

**МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ
ПЕРСОНАЛОМ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ТОМАК ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

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

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИСТЕМИ
МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ
ЗБРОЙНИХ СИЛ 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 _____ О. О. Томак

Науковий керівник:

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

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Томак О. О. Механізми управління розвитком системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби Збройних Сил 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.

У дисертації розглядаються теоретичні, методологічні та практичні аспекти державного управління у сфері охорони здоров'я військових та ветеранів Збройних Сил України, базові підходи до організації процесу медичного забезпечення з урахуванням поточної ситуації. Проаналізовано найбільші проблеми щодо якості організації охорони здоров'я. Аналіз інформації привів до розробки нових підходів щодо трансформації сфери управління, зокрема, щодо її структури, взаємозв'язки між елементами та джерелами фінансування.

Значний вплив мало дослідження українських та закордонних прикладів оптимізації медичної системи для підтримки військовослужбовців. Проаналізовано законодавчу базу щодо цього питання в Україні, яка визначає нерегульовані частини системи та зосереджує на них увагу з метою максимізації ефективності персоналу, фінансів та управління. Розглянуто соціальну складову питання та визначено проблемні аспекти функціонування системи. Документально підтверджено функції та роль системи медичної допомоги Збройних Сил України щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. У процесі роботи опрацьовано отримані результати та розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного регулювання (з огляду на практичність їх застосування) системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил. Знайдено ресурс щодо

майбутнього збільшення потенціалу охорони здоров'я військовослужбовців.

Акцентовано увагу на розумінні процедури медичного забезпечення як цілісної системи та способів її прояву у взаємодії з громадянами. Окремо обговорюється існуюча суперечка щодо поточного стану медичної системи: з одного боку, необхідність розмежування цивільної та військової складових цієї системи, а з іншого – потенційна вигода від їх повної інтеграції.

Висловлено перспективу та методологічну позицію, які сприяють комплексному розумінню процедури медичного забезпечення та його значення. Акцентовано увагу на компоненті покращення в загальній системі охорони здоров'я, що матиме більший вплив на практику застосування європейських цінностей. Розглянуто різні аспекти функціонування системи охорони здоров'я військових та ветеранів Збройних Сил України, які пов'язані із соціально-медичним простором.

Наголошено, що потенційний ринок медичної допомоги в Україні достатньо великий для оптимізації функціональної системи охорони здоров'я військових та ветеранів Збройних Сил України в контексті єдиного медичного простору для населення України. Існують необхідні умови для широкого використання потенціалу ринку медичних послуг, зокрема врахування потенціалу самоорганізації суспільства.

Показано, що зміни у функціонуванні військ та їх медичному обслуговуванні пояснюються значною роллю політики держави щодо військової медицини, що підвищує значення медичної служби у збереженні здоров'я військовослужбовців та підтримці їх боєздатності. Державна політика щодо охорони здоров'я – це сукупність національних правил або зобов'язань, які сприяють Збройним Силам України у наданні медичної допомоги своїм солдатам. Підтверджено, що системний підхід до вирішення питання охорони здоров'я передбачає міжгалузеву взаємодію,

основна роль якої покладена на Міністерство у справах ветеранів та Міністерство оборони України. Взаємодія між відомствами неодмінно зумовлює необхідність сумісного функціонування багатьох сфер державної діяльності. Це призводить до кількох суттєвих питань щодо нормативно-правових аспектів розвитку та розуміння кожного вектора розвитку. Сьогодні системі охорони здоров'я бракує ефективності у використанні наявних ресурсів і вона змушена зазнавати значних змін у реалізації тактичної переваги, за рахунок втрат у стратегічному розвитку. Це має низку негативних наслідків для організації. Відповідь на ці запити – оптимізація інструментів державного управління. Необхідно приділити увагу фінансуванню галузі охорони здоров'я України з метою забезпечення загального здоров'я військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил, військового відомства зокрема. У чинному законодавстві про охорону здоров'я в Україні не внесено змін до порядку фінансування військової охорони здоров'я, а в системі охорони здоров'я цивільного населення України не встановлено перелік послуг, які б надавали спеціалізовану допомогу військовослужбовцям, які залучаються до бойових дій. Це значно зменшує кількість постачальників послуг, розподіл коштів відбувається нерівномірно, а доступ військових до цивільних ресурсів і можливостей обмежений.

Наголошено на потребі реформування у напрямку європейської моделі створення простору охорони здоров'я для військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України. Це складний перехід до ринку медичних послуг, де зростає участь агентів різних форм власності. Обговорення нагальних питань, пов'язаних зі створенням ринку медичних послуг населенню України, яке постраждало від військової агресії, передбачає прийняття рішень на національному рівні щодо створення єдиного медичного простору для всього населення України.

Важливо визнати, що складність адміністрування військової системи охорони здоров'я пов'язана зі складністю процесу управління: процес охоплює кілька організаційних систем, які впливають на управління багатьма функціями в установі, ці функції також характеризується складним набором правил. Система військової медицини складається з взаємопов'язаних органів, які беруть участь у військовому управлінні, служб, що надають всебічну допомогу воїнам (силам), організацій і ресурсів, які залучаються до зміцнення фізичного та психічного здоров'я, профілактики захворювань, усунення небезпеки для фізичного та психічного здоров'я воїнів, підтримання системи охорони здоров'я.

Запропоновано теоретичний підхід до планування заходів, які б максимізували ефективність медичної системи в рамках економії ресурсів сфери охорони здоров'я України в умовах обмежених можливостей для маневру. Ефективна оптимізація планування є надзвичайно важливою для реалізації місії створення простору для надання медичних послуг ветеранам України та їхнім родинам у складних умовах сьогодення. Основною метою ефективності управління проектами є скорочення витрат, а також максимізація результату і скорочення тривалості проекту. Запропонований спосіб державного регулювання має стати послідовним та впорядкованим із застосуванням методів, прийомів та важелів для реалізації запропонованого переліку принципів державного регулювання ринку послуг та створення ефективної системи охорони здоров'я населення України. Ці принципи випливають з європейського стандарту охорони здоров'я солдатів і ветеранів, які брали участь у бойових діях. Запропонована модель матиме значний вплив на всі сфери діяльності Збройних Сил України, у тому числі потенційну роль у захисті здоров'я та самозабезпеченні цивільного населення, ці властивості в кінцевому підсумку призводять до зниження рівня захворюваності, зменшення кількості звернень за медичною допомогою та безпосередньо впливають на

повернення поранених (хворих) військовослужбовців до виконання службових обов'язків.

Наукове та практичне значення отриманих результатів полягає у примноженні та модернізації знань, теоретичних підходів до обґрунтування політики щодо безпеки України в контексті покращення стану охорони здоров'я. Теоретичні аргументи, висновки та пропозиції можуть бути використані в практичній діяльності державних службовців і посадових осіб в Україні з метою підвищення ефективності публічної політики щодо створення єдиного простору охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: здоров'язбереження, медичне забезпечення, механізми публічного управління, реабілітація, медико-психологічна реабілітація, превентивна (профілактична) медицина, здоров'я, соціальна політика, медична реформа, ветерани, реабілітація, учасники бойових дій, здоров'язбереження, нормативно-правові акти, військовослужбовці, національна безпека, єдиний здоров'язбережувальний простір України.

ANNOTATION

Tomak O. O. Mechanisms of managing the development of the medical support system for military servicemen and veterans of the military service of the Armed Forces of Ukraine. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

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

The dissertation examines the theoretical, methodological and practical aspects of public administration in the field of health care of military personnel and veterans of the Armed Forces of Ukraine, basic approaches to the organization of the medical provision process taking into account the current situation. The biggest problems regarding the quality of health care organization are discussed. The analysis of information led to the concept of transformation of the sphere of management, which included the structure, relationships between elements and sources of funding.

The study of Ukrainian and foreign examples of optimization of the medical system for the support of military personnel had a significant impact. The legislative framework on this issue in Ukraine was analyzed, which identifies unregulated parts of the system and focuses attention on them in order to maximize the efficiency of personnel, finances and management. The social component of the issue was considered and problematic aspects of the system's functioning were identified. The functions and role of the medical care system of the Armed Forces of Ukraine regarding the implementation of state policy in the field of health care have been documented. In the course of the work, the obtained results were processed and practical recommendations were developed for improving the mechanisms of state regulation (taking into account the practicality of their application) of the system of medical support for servicemen

and veterans of the Armed Forces. Found a resource on the future increase in the potential of military health care.

Attention is focused on understanding the procedure of medical care as a complete system and ways of its manifestation in interaction with citizens. Also, the existing controversy regarding the current state of affairs is discussed: on the one hand, the need to separate the civil and military components of this system, and on the other hand, the potential benefit from their full integration.

The perspective and methodological position that contribute to a comprehensive understanding of the medical care procedure and its meaning are expressed. Attention is focused on the component of improvement in the overall health care system, which will have a greater impact on the practice of applying European values. Various aspects of the functioning of the health care system of military personnel and veterans of the Armed Forces of Ukraine, which are related to the social and medical space, are considered.

It is clear that the potential market of medical care in Ukraine is large enough to optimize the functional health care system of military personnel and veterans of the Armed Forces of Ukraine in the context of a single medical space for the population of Ukraine. There are necessary conditions for wide use of the potential of the medical services market, in particular, taking into account the potential of self-organization of society.

