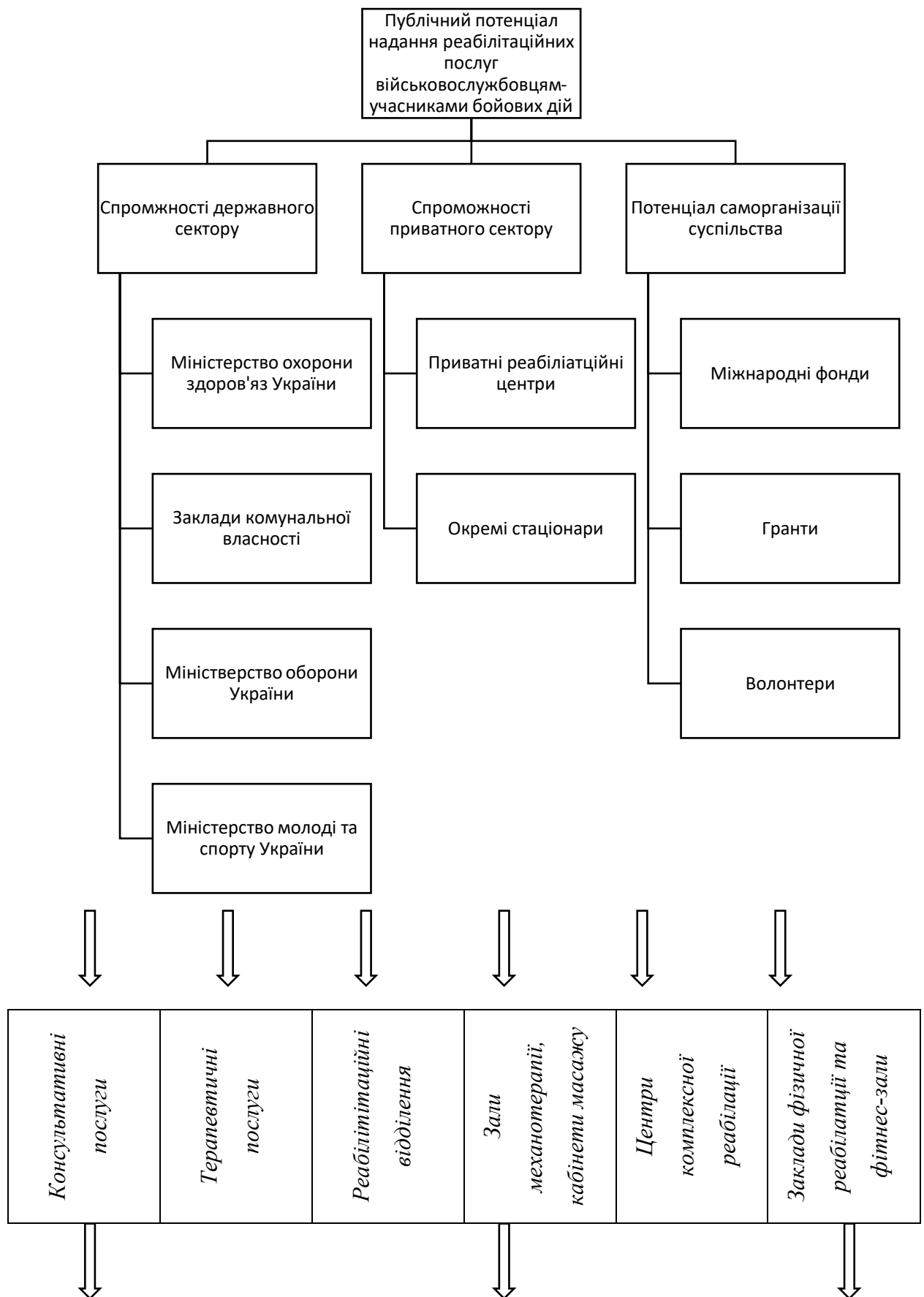
246. Кризина Н. П. Державна політика в галузі охорони здоров'я: генезис та закономірності розвитку : моногр. / Н. П. Кризина. – К. : Вид-во “СПД Кукош П. А.”, 2007. – 364 с.