It is shown that the changes in the functioning of the troops and their medical service are explained by the significant role of the state policy on military health care, which increases the importance of the medical service in preserving the health of servicemen and maintaining their combat capability. State health policy is a set of national rules or obligations that assist the Armed Forces of Ukraine in providing medical care to its soldiers. It has been confirmed that a systematic approach to solving the issue of health care involves interdisciplinary interaction, the main role of which is assigned to the Ministry of Veterans Affairs and the Ministry of Defense of Ukraine. Interaction between

departments necessarily necessitates the simultaneous functioning of many spheres of state activity. This leads to several important questions regarding the regulatory and legal aspects of development and the understanding of each vector of development. Today, the health care system lacks efficiency in the use of available resources and is forced to undergo significant changes in the implementation of tactical advantage, due to losses in strategic development. This has a number of negative consequences for the organization. The answer to these requests is the optimization of public administration tools. It is necessary to pay attention to the financing of the health care industry of Ukraine in order to ensure the general health of servicemen and veterans of the Armed Forces, the military department in particular. In the current legislation on health care in Ukraine, no changes have been made to the procedure for financing military health care, and in the system of health care of the civilian population of Ukraine, there is no list of services that would provide specialized assistance to military personnel involved in combat operations. This significantly reduces the number of service providers, the distribution of funds is uneven, and the military's access to civilian resources and capabilities is limited.

We need a quick movement towards reforming in the direction of the European model of creating a health care space for servicemen and veterans of the Armed Forces of Ukraine. A difficult transition to the market of medical services, where the participation of providers of various forms of ownership is increasing. The discussion of urgent issues related to the creation of a market of services for the population of Ukraine, which suffered from military aggression, involves the adoption of decisions at the national level regarding the creation of a single medical space for the entire population of Ukraine.

It is important to recognize that the complexity of the administration of the military health care system is related to the complexity of the management process: the process encompasses several organizational systems that affect the management of many functions in the institution, these functions are also

characterized by a complex set of rules. The military health care system consists of interconnected bodies that participate in military management, services that provide comprehensive assistance to soldiers (forces), organizations and resources that are involved in strengthening physical and mental health, disease prevention, elimination dangers to the physical and mental health of soldiers, maintenance of the health care system.

A theoretical approach to the planning of measures that would maximize the efficiency of the medical system within the framework of saving resources of the health care sector of Ukraine in the conditions of a limited framework for maneuver is proposed. Effective optimization of planning is extremely important for the realization of the mission of creating a space for providing medical services to veterans of Ukraine and their families in today's difficult conditions. The main goal of project management efficiency is to reduce costs, as well as to maximize the result and reduce the duration of the project. The proposed method of state regulation should become consistent and orderly with the use of methods, techniques and levers to implement the proposed list of principles of state regulation of the service market and create an effective system of health care for the population of Ukraine. These principles derive from the European standard of health care for soldiers and veterans who participated in combat operations. The proposed model will have a significant impact on all areas of activity of the Armed Forces of Ukraine, including a potential role in protecting the health and self-sufficiency of the civilian population, these properties ultimately lead to a decrease in morbidity, a decrease in the number of requests for medical help and directly affect the return wounded (sick) servicemen before duty.

The scientific and practical significance of the obtained results lies in the multiplication and modernization of knowledge, theoretical approaches to the justification of policy regarding the security of Ukraine in the context of improving the state of health care. Theoretical arguments, conclusions and proposals can be used in the practical activities of Ukrainian civil servants and

officials in order to increase the effectiveness of their policy on creating a single area of health care in Ukraine.

Key words: healthcare, medical support, public administration mechanisms, rehabilitation, medical and psychological rehabilitation, preventive (prophylactic) medicine, health, social policy, medical reform, veterans, rehabilitation, combatants, healthcare, regulatory legal acts, military personnel, national security, unified healthcare space of Ukraine.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації у наукових фахових виданнях України з державного управління

1. Томак О. О. Вплив резильєнтності на прийняття управлінських рішень медичною службою ЗСУ в умовах ризику та невизначеності здоров'язбережувального простору. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування. 2023 № 7. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-05>.
2. Томак О. О. Базові підходи до прийняття управлінських рішень для функціонування медичної служби територіальної оборони Збройних Сил України в особливий період. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2022 № 32. С. 59-64. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2022.32.11>.
3. Томак О. О. Інтеграція системи організації медичного забезпечення територіальної оборони Збройних Сил України в єдиний здоров'язбережувальний простір України. Публічне управління та митне адміністрування. 2023 № 3 (38). С. 65-69. DOI: <https://doi.org/10.32782/2310-9653-2023-3.9>
4. Томак О. О. Проблемні аспекти організації надання медичних послуг в територіальних громадах в умовах війни. Публічне управління та адміністрування в Україні. 2024 № 41. С. 272-276. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2024.41.39>.

Тези конференцій

5. Томак О. О. Забезпечення організації медичного забезпечення Сил територіальної оборони Збройних Сил України у єдиному медичному просторі України. Травневі наукові зібрання – 2023, СХХІV Міжнародна науково-практична інтернет-конференція – м. Івано-Франківськ, 15 травня 2023 року. С. 186-188.

6. Томак О. О. Аспекти реалізації структурних особливостей медичного забезпечення у Силах територіальної оборони Збройних Сил України в рамках єдиного медичного простору України. Менеджмент ХХІ століття: глобалізаційні виклики: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції, 18 травня 2023 р. Полтава : ПДАУ, 2023. С. 287-288.
7. Томак О. О. Функціонування засобів реалізації права на медичне забезпечення в Силах територіальної оборони Збройних Сил України в рамках єдиного здоров'язбережувального простору. VI Міжнародний правничий форум «Права людини та публічне врядування в сучасних умовах», 9 червня 2023 року. С. 248-249. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-314-2-65>.
8. Томак О. О. Реалізація структурних особливостей реабілітації у Силах територіальної оборони Збройних Сил України в рамках єдиного медичного простору України. Збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції «Мультидисциплінарний підхід до реабілітації: реалії та перспективи», 23-24 лютого 2023 р. С. 74-76.
9. Томак О. О. Проблемні аспекти організації механізму державного управління медичним забезпеченням на рівні громади в контексті воєнного стану. Збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції «Наука, технології, інновації: актуальні проблеми теорії та практики» (м. Рига, Латвійська Республіка, 2024 р.). С. 87-89.

ЗМІСТ

ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МОНІТОРИНГУ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ (ОСІБ СТАРШОГО ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ).....	25
1.1 Стан осмислення стану здоров'я людей старшої групи працездатного віку у призмі індикаторів якості медичного забезпечення	25
1.2 Теоретичні компоненти міжнародного досвіду організації надання медичної та соціальної допомоги ветеранам збройних сил	39
1.3 Теоретичний аспект організації медичного забезпечення військової служби в Україні.....	57
Висновки до розділу 1	72
Розділ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ОСНОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ЗСУ	75
2.1 Нормативно-правовий механізм публічного управління у сфері соціального захисту військовослужбовців та ветеранів ЗСУ	75
2.2 Організаційно-процедурна складова госпіталізації військовослужбовців та ветеранів ЗСУ у контексті цивільно-військової взаємодії.....	86
Висновки до розділу 2.....	110
РОЗДІЛ 3 ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: КОМУНІКАТИВНИЙ АСПЕКТ ВЗАЄМОДІЇ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ТА ВЕТЕРАНАМИ ЗСУ	113
3.1 Функціонування моделі медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів ЗСУ в контексті єдиного здоров'язбережувального простору в Україні.....	113

3.2 Аналіз механізмів публічного управління у сфері реабілітації військовослужбовців та ветеранів ЗСУ	129
Висновки до розділу 3	144
РОЗДІЛ 4 ОПТИМІЗАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА ВЕТЕРАНАМ ЗСУ	148
4.1 Тенденції розвитку лікувально-профілактичної сфери у контексті єдиного здоров'язбережувального простору України	148
4.2 Інтеграційна модель організації медичного простору у площині функціонально-організаційної структури піклування про військовослужбовців та ветеранів ЗСУ	162
4.3 Медичне забезпечення вразливої категорії військовослужбовців та ветеранів ЗСУ, які потребують додаткової уваги	174
Висновки до розділу 4	188
ВИСНОВКИ	191
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	196
ДОДАТКИ	224

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТО –	– антитерористична операції
АСУ ЗС України	– автоматизована система управління Збройними Силами України
ВВНЗ	– вищий військовий навчальний заклад
ВГ	– військовий госпіталь
ГВКГ МО України	– Головний військовий клінічний госпіталь МО України
ГШ	– Генеральний штаб ЗС України
ЄС	– Європейський Союз
ДОЗ	– Департамент охорони здоров'я МО України
ЗСУ	– Збройні Сили України
КАПД	– клініка амбулаторно-поліклінічної допомоги
КВМЦ	– Київський військово-медичний центр
МГП	– міжнародне гуманітарне право
МОН	– Міністерство освіти і науки України
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НАТО	– Північноатлантичний альянс
СОУ	– Сили оборони України
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України

УВМА

– Українська військово-медична
академія

ВСТУП

Актуальність дослідження. У контексті широкомасштабного застосування Збройних Сил України в умовах посилення безпекових викликів в сучасній Україні важливо зазначити, що темпи модернізації та реформування мають носити прогностичний характер і відповідати на загрози, які тільки виникнуть перед Україною. Держава має бути здатною охороняти власні кордони, а Збройні Сили мають бути ефективними та дієвими. За цих умов оптимізація системи медичного забезпечення є однією з першочергових складових фундаментальної політики, що забезпечить ефективність використання Збройних Сил України за призначенням. Зважаючи на це, особливого значення набуває дослідження та розробка теоретико-методичних основ, порівнянних із системами медичного забезпечення різних армій світу. Адаптація досвіду НАТО до США та порівняння методів мають значний вплив на реформування та уніфікацію медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України. Історично успішний практичний досвід країн допомагає якісніше сформулювати власні вектори руху. Проте заходи з медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України наразі ще не є достатньо оптимізовані.