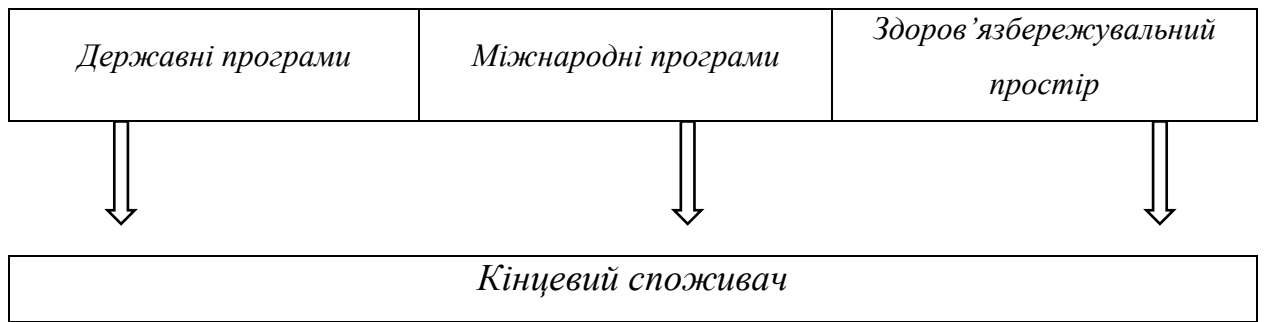
247. Кризина Н. П. Державна політика як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень, основний регулятор життєдіяльності суспільства (теоретико-методологічні засади) / Н. П. Кризина, В. П. Мегедь // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 3–4(7–8). – С. 258–262.

ДОДАТКИ**Додаток А**

Розробка автора

Додаток Б





Розробка автора

Медико-організаційні недоліки диспансеризації особового складу



Розроблено автором на основі [62]

Складність управління системою охорони здоров'я
особового складу ЗС України

Критерії	Зовнішні чинники, які	
	ускладнюють ефективне управління комплексною реабілітацією	сприяють ефективному управлінню комплексною реабілітацією
Завдання структурним підрозділам (службам)	ускладненням завдань, покладених на них	удосконалення підбору керівних кадрів; наукове удосконалення стилю роботи керівників
Ускладнення „зовнішніх” умов діяльності управлінь та служб, залучених до заходів реабілітації	прогресуючим процесом спеціалізації і диференціації медичних знань та функцій, що вимагають їх інтеграції в практичну діяльність	комплексне удосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління)
Підвищення відповідальності за прийняті управлінські рішення	необхідністю знань комплексних дисциплін, що інтенсивно розвиваються (теорії соціальної медицини, медичної статистики, менеджменту, економіки, планування та ін.)	удосконалення функції та структури апарату управління на всіх рівнях
Поранення та	Полі травми та змінами в	наукова організація

погіршення стану здоров'я контингенту, якому гарантовано безоплатну медичну допомогу	структурі захворюваності військовослужбовців, зумовленими виходом на перший план хронічних соматичних хвороб	комплексної реабілітації в керуючій та керованій підсистемах
Ускладнення „внутрішніх” умов діяльності медичної служби	наростанням потужності закладів охорони здоров'я МО України, залучення до медичного забезпечення військ потенціалу цивільної охорони здоров'я і ускладненням процесів управління ними та ін.	забезпечення творчої активності медичних колективів при реалізації завдань, поставлених перед охороною здоров'я загалом і закладом (підрозділом або частиною) зокрема

Розроблено автором на основі [185]

Локальні пріоритети системи управління СВОЗ ЗС України

Власний вектор локальних пріоритетів для рівня 2

	G
H_{sm1}	0,75
H_{sm2}	0,25

Матриця власних векторів локальних пріоритетів для рівня 3

	H_{sm1}	H_{sm2}
R_{sm1}	0,24	0,12
R_{sm2}	0,16	0,08
R_{sm3}	0,13	0,02
R_{sm4}	0,11	0,02
R_{sm5}	0,11	0,01

Матриця власних векторів локальних пріоритетів для рівня 4

	R_{sm1}	R_{sm2}	R_{sm3}	R_{sm4}	R_{sm5}
K_{sm1}	0,251	0,285	0,189	0,171	0,117
K_{sm2}	0,116	0,118	0,137	0,354	0,227
K_{sm3}	0,245	0,364	0,251	0,173	0,078
K_{sm4}	0,217	0,187	0,222	0,023	0,163
K_{sm5}	0,115	0,028	0,112	0,152	0,248
K_{sm6}	0,056	0,018	0,089	0,127	0,167

	Ksm1	Ksm2	Ksm3	Ksm4	Ksm5	Ksm6
Asm1	0,092	0,015	0,000	0,082	0,000	0,000
Asm2	0,089	0,045	0,000	0,000	0,045	0,000
Asm3	0,089	0,089	0,000	0,020	0,045	0,000
Asm4	0,000	0,022	0,000	0,030	0,022	0,045
Asm5	0,013	0,018	0,000	0,039	0,018	0,000
Asm6	0,000	0,040	0,068	0,024	0,050	0,032
Asm7	0,000	0,000	0,029	0,026	0,077	0,018
Asm8	0,087	0,000	0,080	0,047	0,018	0,083
Asm9	0,024	0,000	0,082	0,027	0,013	0,000
Asm10	0,021	0,000	0,028	0,000	0,000	0,000
Asm11	0,000	0,054	0,053	0,000	0,000	0,000
Asm12	0,000	0,089	0,054	0,056	0,000	0,000

Матриця власних векторів локальних пріоритетів для рівня 5

A_{sm13}	0,029	0,019	0,070	0,019	0,040	0,089
A_{sm14}	0,037	0,024	0,054	0,024	0,045	0,097
A_{sm15}	0,011	0,018	0,059	0,000	0,079	0,000
A_{sm16}	0,000	0,081	0,039	0,010	0,070	0,000
A_{sm17}	0,061	0,049	0,024	0,000	0,058	0,000
A_{sm18}	0,053	0,000	0,003	0,040	0,056	0,045
A_{sm19}	0,042	0,000	0,000	0,024	0,089	0,000
A_{sm20}	0,000	0,063	0,003	0,019	0,069	0,022
A_{sm21}	0,026	0,089	0,069	0,028	0,022	0,018
A_{sm22}	0,038	0,011	0,082	0,017	0,018	0,000
A_{sm23}	0,034	0,042	0,019	0,018	0,040	0,030
A_{sm24}	0,021	0,070	0,000	0,000	0,000	0,000
A_{sm25}	0,026	0,000	0,000	0,089	0,000	0,045
A_{sm26}	0,032	0,000	0,000	0,037	0,000	0,059
A_{sm27}	0,000	0,045	0,068	0,022	0,068	0,022
A_{sm28}	0,029	0,018	0,058	0,014	0,000	0,058
A_{sm29}	0,059	0,028	0,028	0,010	0,058	0,083
A_{sm30}	0,092	0,015	0,000	0,057	0,030	0,000

A_{sm31}	0,089	0,087	0,000	0,027	0,045	0,089
A_{sm32}	0,089	0,018	0,000	0,057	0,059	0,000

Розробка автора

Узгодженість пріоритетів ієрархії розвитку системи управління
медичною службою ВМС ЗС України в умовах сьогодення

Рівні	Пріоритети	n	$\lambda_{\max}$	IУ	ВУ
1	G	2	2	0	0
2	H_{sm1}	6	8,46	0,49	0,39
	H_{sm2}	6	7,03	0,21	0,17
3	R_{sm1}	6	6,30	0,06	0,05
	R_{sm2}	5	5,44	0,40	0,1
	R_{sm3}	5	5,22	0,19	0,17
	R_{sm4}	5	5,72	0,18	0,16
	R_{sm5}	5	5,08	0,02	0,18
4	K_{sm1}	31	38,93	0,26	0,17
	K_{sm2}	14	14,22	0,06	0,04
	K_{sm3}	13	19,93	0,58	0,39
	K_{sm4}	18	21,81	0,22	0,15
	K_{sm5}	11	15,46	0,25	0,17
	K_{sm6}	9	11,03	0,25	0,17

Розробка автора

Глобальні пріоритети множини елементів СВОЗ ЗС України

	Загрози	
H_{sm1}	Внутрішні	0,75
H_{sm2}	Зовнішні	0,25
Ризики зниження ефективності функціонування СВОЗ ЗС України		
R_{sm1}	Невідповідність організаційно-штатної структури медичної служби, служби ФВтаСД та органів управління завданням, які поставлено перед ними	0,329
R_{sm2}	Невідповідність нормативно-правової бази військово-медичної служби МС та ідповідність організаційно-штатної структури медичної служби, служби ФВтаСД ЗС щодо організації діяльності СВОЗ ЗС України	0,274
R_{sm3}	Невідповідність документів (планування та управління, обліку і звітності) щодо охорони здоров'я	0,187
R_{sm4}	Незадовільне технічне та технологічне забезпечення в інтересах ефективної діяльності органів управління медичною службою ЗС	0,166
R_{sm5}	Погіршення стану здоров'я особового складу та значне збільшення особового складу ЗС, який потребує реабілітації в зв'язку з пораненням та бойовим травмуванням	0,044
Механізми вирішення проблеми щодо зниження ефективності функціонування СВОЗ ЗС України		
K_{sm1}	Система управління ЗС України, як елемент системи державного управління	0,217