Нині механізми державного контролю за військовим реформуванням в Україні відіграють значну роль у забезпеченні національної безпеки країни. Державне управління військовою реформою сприятиме ефективному використанню всіх ресурсів, спрямованих на забезпечення національної безпеки України, забезпечення належного функціонування Збройних Сил України та посилення процесів контролю за ними.

Досвід медичного забезпечення в АТО/ООС та перебіг подій, які призвели до відбиття повномасштабного збройного нападу з боку російської федерації, засвідчили, що окрім безпосередньо військових на

медичне забезпечення впливають й інші фактори: політичні, економічні, соціальні, технологічні та інформаційні. Війна між агресором та Україною відбулася в ситуації, коли перш за все Збройні Сили України та інші сили безпеки і оборони були змушені змінити спосіб своєї діяльності, а також запровадити так званий комплексний підхід до проведення операцій, запропонований НАТО.

У сучасних умовах великої загрози для національної безпеки, ефективне медичне забезпечення є вкрай необхідним для підтримки боєздатності військ та здоров'я ветеранів. Зростаючі потреби у високоякісному медичному обслуговуванні цієї категорії осіб вимагають створення інтегрованих механізмів, що враховують інноваційні підходи до реабілітації та профілактики.

Зважаючи на існуючі численні проблеми в організації медичного обслуговування, зокрема в умовах війни та у повоєнний період, необхідно розробити комплексні стратегії для оптимізації медичних послуг, зокрема через покращення доступу до них, модернізацію інфраструктури та підвищення кваліфікації медичних працівників. Також необхідно враховувати міжнародний досвід у сфері медичного забезпечення військовослужбовців і ветеранів для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я цієї категорії осіб.

Розробка механізмів управління є ключовим фактором для забезпечення сталого розвитку медичної системи та підвищення якості життя військовослужбовців і ветеранів. Враховуючи багатогранність війни, система медичного забезпечення повинна бути максимально ефективною для досягнення стратегічних цілей на державному рівні, включаючи доступність лікування, реабілітацію, а також прискорення медичних рішень. У зв'язку з цим, здійснення наукового пошуку щодо удосконалення механізмів управління розвитком системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби ЗСУ

безпосередньо пов'язана з необхідністю забезпечення національної безпеки та швидкої адаптації до сучасних умов.

Теоретична та практична складова зазначеного питання точково були досліджені такими авторами як Бадюк М. І. [219], Жаховський В. О. [129], Савицький В. Л. [217], С. Шостак тощо. Проте ці дослідження носили фрагментарний характер та не задовольнили потребу у концептуальному обґрунтуванні комплексної дієвої системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів ЗСУ.

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.

Метою дослідження є розробка та наукове обґрунтування механізмів управління розвитком системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби Збройних Сил України для підвищення її ефективності та відповідності сучасним умовам.

Для досягнення поставленої мети визначено такий комплекс *завдань*:

- дослідити стан здоров'я ветеранів військової служби в сучасній Україні;
- проаналізувати механізми публічного управління у сфері медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів ЗСУ;
- оцінити потенціал наявних моделей медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів ЗСУ в рамках єдиного здоров'язбережувального простору в Україні;

- розробити рекомендації оптимізації механізмів публічного управління у сфері надання медичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам ЗСУ в умовах особливого посилення безпекових викликів в сучасній Україні.

Об'єкт дослідження - система медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів ЗСУ в умовах реформування медичної служби Збройних Сил України.

Предмет дослідження механізми управління розвитком системи медичного забезпечення, умови та фактори, що впливають на їх ефективність, організація надання медичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам ЗСУ.

Методи дослідження. Для комплексного аналізу та загального опису результатів на кожному етапі дослідження використовуються підходи системного аналізу. За допомогою історичного методу проведено ретроспективне дослідження інформації щодо стану здоров'я військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил, а також стану медичного забезпечення. Для виконання дослідницького процесу використаний комплекс пов'язаних, але різних, загальнонаукових і спеціальних методів, які призначені для отримання об'єктивних, фактичних результатів. Ці методи включають вивчення літературних джерел і дослідження розвитку проблем. Метод історичного аналізу літературних джерел використовується для оцінки ступеня обґрунтування представленої проблеми у науковій літературі, як вітчизняній, так і зарубіжній. Метод моделювання призначений для розробки нового методичного підходу до оптимізації державного регулювання комплексною системою медичного забезпечення особового складу Збройних Сил України в контексті реформування охорони здоров'я України. Узагальнення, а також метод прогнозування – використовуються при виробленні висновків, рекомендацій і пропозицій щодо державного регулювання. Методи аналізу,

синтезу, класифікації та систематизації, а також аналогії застосовуються для дослідження стану нормативно-правової бази, організаційно-правових основ системи військової медицини. Основою дослідження вважаються законодавчі та нормативні акти Верховної Ради України, Укази та розпорядження Президента України, Постанови Уряду України, законодавчі та нормативні документи НАТО щодо охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у наступному.

Вперше:

обґрунтовано застосування інтеграційно-координаційної моделі розвитку системи охорони здоров'я, наукових підходів до реформування системи військової охорони здоров'я для забезпечення ветеранів медичними послугами у єдиному медичному просторі на рівні з цивільним населенням України, що сприятиме реалізації державної політики у соціальній сфері;

розроблено план заходів для підвищення ефективності медичного та соціального забезпечення ветеранів і військовослужбовців Збройних Сил;

удосконалено:

рекомендації щодо подальшого розвитку механізмів публічного управління медичним забезпеченням Збройних Сил України в умовах надзвичайних обставин;

обґрунтування оптимізації нормативного забезпечення діяльності органів державного управління на основі перегляду компетенції органів, які беруть участь у виконанні функцій медичного забезпечення, їх правового статусу та усунення дублюючих функцій;

дістали подальшого розвитку:

методичний підхід до організації державного управління у сфері медичного обслуговування військових та ветеранів Збройних Сил України в контексті єдиного простору охорони здоров'я населення України;

положення про зв'язок між показниками якості життя військових ветеранів та їх попередньою професійною діяльністю, положення про необхідність приведення стану медичного та соціального страхування військовослужбовців та ветеранів у відповідність до їх реальних потреб.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що вони можуть стати основою для обґрунтування наукових положень, висновків і рекомендацій, які становлять теоретико-методологічну основу практичного вдосконалення нормативно-правових актів, що врегульовують суспільні відносини щодо створення ефективної системи охорони здоров'я військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України.

Впровадження результатів досліджень здійснено при формуванні доктринального документу у Силах Територіальної оборони Збройних Сил України (Медичне забезпечення у Силах територіальної оборони Збройних Сил України (Додаток В)), діяльності Благодійної організації «Бердичівський благодійний фонд «ОБЕРІГ-26» (довідка про впровадження від 14.09.2023 № 140924), Міжрегіональною 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 № 4303/1 від 17.10.2024) та діяльності медичної служби Сил територіальної оборони Збройних Сил України (довідка про впровадження № 760/22/38223 від 19.12.2024).

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.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дисертації теоретичні положення рекомендації та висновки апробовано на різноманітних щорічних всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, круглих столах, зокрема: СХХІV Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Травневі наукові зібрання – 2023» (м. Івано-Франківськ, 2023 р.), VII Міжнародної науково-практичної конференції «Менеджмент ХХІ століття: глобалізаційні виклики» (м. Полтава, 2023 р.), VI Міжнародному правничому форумі «Права людини та публічне врядування в сучасних умовах» (м. Чернівці, 2023 р.), II Міжнародній науково-практичній конференції «Мультидисциплінарний підхід до реабілітації: реалії та перспективи» (м. Київ, 2023 р.), Міжнародній науково-практичній конференції «Наука, технології, інновації: актуальні проблеми теорії та практики» (м. Рига, Латвійська Республіка, 2024 р.) та ін.