K_{sm2}	Економічні механізми удосконалення системи управління медичною службою ЗС	0,152
K_{sm3}	Законодавча та нормативно-правова діяльність у сферах охорони здоров'я	0,230
K_{sm4}	Кадровий менеджмент, а також підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації персоналу органів управління	0,175
K_{sm5}	Технічні та технологічні механізми СВОЗ ЗС України	0,143
K_{sm6}	Наукові дослідження	0,083
	Альтернативи	
A_{sm1}	міжнародне співробітництво у сфері управління силами та засобами СВОЗ ЗС України	0,036
A_{sm2}	цільові програми у сфері створення сучасної системи управління системою комплексної реабілітації ЗС	0,050
A_{sm3}	перегляд функцій та завдань системи управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС на всіх ієрархічних рівнях (тактичний, оперативний та стратегічний)	0,040
A_{sm4}	усунення невідповідностей між організаційно-штатними структурами органів управління медичною службою і службою ФВтаСД та завданнями, які стоять перед ними	0,041
A_{sm5}	створення триступеневої системи управління медичною реабілітацією ЗС та СВОЗ ЗС України	0,042
A_{sm6}	розмежування функцій, завдань та структур як організаційної, так і функціональних (лікувально-діагностична, санітарно-гігієнічна, медичного	0,047

	постачання, комплексної реабілітації а також освіти та науки) вертикалей управління СВОЗ ЗС України	
A_{sm7}	визначення переліку сил та засобів медичної служби ЗС в частині проведення заходів реабілітації, як складової СВОЗ ЗС України	0,084
A_{sm8}	створення чіткої системи управління системою комплексної реабілітації ЗС України	0,084
A_{sm9}	створення органу управління комплексною реабілітацією ЗС України стратегічного та оперативного-тактичного рівня	0,018
A_{sm10}	створення органу управління системою фізкультурно-спортивної реабілітації СВОЗ ЗС України	0,019
A_{sm11}	інтеграція системи управління медичної служби ЗС в систему Державної служби медицини катастроф	0,023
A_{sm12}	ухвалення та дотримання наказів, директив та розпоряджень щодо організації діяльності СВОЗ ЗС України в частині формування системи комплексної реабілітації	0,024
A_{sm13}	забезпечення необхідної степені централізації системи управління комплексною реабілітацією ЗС як складової СВОЗ ЗС України із наданням нижчим рівням системи управління за цим напрямком ініціативи у визначенні способів виконання поставлених перед ними завдань	0,024
A_{sm14}	розроблення положень (питань) взаємодії медичної служби ВМС ЗС із іншими зацікавленими міністерствами, відомствами та організаціями з	0,024

	охорони здоров'я	
A_{sm15}	впровадження найбільш прийнятних та доцільних моделей управлінських функцій на всіх рівнях управління медичною службою та службою ФВтаСД ЗС України	0,015
A_{sm16}	дотримання встановлених нормативів прийняття управлінських рішень щодо медичного забезпечення ВМС ЗС на підставі затверджених технологій	0,010
A_{sm17}	здійснення заходів щодо підвищення готовності до функціонування системи управління силами та засобами СВОЗ ЗС України	0,036
A_{sm18}	здійснення заходів щодо підвищення надійності та стійкості функціонування СВОЗ ЗС України	0,034
A_{sm19}	створення сучасної інформаційно-аналітичної та довідкової бази (як елемент інформаційно-аналітичної системи ЗС) з метою підвищення обґрунтованості управлінських рішень	0,035
A_{sm20}	використання сучасних підходів до організації праці із застосуванням комп'ютерних технологій щодо прийняття обґрунтованих управлінських рішень	0,023
A_{sm21}	удосконалення зв'язку (апаратно-технічної її складової) в системі управління медичною службою та службою ФПтаСД ЗС	0,030
A_{sm22}	розроблення нормативів та стандартів діяльності системи комплексної реабілітації ЗС за ситуаціями їх застосування	0,047

A_{sm23}	моніторинг за ефективністю функціонування системи управління силами та засобами медичної служби та служби ФПтаСД ЗС	0,032
A_{sm24}	контроль за ефективністю, обґрунтованістю та своєчасністю рішень щодо формування системи комплексної реабілітації ЗС	0,023
A_{sm25}	формування кадрового резерву на заміщення посад в органах управління медичної служби та служби ФПтаСД ЗС за напрямком медична та фізична реабілітація на всіх її ієрархічних рівнях	0,067
A_{sm26}	здійснення планового стажування офіцерів (лікарів-організаторів) за напрямком медична та фізична реабілітація у відповідних органах управління за напрямком як ЗС України, так і в країнах НАТО	0,083
A_{sm27}	створення відповідної системи підготовки та перепідготовки персоналу для всіх рівнів системи управління комплексною реабілітацією ЗС	0,053
A_{sm28}	створення принципово нових, за змістом та часом, планів медичного забезпечення ЗС в частині організації та проведення заходів комплексної реабілітації (довгострокове, середньострокове та короткострокове планування)	0,013
A_{sm29}	удосконалення існуючих форм і методів обліку та звітності в системі управління медичною службою ЗС	0,018
A_{sm30}	адміністративне покарання персоналу органів управління за несвоєчасність та неякісність відпрацювання завдань за призначенням	0,043