Публікації. Загальні результати дисертації та її основні ідеї, теоретичні положення, рекомендації та висновки викладено в 9 наукових працях, 4 з яких опубліковано у фахових наукових журналах та збірниках, 5 - у тезах доповідей на науково-практичних конференціях та круглих столах.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційне дослідження складається зі вступу, чотирьох розділів, списку використаних джерел (219 найменування), додатків. Повний обсяг дисертації становить 231 сторінку, обсяг основного тексту – 195 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МОНІТОРИНГУ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВETERANІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ (ОСІБ СТАРШОГО ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ)

1.1 Стан осмислення стану здоров'я людей старшої групи працездатного віку у призмі індикаторів якості медичного забезпечення

Важливість якісних медичних послуг має першочергове значення для загальної медичної допомоги, оскільки неякісні послуги, незалежно від їх доступності, можуть перешкодити комплексній охороні здоров'я. Сьогодні низька якість медичної допомоги набагато більше шкодить зниженню смертності, ніж відсутність доступу. Близько 60% смертей, яким можна запобігти, спричинені поганим медичним обслуговуванням, решта смертей спричинені невикористанням системи охорони здоров'я [9]. Високоякісні системи охорони здоров'я можуть щорічно запобігти двом мільйонам смертей від серцево-судинних захворювань, одному мільйону смертей новонароджених, 850 000 смертей від туберкульозу та половині всіх смертей матерів під час пологів. Витрачені ресурси та високі витрати є фінансовими наслідками низькоякісних систем охорони здоров'я. Таким чином, лише одна чверть людей у країнах із низьким рівнем доходу та одна третина людей у країнах із середнім доходом вважають, що їхні системи охорони здоров'я функціонують належним чином. Наприклад, щорічні витрати, пов'язані з додатковим перебуванням у лікарні та повторними госпіталізаціями після операції, за оцінками, становлять від 3,7 до 11 мільярдів доларів у США та від 1,37 до 18,1 мільярда євро в Європі [5]. Подібним чином глобальні наслідки резистентності до антибіотиків досі майже невідомі, але в США щорічні витрати для системи охорони здоров'я

становлять від 22 до 35 мільярдів доларів США. Зрештою, річна вартість непотрібного кесаревого розтину оцінюється в 2,52 мільярда доларів, що набагато більше, ніж вартість необхідного кесаревого розтину [6]. На жаль, ініціативи, спрямовані на покращення здоров'я населення, як правило, зосереджені на забезпеченні доступу до основних медичних послуг, замість того, щоб брати до уваги якість обслуговування. Багато ініціатив, спрямованих на покращення якості медичної допомоги, намагалися забезпечити доступність основних ресурсів, таких як технології, обладнання, фармацевтичні препарати та професійна підготовка. Дилема лідерів охорони здоров'я полягає у виборі між якісними механізмами медичної допомоги, які мають найбільший вплив на систему охорони здоров'я, і часом їх використання. Питання неефективності постачальників медичних послуг і, як наслідок, недостатнє охоплення високоякісною медичною допомогою особливо гостро стоїть у країнах з низьким і середнім доходом. Організація економічного співробітництва та розвитку заявляє, що Україна займає нижче місце, ніж країна із середнім доходом. Національна служба здоров'я України, яка була створена у грудні 2017 року, є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику щодо охорони здоров'я держави та медичного обслуговування населення за програмою медичної допомоги. У країнах з високим рівнем доходу лікування відбувається відповідно вказівок, визначених національним урядом. Однак у багатьох країнах із низьким і середнім рівнем доходу ці пропозиції або недоступні, або погано впроваджуються. Незважаючи на ці вказівки, визначення того, що вважається надмірною допомогою, не є чітко окресленим і потребує ретельного розгляду. Без інструкцій щодо того, як максимізувати ефективність механізмів забезпечення якості, такі популярні засоби, як плата за виконання, аудит і зворотній зв'язок, а також клінічні протоколи та настанови часто

використовуються на практиці як окремі комплексні інструменти якості. Результатом є неефективне використання механізмів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги та загального стану здоров'я. Ця процедура потребує використання різноманітних засобів, таких як клінічний нагляд, команди покращення якості та аудит установ [8]. Накопичені знання мають сприяти підвищенню якості медичної допомоги шляхом забезпечення зворотного зв'язку, який допоможе визначити майбутні пріоритети практичного підходу до вимірювання та аналізу якості медичної допомоги. Важливо те, що цей цикл має відношення до кожного компонента системи охорони здоров'я, включаючи внесок персоналу та закладів надання медичної допомоги та цільову аудиторію, що є ключовим для системи в цілому. Традиційна ідея якості в охороні здоров'я, створена Аведісом Донабедіаном, лікарем з Лівану та дослідником політики охорони здоров'я в Школі громадської охорони здоров'я Мічиганського університету, розрізняє структуру, процес і результат. Американська версія Інституту медицини розширила цю концепцію та рекомендувала зосередити зусилля щодо покращення якості охорони здоров'я навколо шести цілей, перерахованих вище:

- ефективність;
- оптимальність;
- справедливість;
- орієнтованість на пацієнта;
- безпека;
- своєчасність.

Системи охорони здоров'я в збіднілих країнах повільно змінювали свої функції, зосереджуючись на інфекційних захворюваннях і догляді за вагітними жінками та дітьми, але потреби та очікування щодо охорони здоров'я змінилися. Уряди багатьох розвинених країн намагаються

забезпечити своїх громадян доступною та якісною медичною допомогою. Розробити комплексний план складно, але реалізувати його ще складніше в контексті історії, активів і владних структур у країні. Деякі країни не в змозі внести необхідні зміни, оскільки вони розподіляють повноваження між кількома сторонами або рівнями системи. Таким чином, реалізація національної стратегії можлива, але це набагато складніше. Вчені запропонували модель національної стратегії якості, яка включає чотири рівні складності [11]:

- національний – формування політики;
- регіональний/місцевий – трансформація національної політики в місцевий контекст;
- інституційний – належне управління;
- індивідуальний – це рівень взаємодії між пацієнтами та медичними працівниками, де ключові атрибути якості мають бути реалізовані через індивідуальну поведінку.

Якість клінічної допомоги залежить від взаємодії між постачальниками медичних послуг і пацієнтами, а також від того, як дії системи охорони здоров'я перетворюються на результати для здоров'я. Лікування, що надається, має бути ефективним, базуватися на доказах і не бути ні недооціненим, ні переоціненим. Ідея клінічної ефективності зазвичай зосереджується на процесі лікування, а не на самих препаратах чи обладнанні. Клінічні процеси опосередковано пов'язані з поведінкою постачальників медичних послуг, і їх вимірювання може служити критичним попередником у розробці методів покращення догляду за пацієнтами. Сфера вимірювання якості в охороні здоров'я зазнала значного зростання за останні кілька десятиліть, що призвело до підвищення інтересу серед науковців, політиків і широкої громадськості. У багатьох країнах, включаючи Канаду, Австралію, Мексику, Бельгію, Нідерланди, Італію, Іспанію та більшість

скандинавських країн, якість медичної допомоги регулярно моніториться як частина загальної ефективності системи охорони здоров'я [13]. Крім того, зростає кількість міжнародних ініціатив, спрямованих на оцінку якості медичної допомоги в різних країнах. Комісія ЄС посилили свої зусилля з оцінки та порівняння якості охорони здоров'я в усьому світі. Зростаюча популярність вимірювання якості сприяла зростанню можливостей вимірювання та аналізу якості охорони здоров'я, в результаті чого інформаційні технології та відповідні інновації в методології вимірювання мали значний вплив на цю сферу.

Національні політики визнають, що без показників важко гарантувати високу якість послуг у країні, оскільки неможливо розрізнити хороших і поганих постачальників або хороших і поганих практиків без інформації про якість медичної допомоги. Вимірювання якості медичної допомоги є важливим для багатьох різних зацікавлених сторін у сфері охорони здоров'я. Постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 17 жовтня 2023 р. № 1093 внесено зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 1093. 410 з метою забезпечення дотримання надавачами медичних послуг умов договорів щодо обслуговування населення України. Зазначеною постановою запроваджено поняття «ризик-орієнтованого підходу» як способу оцінки ступеня задоволеності замовника зобов'язанням надавача щодо надання медичних послуг, підхід ґрунтується на порівнянні повноти та достовірності інформації у звіті про медичні послуги за договором з інформацією в системі, медичними документами та іншими даними, які демонструють відповідність послуги договору та дозволяють використовувати автоматичний моніторинг для оцінки ступеня ризику, пов'язаного з обслуговуванням. Постановою Кабінету Міністрів України № 1093 визначено мету моніторингу Національної служби здоров'я України:

- удосконалення діяльності надавачів медичних послуг у рамках реалізації програми медичних гарантій;
 - підвищення ефективності використання коштів за програмою медичних гарантій;
 - підвищення прозорості відносин між замовником і провайдерами;
 - виявлення, усунення та запобігання можливим порушенням договору;
 - підвищення якості, повноти та достовірності інформації в електронній системі охорони здоров'я та інформаційній системі замовника.
- Ідея якісного моніторингу розвинулась від концепції людської помилки та недбалості, яка призвела до культури звинувачень, до загального розуміння того, що якість є результатом функцій системи та вимагає загальносистемної реакції. Визнання комплексного характеру якості медичної допомоги має ключове значення для розширення пріоритетних змін у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості є важливою для спостереження, оцінки та покращення медичних послуг. Індикатори якості – це показники, які використовуються для оцінки ефективності, безпеки та орієнтованості на пацієнта [17]. Індикатори класифікуються різними способами, найпоширенішими з яких є структура, процес і результат. Рамкові індикатори зазвичай використовуються для вимірювання можливостей або ресурсів, доступних для надання послуг, тоді як індикатори процесу використовуються для оцінки якості послуг і, таким чином, надають важливу інформацію для покращення. Індикатори результату мають першочергове значення, оскільки вони демонструють вплив медичної допомоги. Незалежно від вибору індикаторів, потенціал успіху та достовірність індикаторів є найважливішими та фундаментальними компонентами. Крім того, валідність і надійність показників є вирішальними для процесу клінічного вимірювання.

Необхідна операціоналізація теоретичної концепції якості за допомогою набору показників якості, які є специфічними для мети та контексту вимірювання. Індикатори якості повинні гарантувати [20]:

- ціль якості, яка є визначеною концепцією того, що має бути досягнуто, наприклад, рівень смертності пацієнтів, госпіталізованих із пневмонією, має бути якомога нижчим;

- поняття вимірювання, яке є визначеним методом збору та обчислення даних, наприклад, частки госпіталізованих пацієнтів з первинним діагнозом пневмонія, які померли.