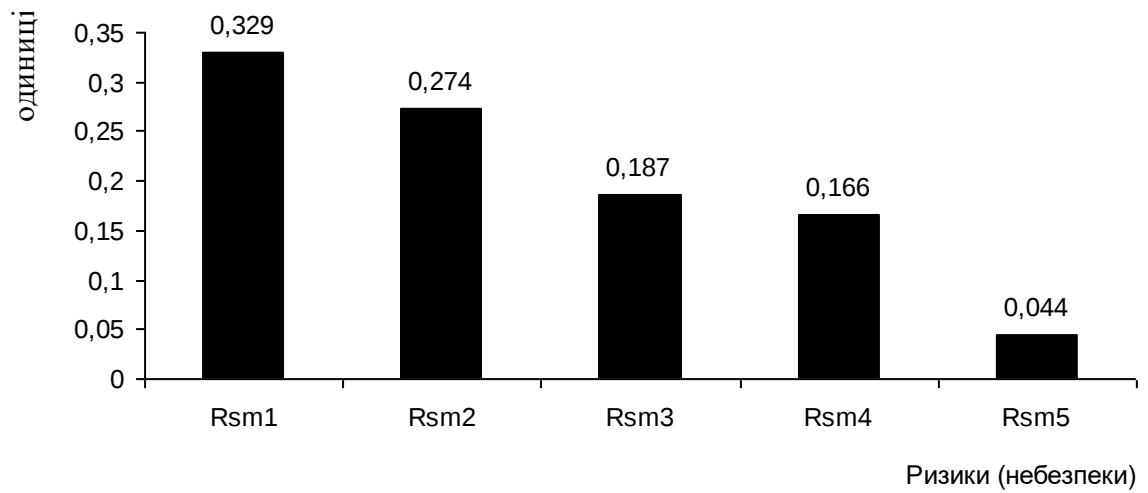
A_{sm31}	вивчення, узагальнення та впровадження в діяльність органів управління медичної служби та служби ФВтаСД ЗС передового практичного та наукового досвіду з важливих питань управління	0,068
A_{sm32}	проведення нарад та конференцій щодо впровадження нових методів та підходів у діяльність системи управління силами та засобами СВОЗ ЗС України	0,018

Розробка автора

Додаток Є

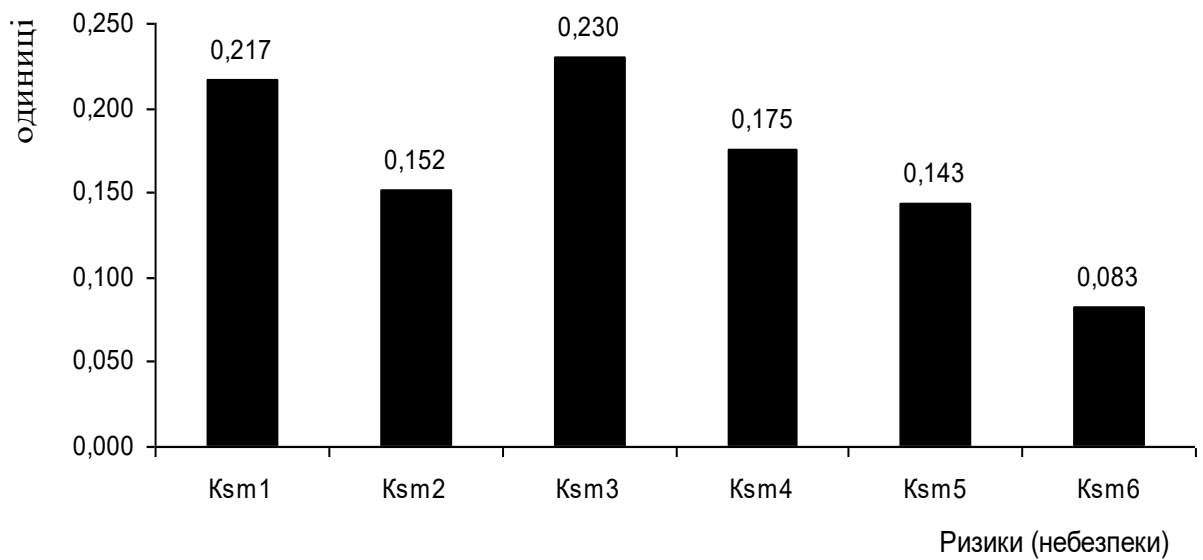
Розробка автора

Глобальні пріоритети ризиків зниження ефективності функціонування



Розробка автора

Глобальні пріоритети механізмів вирішення проблеми щодо зниження
ефективності функціонування СВОЗ в частині організації реабілітації
військовослужбовців ЗС України



Розробка автора

Перспективна модель ієрархічності та підпорядкованості нормативно-правової та директивної бази СВОЗ в частині формування системи комплексної реабілітації ЗС України.