Формулювання про те, як індикатор має використовуватися для оцінки якості, наприклад, якщо рівень стаціонарної смертності становить 11% або менше, це вважається якісним. Слова «показник» і «показчик» часто використовуються як синоніми, але в контексті якості доцільніше використовувати термін «показник якості» для показників, які супроводжуються оцінкою. Це пов'язано з тим, що вимірювання показника якості охорони здоров'я без оцінки не може визначити, наскільки виміряні значення є хорошими чи поганими. Наприклад, показник повторної госпіталізації – це кількість повторних звернень до лікарні. Однак це стає показником якості, коли досягнуто порогове значення, яке вказує на кількість повторних госпіталізацій вище за середню, що може вказувати на недостатню якість медичної допомоги. У роботі Дадлік Л. окреслив п'ять кроків у розробці показників якості медичної допомоги:

- Створення концептуальної основи – концептуальна основа уточнює мету та обсяг показників якості медичної допомоги, визначає, які концепції чи параметри медичної допомоги вимірюються і як, в принципі вони виміряні.

- Сходження до даних або клінічних рекомендацій – цей крок необхідний, оскільки неможливо дізнатися, як оцінити якість медичної допомоги, не маючи глибокого розуміння показників;

- Вибір індикаторів на основі їх важливості та доказів, на яких вони базуються (валідність і надійність), простоти використання, практичності та наявності інших індикаторів.

- Згода експертів та обговорення із зацікавленими сторонам.

- Тестування та впровадження передбачає експерименти з показниками, призначеними для використання в охороні здоров'я [23].

Через складність надання медичної допомоги та численні важливі аспекти якості багато систем вимірювання якості створюють велику кількість показників якості, однак це може призвести до неоднозначності у виборі пацієнтів, які є найбільш відповідними, і це важко для політиків, щоб визначити, чи підвищується загальна якість медичної допомоги. У відповідь на ці перешкоди багато ініціатив, присвячених вимірюванню якості, створили методи для об'єднання різних показників у так звані «інтегровані показники якості». Вони збирають інформацію з численних індивідуальних показників, що надає вичерпний опис якості. Композитні бали мають багато цільових компонентів: пацієнти можуть обирати постачальників на основі своїх комбінованих балів, керівники лікарень можуть використовувати зведені бали для оцінки ефективності своїх лікарень порівняно з іншими, політики можуть використовувати зведені бали для вимірювання прогресування подій у часі та дослідники можуть використовувати зведені бали для додаткового аналізу. Наприклад, для визначення факторів, пов'язаних із найкращою охороною здоров'я. Основні недоліки полягають у тому, що існує кілька підходів до об'єднання окремих показників у зведені показники, а методологічні рішення, прийняті під час побудови показників, впливатимуть на вимірювану ефективність. Крім того, сукупні показники можуть привести до

простих висновків, які приховують значні проблеми в інших сферах. Тому вкрай важливо, щоб розробка індикаторів була прозорою та обґрунтованою, це дозволить людям зрозуміти. Крім того, різні підходи матимуть різні промоутери вдосконалення, і це важливо під час розробки. Концепція якості схожа на концепцію організації, яка прихована і проявляється в конкретних вимірюваннях якості. Шварк М. [27] та ін. виділив і охарактеризував два різних методи концептуалізації – рефлексивний і формальний. Подібно до учня, який добре володіє математикою (основна риса людини) і має гарне знання тестів з математики, організація охорони здоров'я, яка надає якісну допомогу, також добре розуміє емпіричні показники якості. У зв'язку з цим якість розглядається як взаємний процес. У разі формальної концептуалізації конструкт не розглядається окремо, і його значення буде змінено в результаті емпіричного вимірювання. Якщо відбуваються будь-які зміни в показниках, пов'язаних із конструкцією. Оскільки набори якості, як правило, не дуже асоційовані, особливо коли індикатори отримані з різних областей, наприклад процесів, результатів, задоволеності пацієнтів, ефективності, формуючі конструкції використовуються частіше для комплексних вимірювань, ніж рефлексивні конструкції.

Старіння населення останнім часом стало проблемою всього світу [1, 2-4]. За прогнозами Демографічного департаменту ООН, до 2030 року кількість людей похилого віку перевищить 1 мільярд [5, 6]. Україна також вважається країною похилого віку (країни похилого віку – це країни, в яких проживає значна частка населення віком понад 60 років, що становить приблизно 7% від загальної чисельності населення) [7-8]. Якщо на початку XXI століття частка людей цієї вікової категорії у становила 5-8% у віковій структурі населення України, то до 2026 року цей відсоток становитиме 20-21% [9].

Важливо визнати, що в усьому світі не існує єдиного визначення слів «літній, старечий». Тому в сучасній науковій літературі досить часто вживається термін «люди похилого старечого віку». Найбільш поширеною є класифікація ВООЗ, яка враховує хронологічний порядок старіння: похилий вік (між 60 і 74 роками), старечий (між 75 і 89 роками) і довгожителі (старше 90 років) [10, 11]. Нещодавно ООН рекомендувала вважати людей у віці від 60 до 80 років особами третього віку. Люди у віці від 80 до 100 років вважаються особами четвертого віку. Крім того, за трудовим стажем відповідно до чинного законодавства України розрізняють осіб працездатного віку та осіб непрацездатного віку [11, 12].

Вдячність і турбота про ЛПСВ традиційно були частиною культури людської спільноти. Як наслідок, збільшення частки людей похилого віку серед населення породило проблеми охорони здоров'я щодо необхідності збереження їхнього здоров'я, компенсації інвалідності, підтримки якості життя, запобігання обмеженню активності та соціальної дефіциту тощо.

ЛПСВ як група в контексті здоров'я характеризується такими показниками, як смертність, середня тривалість життя, захворюваність, інвалідність та спеціальні показники, усі з яких пов'язані зі здатністю доглядати за собою та виконувати фізичні вправи.

Смертність та середня тривалість життя вважаються найважливішими для визначення показників громадського здоров'я [13, 14].

Критерії, які визначають стан здоров'я населення, свідчать, що найбільш значущою цифрою є рівень смертності. На цей показник впливає не тільки стать, вік і наявність хронічних захворювань, але й місце проживання. Рівень смертності, цієї групи, вищий, ніж у загальний, і зростає з віком, особливо після 75 років. Так, якщо загальна смертність по Україні становить 16,3‰ [15-17], то смертність людей похилого у

середньому у 8 разів перевищує цей показник [18]. Варіації цього показника в першу чергу залежать від віку та статі пацієнта. Якщо частка чоловіків із таким показником становить 69‰ (у жінок — 51‰), то у 70-річних — 108‰ (відповідно, ‰), а у осіб старше 85 років — 240‰ і 220‰. Контраст у ступені відмінності показників різних вікових груп визначає склад померлих за віком. У результаті кількість людей, які померли у віці від 60 до 74 років становить 24% від загальної кількості, кількість людей у віці від 75 до 90 років – 56%, а кількість людей старше 90 років – 20% від загальної кількості загиблих. В усіх регіонах України рівень смертності від у сільській місцевості є вищим [11]. Рівень смертності чоловіків у два рази перевищує смертність жінок, і з віком різниця зменшується до трохи більше 20%, майже повністю зникає після 80 років.

Основні причини смертності людей похилого віку подібні до загальної картини смертності населення. Наприклад, починаючи з 90-х років, динаміка смертності серед людей похилого віку в Україні з року в рік була відносно стабільною. Основною причиною смерті є захворювання серцево-судинної системи (60,5%), на другому місці – злоякісні утворення (13,5%). Далі рангується таким чином: нещасні випадки, отруєння та травми, захворювання органів дихання [11, 19-22].

До цього моменту не задокументований рівень смертності чи склад загиблих ветеранів у Збройних силах.

Аналізуючи оцінку смертності на основі процесу вмирання поколінь, незалежно від складу вікової структури населення, розглядається СОТЗ. Європейський протокол щодо здорового старіння пропонує очікувану тривалість життя не менше 75 років, зі збереженням позитивних тенденцій щодо стану здоров'я людей похилого віку, збільшенням очікуваної тривалісті життя, зі збереженням при цьому якості життя [19]. У результаті, якщо очікувана тривалість життя при народженні в європейських країнах

на 2015-2020 роки становить 74,6 років, то прогноз населення світу на 2045-2050 роки стверджує, що очікувана тривалість життя буде 81,0 рік [23]. Крім того, середня тривалість життя в Україні сьогодні становить 67,4 року, що на 7,2 року нижче середнього показника в європейських країнах і на 13 років нижче, ніж в інших країнах, наприклад, в Японії та Ізраїлі. Вірогідність дожити до 65 років жінок в Україні становить 79,5%, для чоловіків – 50,4% [48]. Важливо відзначити, що очікувана тривалість життя в розвинених країнах зросла з 35-40 до 70-75 років. В Україні середня тривалість життя чоловіків становила 66 років, а жінок – 75 років. До 1995 року середня тривалість життя чоловіків скоротилася до 62 років, а жінок – до 72 років. З 1996 року тривалість життя в Україні має тенденцію до зростання. У 2018 році середній вік чоловіків становив 62,3 року, а середній вік жінок – 72,8 року. Однак в Інституті економіки НАН України очікують збільшення тривалості життя, яка у 2026 році становитиме 68 років для чоловіків і 76,7 для жінок.

У комплексі медичних показників, що характеризують стан здоров'я населення, особливе значення має аналіз захворюваності. Однією з найпоширеніших характеристик захворюваності населення похилого віку є зростання поширеності хронічних захворювань, ускладнення яких є основною причиною смерті, тимчасової та стійкої втрати працездатності та великих матеріальних втрат для суспільства. У результаті приблизно 75% загальних національних витрат на охорону здоров'я США припадає на хронічні захворювання [25]. Medicare проаналізували та встановили, що 96% витрат йде на цю сферу, а Medicaid покриває 83% витрат. Лікування пацієнта з одним тривалим захворюванням коштує дорожче, ніж лікування гострого стану [26].

Центр медичної статистики МОЗ України, подає такі показники: захворюваність пенсіонерів за останні 5 років у всіх регіонах України

зросла на 25-30% [27]. За вказаний проміжок часу спостерігалось значне зростання первинних та загальних захворювань як у всьому світі (на 27,7% та 28,6% відповідно), так і за окремими класами захворювань.

Епідеміологічні дослідження, які проведені Інститутом геронтології АМН України в 1996-1998 рр., свідчать, що середній рівень загальної захворюваності осіб старшого працездатного віку (старше 60 років) становив 4295‰, що більше у 2,7 раза загальної кількості захворювань, зафіксованих Інститутом звернень (1586,1‰). Ступінь захворювання людей похилого віку в 2,3 рази перевищував такий же ступінь серед осіб працездатного віку, це досягалося за допомогою комплексних медичних оглядів, а дані звернень фіксувалися в 1,5 рази [9, 18].

За даними комплексних медичних оглядів та звернень, які надходять до медичних закладів, від жителів міст і сіл, задокументовано деякі розбіжності в захворюваності населення. Провідне місце належить лікуванню захворювань системи кровообігу, потім – органів дихання, нервової системи, травлення та опорно-рухового апарату. Під час медичних оглядів, які включають повний комплекс обстежень [9,18], у міського населення провідні позміції займають захворювання нервової системи, на другому місці – захворювання органів травлення, а в сільській місцевості – захворювання опорно-рухового апарату. Проте всі вищезазначені автори вказують на те, що літнє населення України в цілому страждає від погіршення стану здоров'я.

Важливо визнати, що захворюваність людей старшого працездатного віку характеризується хронічним характером, складністю захворювань, атиповістю перебігу, високою частотою ускладнень, тривалим періодом одужання [28]. Така ситуація спричиняє призначення кількох препаратів з різними фармакологічними властивостями [30, 31]. Деякі автори стверджують, що впровадження сучасних клінічних рекомендацій щодо

лікування осіб похилого віку ймовірно призводить до негативних наслідків, у зв'язку з чим доцільною є розробка спеціалізованих методів оцінки якості лікування цих пацієнтів [32, 33].

Оприлюднена інформація щодо травматизму ветеранів Збройних Сил базується переважно на даних за заявками та стосується захворювань ветеранів військової служби. У результаті загальний річний показник захворюваності, донесений Збройними Силами України до закладів охорони здоров'я, за 2000 рік склав $1353,1 \pm 22,1$ [19].

Також погіршується стан здоров'я людей похилого віку, що відбивається на показниках інвалідності населення. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 600 мільйонів людей у всьому світі мають інвалідність, спричинену психічними, фізичними або сенсорними проблемами, що становить приблизно 10% від загальної кількості населення. Кількість людей з обмеженими можливостями постійно зростає, це пов'язано зі старінням населення, поширеністю хронічних захворювань, покращенням охорони здоров'я, яке продовжує та зберігає життя [35, 36].

Відсоток людей похилого віку з первинною інвалідністю в Україні в 1,5 рази більший, ніж у молодшого покоління. Більшість людей похилого віку з інвалідністю (62,7%) мають другий тип інвалідності, 23,1% – перший, 14,2% – третій. За типом інвалідності найбільш поширеною причиною інвалідності є захворювання серцево-судинної системи (55,8%). Далі йдуть новоутворення (19,1%) і хвороби нервової системи та органів чуття (5,8%). Далі йдуть травми (4,9%), захворювання опорно-рухового апарату та сполучної тканини (4,3%), розлади психіки та поведінки (4,2%), захворювання органів дихання (3,7%) тощо [11].

У 2010 році рівень інвалідності людей старше 40 років становив 13,4 на 10 тис. (30,7% від загальної чисельності населення) у 2019 році ця

кількість становила 8,5 на 10 тис. (20,4% від загальної кількості населення). Процент інвалідизації серед старшого населення за цей період зменшився, то серед жінок зріс з 40 до 55, тоді як у чоловіків зріс з 60 до 70. І навпаки, рівень інвалідності збільшився з 19,2-23,3 відсотка.

1.2 Теоретичні компоненти міжнародного досвіду організації надання медичної та соціальної допомоги ветеранам збройних сил

Світовий досвід, отриманий у медичній сфері, є водночас значним і заслуговує на увагу для України, зокрема через те, що протягом останніх років, до прикладу, Сполучене Королівство приділяє все більшу увагу задоволенню конкретних потреб ветеранів. Кілька факторів спричинили ці зміни: перш за все, знання та вимоги військового та цивільного персоналу, який брав участь у бойових діях в Іраку та Афганістані; по-друге, скорочення чисельності Збройних сил Великої Британії, що створило гостру потребу в допомозі особам, які переходять до цивільного життя. Враховуючи те, що одним із стратегічних завдань України є створення умов, які сприяють ефективній реінтеграції ветеранів російсько-української війни в суспільство, міжнародний досвід підтримки ветеранів, особливо європейських країн, таких як Англія, є багатим предметом для постійних досліджень і діалогу в Україні.

Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії розташоване біля північно-західного узбережжя континентальної Європи. Воно охоплює всю територію острова Великобританія, яка складається з Англії, Уельсу та Шотландії, на додаток до північної частини острова Ірландія. Створення Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії сприяло як особистому, так і політичному союзу в межах Великобританії та Британських островів. Сполучене Королівство є

останньою з кількох суверенних держав, які виникли в цих регіонах протягом різних історичних періодів, у різноманітних конфігураціях та під різними державними системами.

Структура уряду складається з трьох окремих гілок. Виконавча влада, відома як уряд Його/Її Величності, відповідає за нагляд за щоденною діяльністю країни. Його очолює прем'єр-міністр, який обирається кожні п'ять років і представляє партію більшості. Монарх призначає прем'єр-міністра, якого підтримують приблизно 100 міністрів від партії більшості, разом формуючи кабінет. Законодавча база Великобританії включає як Палату громад, так і Палату лордів. Палата громад складається з 650 членів парламенту, кожен з яких обирається всенародним голосуванням. В їх обов'язки входить прийняття рішень щодо законів і фінансового законодавства. І навпаки, Палата лордів складається з 700 лордів, з яких 92 мають спадкові титули, а інші включають єпископів і архієпископів. Ця палата співпрацює з Палатою громад у виконанні законодавчих обов'язків і урядового нагляду. Тим часом судова влада має повноваження вирішувати спори щодо передачі повноважень у Великій Британії, на чолі з Лордом-головним суддею.

Історична спадщина Сполученого Королівства продовжує справляти помітний вплив на соціальні та культурні виміри різних аспектів британського життя, особливо щодо ветеранів. Цей вплив очевидний у законодавстві, яке демонструє чіткі відмінності в різних регіонах, а також у напрямках державної політики, які залишаються частково зосередженими на зменшенні дискримінації та нерівності між різними регіонами королівства. Хоча цей аспект державної політики щодо підтримки ветеранів не є головним у цьому аналізі, важливо враховувати його в майбутніх дослідженнях та дискусіях на цю тему, особливо коли порівнювати та застосовувати досвід Британії до сучасних реалій в Україні.

Відповідно до законодавства Великої Британії, ветеран визначається як будь-яка особа, яка прослужила мінімум один день у Збройних Силах Її Величності, чи то в регулярних, чи в резервних силах, або як частина екіпажу суден торговельного флоту, які беруть участь у військових операціях. За оцінками Міністерства оборони Великої Британії, у 2022 році у Великобританії проживало приблизно 2,1 мільйони ветеранів. Очікується, що до 2028 року ця цифра зменшиться до 1,7 мільйона. Водночас очікується, що частка ветеранів працездатного віку зросте з 39% у 2016 році до 46% до 2028 року, тоді як прогнозується, що частка жінок-ветеранів зросте з 11% до 14% [37].

Сучасна державна політика щодо підтримки ветеранів сформована тривалою діяльністю сил НАТО в Афганістані, під час якої британські військові брали участь у бойових діях. Влітку 2021 року Сполучене Королівство офіційно оголосило про виведення всіх своїх військ з Афганістану, ознаменувавши завершення військової місії, яка тривала два десятиліття [37]. Прем'єр-міністр Джонсон зазначив, що протягом цього періоду в Афганістані служили 165 000 солдатів британських збройних сил, зафіксовано 438 загиблих [37]. За статистикою, найбільше загиблих припадало на 2008 та 2009 роки, коли загинуло понад 110 військовослужбовців. Із 438 військовослужбовців, які загинули під час несення служби в Афганістані, 404 загинули внаслідок дій ворога. Під час операції «Gerric» — кодової назви всіх британських військових операцій, що проводилися з 2002 по 2014 роки, як збройні сили, так і цивільний персонал зазнали втрат у загальній складності 623 осіб. Крім того, 7977 осіб були госпіталізовані, хоча більшість із цих госпіталізацій були пов'язані з хворобами або небойовими пораненнями. Приблизно 29% (2356) осіб, які потрапили до польових госпіталів, отримали поранення під час бойових дій [40]. Хоча основна увага приділяється

військовослужбовцям, які беруть участь у цих операціях, важливо підкреслити, що офіційна статистика свідчить про те, що понад 13 500 осіб щорічно залишають Збройні сили Великої Британії, отримуючи таким чином статус ветерана [41].