Розроблено на основі [35]

Ефективність сучасної системи охорони здоров'я МО України

Медична	Соціальна	Економічна
1. Підвищення якості медичної та реабілітаційної допомоги. 2. Значного розвантаження ургентні ліжко-міста госпіталів за рахунок діагностування хвороби на ранніх етапах їх перебігу та проведення лікування на амбулаторно-поліклінічному рівні з використанням сучасних оздоровчих технологій. 3. скорочення терміну повернення до строю військовослужбовців, готових повноцінно виконувати свої професійні обов'язки. 4. Запровадження у практичну діяльність нових технологій діагностики та реабілітації. 5. Підвищення ефективності реабілітаційних послуг за рахунок залученням потенціалу охорони здоров'я цивільного населення та самоорганізації суспільства.	1. Зниження рівня загальної захворюваності. 2. Зниження показника звільнень військовослужбовців за станом здоров'я. 3. Удосконалення інформованості особового складу щодо методів збереження особистого здоров'я. 4. Збільшення частки осіб, що дотримуються здорового способу життя. 5. Розподіл діяльності системи за ієрархічними рівнями, що забезпечує раціональне використання ресурсів.	1. Збереження в державному бюджеті відповідного фінансового ресурсу в результаті ефективного виконання поставлених перед системою комплексної реабілітації ЗС завдань, розширення надавачів реабілітаційних послуг різної форми власності та залучення потенціалу самоорганізації суспільства. 2. Залучення кадрового потенціалу охорони здоров'я цивільного населення до участі до організації та проведення заходів комплексної реабілітації в СВОЗ 3. Раціональне використання ЛПЗ та оздоровчими установами ЗС сучасного медичного обладнання та апаратури, що спроможне дати економічний ефект.

Додаток І

Заходи щодо створення привабливого інвестиційного клімату в ринку
надання реабілітаційних послуг України

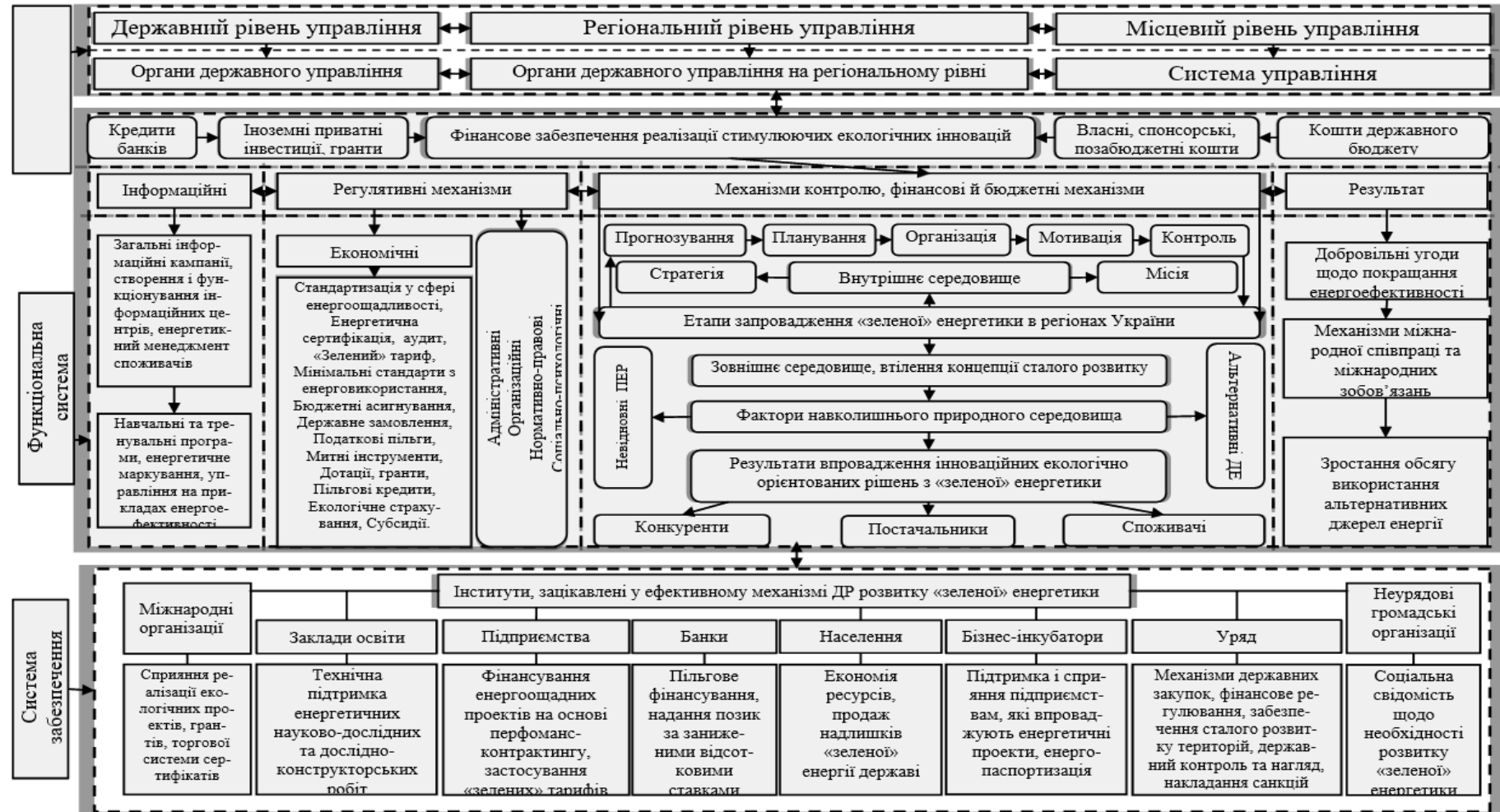
І етап – до 2025 р.	ІІ етап – до 2030 р.	ІІІ етап – до 2035 р.
1. Формування системи підтримки впровадження реабілітаційних технологій та систем управління (стимулювання впровадження інноваційних технологій), створення системи науково-технічних центрів розвитку технологій, проведення наукових досліджень та розвитку кадрового потенціалу реабілітації (гранти, стипендії, фінансування навчання за кордоном). 2. Забезпечення фінансової підтримки фундаментальних та прикладних наукових досліджень.	1. Забезпечення участі вітчизняних дослідницьких установ у науково-технологічних програмах ЄС та наближення України до Європейського наукового простору.	1. Створення національних високоспеціалізованих центрів реабілітації виро та підтримка їх виходу на зовнішні ринки.
3. Затвердження методології оцінки вартості капіталу, яка може бути врахована для формування тарифів на послуги з реабілітації.	2. Запровадження інструменту страхування інвестиційних ризиків в рамках дії механізму підтримки реалізації інноваційних проектів в секторі охорони здоров'я (Фонд розвитку ринку надання реабілітаційних послуг).	