Щоб гарантувати рівномірне задоволення потреб усіх категорій ветеранів у всіх регіонах Королівства, державна політика підтримки ветеранів зосереджена на кількох ключових напрямках. По-перше, це працевлаштування ветеранів. У Британії станом на 2018 рік 77% ветеранів працездатного віку були залучені до роботи [42]. Міністерство оборони Великої Британії надає пряме фінансування для підтримки переходу військового персоналу на цивільну кар'єру після завершення служби. Цій ініціативі сприяє співпраця з неурядовими партнерами, відомими як Кар'єрне партнерство. Ці неурядові партнери спільно з Міністерством оборони безкоштовно надають високоякісні послуги з найму та пропонують підтримку особам, які звільняються зі Збройних сил протягом двох років після звільнення. Ця співпраця ефективно з'єднує ветеранів із роботодавцями, які цінують таланти, навички та досвід, які ветерани можуть привнести у свої організації. Зазначимо, що у 2018/19 р.р. 87% тих, хто скористався цією службою та звільнився з армії, були успішно працевлаштовані протягом шести місяців після звільнення зі Збройних Сил [43].

Психічне здоров'я є пріоритетною сферою уваги держави. Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення, Міністерство оборони (МО), місцева влада та благодійні організації спільно працюють над покращенням психічного здоров'я військовослужбовців. Наукові ініціативи Міністерства оборони активно вивчають прояви посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців та ветеранів. Ці дослідження, зокрема, спрямовані на те, щоб з'ясувати, чи є

частота самогубств серед ветеранської спільноти непропорційно високою порівняно з ширшим населенням, а також оцінити потенціал для ефективного втручання та підтримки. Важливим аспектом системи підтримки охорони здоров'я ветеранів в Англії є Альянс охорони здоров'я ветеранів, який включає 48 лікарень і служб швидкої допомоги по всій країні, в яких працюють приблизно 120 акредитованих спеціалістів. Ці особи обмінюються найкращими практиками та довели, що надають високоякісну допомогу ветеранам, включаючи підвищення обізнаності персоналу щодо потреб ветеранів у сфері охорони здоров'я та спрощені зв'язки з благодійними службами та місцевими постачальниками. Крім того, Королівський коледж лікарів загальної практики у співпраці з Національною службою охорони здоров'я розробив програму акредитації, спрямовану на надання лікарям загальної практики глибшого розуміння унікальних потреб ветеранів та їхніх сімей, у тому числі потреб загиблих [44].

Профілактика злочинності залишається пріоритетом. Уряд Сполученого Королівства прагне допомогти ветеранам, які перебувають у в'язниці, і покращити якість їхнього життя після реінтеграції в суспільство. Міністерство оборони підтримує зв'язок із начальниками в'язниць, щоб інформувати про доступну підтримку для ветеранів, які перебувають під вартою, і точно визначити осіб, яким може знадобитися допомога зі справ ветеранів. З лютого 2016 року всі затримані опитуються щодо проходження ними служби в Збройних Силах, як військовозобов'язаних, так і резервістів на момент затримання. Ці дані знадобляться фахівцям, які працюють з цими особами, дозволяючи їм зосередитися на потребах у реабілітації та спрямовувати їх до різних форм підтримки та допомоги, включно з тими, що пропонуються волонтерськими та громадськими організаціями [44]. Національна статистика показує, що переважна більшість ветеранів

збройних сил Великобританії успішно переходять у цивільне життя. Отже, статистика злочинності, яку щоквартально збирає Міністерство юстиції, свідчить про те, що у 2020 році лише 2,5 % нових поступлень до в'язниць в Англії та Уельсі були злочинцями, які раніше служили в збройних силах [46].

Департамент житлового будівництва, громад та місцевого самоврядування Сполученого Королівства реалізував низку ініціатив, спрямованих на розширення доступу до соціального житла для військовослужбовців та ветеранів. Це включає законодавчі зміни, які встановлюють першочергове забезпечення житлом важкопоранених військовослужбовців і ветеранів, які мають нагальні потреби в житлі, надавши їм найвищу пріоритетність при виділенні соціального житла від місцевої влади. У 2014 році було оцінено, що особи, які служили в Збройних Силах, становили від 4% до 7% бездомного населення [47]. Дані Об'єднаної інформаційної мережі щодо бездомних та бездомних у Великому Лондоні вказують на зниження відсотка британських громадян із військовим досвідом, які сплять у Лондоні, зменшившись із 4% у 2017/2018 до 3% у 2018/2019 [48]. Закон про скорочення бездомності 2018 року вимагає від житлово-комунальних органів вживати активних заходів для запобігання бездомності та надання необхідної підтримки. Згідно з цим законодавством, Міністерство оборони у співпраці з іншими державними органами зобов'язане направляти колишніх військовослужбовців, яким загрожує залишитися бездомним, до місцевого житлового управління за умови їх згоди [49].

Підсумовуючи, очевидно, що Велика Британія наразі демонструє значну ефективність у реалізації своєї політики, спрямованої на підтримку ветеранів. Поступовий економічний і соціальний розвиток країни дає змогу уряду зосередитися на вдосконаленні існуючих систем і практик надання

послуг, зокрема шляхом адаптації їх до конкретних потреб ветеранів. Отже, держава взяла на себе різноманітні ролі, включаючи дорадчі, комунікативні та захисні функції. Це сприяло створенню середовища, яке сприяло задоволенню потреб ветеранів і сприяло їх реабілітації навіть у в'язниці. Важливим аспектом цих зусиль є міжвідомча співпраця та партнерство з державним сектором, що гарантує, що всі доступні послуги для ветеранів є зрозумілими та легкодоступними.

Сполучене Королівство не діє в рамках єдиної правової бази. Після створення сучасної держави раніше автономним регіонам було дозволено зберігати свої окремі правові системи. Наприклад, Шотландія має власну незалежну судову систему, яка є частково відокремленою та має власну юрисдикцію. Хоча більшість законів застосовуються на території Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, існують відмінності. Отже, більш ретельна перевірка законодавства Великобританії виправдана; однак у цьому аналітичному документі викладено лише окремі закони та нормативні акти, які регулюють державну політику щодо підтримки ветеранів Великої Британії.

Нині одним із важливих документів є Угода про збройні сили. Ця угода є зобов'язанням країни забезпечити гідне ставлення до осіб, які служили або зараз служать в армії, а також до їхніх сімей. Її мета – запобігти незручним ситуаціям та дискримінації колишніх військовослужбовців порівняно з іншими громадянами при доступі до державних чи комерційних послуг. Закріплена в Законі про Збройні сили 2012 року, угода гарантує, що члени спільноти Збройних Сил не зазнають невідгідного становища через свою службу. Отже, всі суб'єкти, включаючи державні органи, місцеві органи влади, громадський сектор, благодійні організації, підприємства та громадянське суспільство, мають завдання підтримувати військовослужбовців. Закон про збройні сили 2021 року

встановив нове зобов'язання для певних державних організацій, таких як NHS та місцеві органи влади, належним чином враховувати принципи Угоди під час виконання конкретних державних функцій, пов'язаних із житлом, охороною здоров'я та освітою. Щорічні звіти про виконання згідно з Угодою детально описують прогрес, досягнутий у виконанні зобов'язань перед нинішніми та колишніми військовослужбовцями та їхніми родинами, охоплюючи такі аспекти, як працевлаштування, охорона здоров'я, житло, освіта та фінансові консультації [50].

Не менш важливим є документ під назвою «Стратегія для наших ветеранів», прийнятий у 2017 році. Ця Стратегія окреслює стале бачення та основоположні принципи, розраховані на десятиліття, застосовні на всій території Великої Британії та охоплюють усі аспекти життя: державний, корпоративні, благодійні та індивідуальні. У Стратегії визначено п'ять головних факторів, які встановлюють структуру комплексної системи надання послуг ветеранам.

Співпраця між організаціями для надання єдиної допомоги ветеранам є важливою. Координуючи послуги для ветеранів, ми можемо послідовно досягати наших цілей, гарантуючи, що ветерани та їхні родини отримують гідне ставлення по всій Великобританії.

Збір інформації про ветеранську спільноту має важливе значення для використання та аналізу даних у державному, приватному та благодійному секторах, створюючи таким чином базову доказову базу, яка ефективно визначає та задовольняє потреби ветеранів. Крім того, підвищення громадського сприйняття та розуміння має на меті сформувати обізнаність населення про різноманітний досвід і культуру ветеранів.

Визнання ветеранів має важливе значення для виховання в них почуття власної гідності, оскільки їх служба та досвід визнаються та

цінуються в суспільстві. Крім того, Стратегія визначає шість ключових тем для постійного розвитку:

Суспільство та стосунки – ветерани мають здатність розвивати здорові стосунки та адаптуватися до спільнот. Працевлаштування, навчання та навички – ветерани готові отримати відповідну роботу та можуть продовжувати кар’єрний розвиток протягом усього свого професійного життя.

Фінанси та борги – ветерани залишають Збройні сили, маючи відповідну фінансову освіту, обізнаність і навички, що гарантує їхню самодостатність і впевненість у управлінні фінансами. Здоров’я та благополуччя – ветерани отримують посилену підтримку фізичного та психічного здоров’я, сприяючи їхньому благополуччю та надаючи їм можливість робити позитивний внесок у ширший розвиток суспільства.