4. Формування національної мережі трансферу реабілітаційних технологій, державної підтримки трансферу технологій (викупу технологій), локалізації виробництва реабілітаційних технологій.	3. Формування системи підтримки венчурної діяльності та трансферу реабілітаційних технологій, розвитку українських компаній з випуску товарів, які використовуються для проведення реабілітації.	2. Впровадження пілотних проектів створення приватних реабілітаційних центрів.
5. Запровадження нових навчальних програм підготовки фахівців у військових навчальних закладах з метою підготовки персоналу до роботи (служби) в СВОЗ ЗС України: - фізична реабілітація у СВОЗ; - «реабілітаційні технології» (сучасні інноваційні оздоровчі технології); - організація та проведення реабілітації військовослужбовців ЗС України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України.	4. Забезпечення першого випуску військовими вищими навчальними закладами спеціалістів за новими навчальними програмами.	3. Удосконалення навчальних програм підготовки фахівців відповідно до потреб забезпечення конкуренції українських центрів реабілітації на європейських ринках.

Розробка автора

Додаток І

Пропоновані механізми державного регулювання розвитку ринку реабілітаційних послуг в Україні



Розробка автора

**Благодійна організація
«БЕРДИЧІВСЬКИЙ БЛАГОДІЙНИЙ
ФОНД «ОБЕРІГ-26»**

м. Бердичів, вул. Європейська, 81
ПАТ КБ «Приватбанк»
r/pUA933052990000026003046403616
МФО: 311744
ОКПО: 39452692

тел. +38 097-250-87-11

№ 140923 від « 14 » 09 2023р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукового дослідження
Шостака Сергія Леонідовича
“Реабілітація військовослужбовців Збройних сил України у рамках єдиного
медичного простору охорони здоров’я України”,
що представлена на здобуття наукового ступеня доктора філософії
у галузі “Публічне управління та адміністрування”
за спеціальністю 281 “Публічне управління та адміністрування”

Результати НДР “Реабілітація військовослужбовців Збройних сил України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров’я України”, використовується благодійною організацією “Бердичівський Благодійний фонд “ОБЕРІГ – 26””.

Зокрема, положення дисертаційного дослідження Шостака С.Л. в частині формування реабілітаційного простору військовослужбовців-учасників бойових дій Збройних сил України в умовах ринку надання реабілітаційних послуг знайшли відображення у реалізації програми створення умов реабілітаційних послуг військовослужбовцям військових частин Бердичівського гарнізону та Сил територіальної оборони, в рамках якої Благодійним фондом започатковано проведення реабілітаційних заходів для військовослужбовців у власному центрі комплексної реабілітації та прийняв участь у програмах ЗС України за цим напрямком відповідно меморандуму про співпрацю з Міністром оборони України та командувачем Сил територіальної оборони ЗС України за рахунок залучення міжнародних інвестицій та волонтерської допомоги. Результати дисертаційного дослідження Шостака С.Л., які отримані під час виконання його наукового дослідження, було використано під час розробки програми розвитку ринку надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям Збройних сил України регіону Бердичівської громади.

Впровадження результатів дослідження Шостак С.Л. має прикладний характер і актуальне для покращення публічного управління у сфері охорони здоров’я населення України, яке постраждало в результаті військової агресії Російської федерації в Україні.

**Керівник
БО «ББФ «Оберіг-26»**



І.Л. Піскун

e-mail: oberig.26@ukr.net


МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ
УКРАЇНИ
ВІЙСЬКОВА ЧАСТИНА
A0135
Код 14302466
«19» 09 2023 р.
№ 313/5612
03168, м. Київ, 168, Повітрофлотський пр-т, 6

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукового дослідження
Шостака Сергія Леонідовича
“Реабілітація військовослужбовців Збройних сил України у рамках
єдиного медичного простору охорони здоров’я України”,
що представлена на здобуття наукового ступеня доктора філософії
у галузі “Публічне управління та адміністрування”
за спеціальністю 281 “Публічне управління та адміністрування”

Результати НДР “Реабілітація військовослужбовців Збройних сил України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров’я України”, використовується командуванням Об’єднаних сил Збройних сил України та командуванням Територіальної оборони.

Зокрема, положення дисертаційного дослідження Шостака С.Л. в частині формування реабілітаційного простору військовослужбовців-учасників бойових дій Збройних сил України в умовах ринку надання реабілітаційних послуг знайшли відображення у реалізації програми створення системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України в єдиному медичному просторі охорони здоров’я населення України.

Впровадження результатів дослідження Шостак С.Л. має прикладний характер і актуальне для покращення публічного управління у сфері охорони здоров’я військовослужбовців Збройних сил України, а саме для формування реабілітаційного простору зазначеної категорії в умовах ринку реабілітаційних послуг Охорони здоров’я населення України.

Начальник військово-медичного центру
Об’єднаного штабу військової частини A0135
полковник медичної служби


Олександр Лабунець



041007

Приватне акціонерне товариство
«Вищий навчальний заклад
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ
ПЕРСОНАЛОМ»



The Private Joint-Stock Company
«Higher Education Institution
«Interregional
Academy
of Personnel Management»

Україна, 03039, Київ-39, вул. Фрометівська, 2,
Тел. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

2, Frometivs'ka Str., 03039 Kyiv, Ukraine,
Tel. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

“ 06 ” грудня 2023 № 10872

ДОВІДКА
про впровадження результатів наукової роботи
аспіранта кафедри публічного адміністрування
Шостака Сергія Леонідовича

Дослідження Шостака С.Л. на тему “Публічне управління у сфері охорони здоров’я військовослужбовців Збройних Сил України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров’я України” виконане відповідно до наукової роботи НДР Міжрегіональної Академії управління персоналом на тему “Розвиток публічного управління та адміністрування в умовах системних галузевих реформ: соціальні, економічні, безпекові та культурні аспекти” (номер державної реєстрації 0119U100491).

У рамках даної наукової теми НДР Шостак С.Л. провів комплексне дослідження організаційно-правових засад публічного регулювання розбудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, виявивши ключові виклики та можливості, які впливають на ефективність цих процесів.

Аспірантом визначено особливості підготовки і професійного вдосконалення персоналу, який залучено до проведення заходів комплексної реабілітації особового складу Збройних Сил України. Має практичне значення розроблений здобувачем методологічний підхід до структуризації напрямів публічного регулювання системи комплексної реабілітації особового складу Збройних Сил України в в рамках єдиного медичного простору (охорони здоров’я населення) України. Аспірант запропонував у дисертаційній роботі модель оптимізаційного планування реалізації воєнно-медичної доктрини України в частині формування системи комплексної реабілітації особового складу Збройних Сил України в рамках єдиного медичного простору. На відміну від наявних підходів, запропоноване багатоваріантне планування реалізації проекту формування реабілітаційного простору військовослужбовців ЗСУ, що забезпечить дієвість комплексної реабілітації особового складу ЗСУ, буде ефективним в умовах воєнного стану України та невизначеності фінансових джерел.

Науковий керівник теми НДР,
доктор наук з державного управління,
професор



А. Семенець-Орлова