Житло. Безпечне житло для ветеранів надається різними способами, включаючи купівлю, оренду або соціальне житло. Ветерани і закон – після звільнення зі Збройних Сил ветерани переходять у спокійне, свідоме та законослухняне цивільне життя.

Кожен із наскрізних факторів і ключових тем має визначений результат, орієнтований на 2029 рік, до якого всі країни Сполученого Королівства спільно прагнуть [51]. Відповідно до Стратегії, у січні 2021 року було оприлюднено новий Стратегічний план дій у справах ветеранів на 2021-24 рр., у якому визначено мету зробити Великобританію комфортним місцем для ветеранів до 2029 року. Цей план містить понад 60 зобов’язань і визначає часові рамки та відповідальність за виконання. Загалом, ініціативи, викладені в Плані, зосереджені на трьох основних сферах:

Огляд спільноти ветеранів через трансформаційні послуги. Розуміння послуг, доступних для ветеранів. Визнання ролі ветеранів у суспільстві [52].

Для сприяння досягненню головних завдань у зазначених сферах створено мережу установ, наділених повноваженнями щодо реалізації державної політики підтримки ветеранів. Основною інституцією в цій рамках є Управління у справах ветеранів, нещодавно сформований міністерський підрозділ Кабінету Міністрів, створений у 2020 році. Зокрема, на Департамент покладено такі завдання:

Інтереси ветеранів повинні бути захищені в уряді на найвищих ешелонах; дуже важливо координувати всі функції уряду Великобританії, щоб забезпечити оптимальну підтримку ветеранів та їхніх сімей під час переходу до цивільного життя. Співпраця з уповноваженими органами влади, місцевою владою та організаціями ветеранського сектору має вирішальне значення для сприяння позитивному та стійкому переходу для осіб, які служили в Збройних силах. Вкрай важливо, щоб кожен ветеран та його родина були поінформовані про те, куди звертатися за державною допомогою, коли це необхідно, а також визнавали та демонстрували значний внесок, який ветерани роблять у суспільство після своєї служби [53]. Паралельно для надання комплексних послуг під час переходу військовослужбовців до цивільного життя було створено Оборонні перехідні служби (DTS). Ця ініціатива пропонує персоналізовану інформацію та вказівки, полегшуючи доступ до служб підтримки від різних державних відомств, місцевих органів влади, Національної служби охорони здоров'я або авторитетних благодійних організацій. Служба спрямована на те, щоб допомогти у вирішенні проблем, а також надати підтримку та поради з низки питань, які можуть виникнути після звільнення зі служби, включаючи здоров'я, житло, фінансові питання,

борги, сімейну динаміку та працевлаштування. Звільнені також можуть звертатися до Служби через свій підрозділ, щоб надати інформацію та допомогу військовослужбовцям та їхнім родинам, які, як очікується, зіткнуться з труднощами під час переходу зі Збройних Сил до цивільного життя [54]. Ця Служба, створена у 2018 році в рамках комплексної політики, спрямованої на підтримку ветеранів, діє при Міністерстві оборони Великобританії, подібно до згаданого раніше Департаменту у справах ветеранів.

Такою ж значущою організацією є Ветерани ВБ, служба підтримки, яка діє при Міністерстві оборони і займається питаннями військовослужбовців, ветеранів та їхніх родин. Ця організація керує пенсійними схемами як для військовослужбовців, так і для ветеранів, пропонуючи фінансову підтримку тим, хто отримав поранення або інвалідність внаслідок служби в Збройних силах, а також надаючи пільги вдовам, вдівцям і цивільним партнерам осіб, які померли як результат військової служби. Крім того, Служба соціального забезпечення ветеранів, яка є частиною Служби підтримки ветеранів Міністерства оборони Великої Британії, надає індивідуальні консультації щодо добробуту по всій Великобританії та спрямована на покращення якості життя ветеранів та одержувачів пенсійних і компенсаційних схем для ветеранів, включаючи всіх їхніх утриманців. Служба працює на громадських засадах, тісно співпрацюючи з надавачами соціальних послуг, місцевою владою, сервісними благодійними організаціями, Управлінням праці та пенсійного забезпечення.

Виконавчий позавідомчий державний орган Міністерства оборони, створений у 2016 році, надає фінансову допомогу для розвитку послуг для ветеранів. Щорічно Фонд виділяє 11 мільйонів фунтів стерлінгів на реалізацію грантових програм по всій Великобританії, спрямованих на

користь спільноти збройних сил. Станом на березень 2021 року Фонд розподілив 57 мільйонів фунтів стерлінгів на підтримку різних ініціатив для ветеранів, їхніх сімей і опікунів, а також отримав додаткові 11 мільйонів фунтів стерлінгів, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я ветеранів.

Підсумовуючи, важливо підкреслити, що чинне законодавство та дії відповідних інституцій пов'язані з обов'язками держави щодо ветеранів. Це видно з послідовного обстеження ветеранської спільноти, а також їхніх потреб, здоров'я та загального добробуту. Крім того, важливим аспектом є широка та інклюзивна мета з пом'якшення ризику існуючої та потенційної дискримінації або регіональних розбіжностей, з якими стикаються ветерани в доступі до соціальних послуг. Слід зазначити, що офіційна статистика не відображає високого ступеня нетерпимості до колишніх військових. Отже, залишається необхідність у більш ретельному дослідженні регіональної політики, спрямованої на підтримку ветеранів, особливо в неунітарних державах, таких як Сполучене Королівство.

Громадський сектор відіграє значну роль у реалізації державної політики, спрямованої на підтримку та розвиток ветеранів. Відомою неурядовою організацією, яка надає допомогу та консультації ветеранам, є Veterans Gateway, яка є коаліцією благодійних організацій у спільноті Збройних сил. До складу цього консорціуму входять Королівський британський легіон (раніше відомий як Британський легіон, благодійна організація, яка надає фінансову та соціальну підтримку військовослужбовцям і ветеранам), SSAFA (Благодійна організація збройних сил), Combat Stress (благодійна організація, що зосереджується на психічному здоров'ї ветеранів), а також Connect Assist (спеціалізований аутсорсинговий контакт-центр, який підтримує державний сектор, благодійні та соціально орієнтовані організації). Співпраця між цими

організаціями, а також ключовими організаціями, що займаються перенаправленням як усередині, так і за межами сектору Збройних сил, дозволяє їм вирішувати широкий спектр проблем, з якими стикаються ветерани. Представники Veterans Gateway доступні для спілкування та консультацій цілодобово, як онлайн, так і по телефону [55].

Заслуговує на увагу організація Combat Stress, яка понад сто років надає допомогу колишнім військовослужбовцям і жінкам, які стикаються з такими проблемами, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривога та депресія. Наразі благодійна організація пропонує спеціалізоване лікування та підтримку як онлайн, так і офлайн ветеранам з усіх родів служби та конфліктів, з акцентом на осіб, які мають складні проблеми психічного здоров'я, пов'язані з їх військовою службою [56].

Отже, Королівський британський легіон у співпраці з RFEA The Forces Employment Charity пропонує комплексну підтримку та керівництво щодо працевлаштування та різних аспектів життя після військової служби. Це партнерство дозволяє ветеранам подати запит на грант на працевлаштування, спрямований на набуття необхідних навичок для відкриття бізнесу, що може включати запис на бізнес-курс. Доступні дві категорії стипендій для працевлаштування:

Початкова категорія стипендії включає плату за навчання, транспортні витрати, витрати на проживання та грант, призначений на обладнання. Найбільша сума гранту становить 1500 фунтів стерлінгів.

Друга категорія стипендій полегшує видачу ліцензії, призначеної для допомоги ветеранам у працевлаштуванні, наприклад, отримання ліцензії у сфері охорони та охорони. Цей грант є одноразовим розподілом, доступним на суму до £270 [57].

Help for Heroes виділяється як відома благодійна організація у Великобританії, присвячена членам збройних сил і ветеранам, яка

організовує спортивні та соціальні заходи по всій Великобританії та в Інтернеті для вирішення проблем самотності та ізоляції. Благодійна організація надає фінансові гранти на необхідні потреби, такі як модифікація будинку та медичне обладнання, допомагаючи людям справлятися з труднощами, пов'язаними з хворобою чи травмою. Крім того, організація пропонує безкоштовний курс ділового досвіду, спрямований на підтримку поранених ветеранів, скеровуючи їх у визначенні придатності самостійної роботи для їхніх обставин. Цей курс охоплює різні предмети, включаючи створення та підтримку прибуткового бізнесу, ефективні рекламні стратегії, управління грошовими потоками та бюджетування тощо. Підсумовуючи, очевидно, що громадський сектор відіграє значну роль у пропонуванні ветеранській спільноті шляхів для особистого та професійного зростання, водночас співпрацюючи з місцевими державними секторами для забезпечення успішної реалізації соціальних ініціатив [58].

Аналізуючи інформаційний ландшафт, можна помітити, що благодійні організації та фонди значно домінують у державному секторі, водночас пропонуючи різноманітні послуги. Отже, ми вважаємо, що умови та пропозиції, встановлені для британських ветеранів, адекватно відповідають попиту, а в деяких аспектах можуть навіть перевищувати його.

Для деяких колишніх військовослужбовців у Сполученому Королівстві створення власних підприємств є життєво важливим компонентом переходу до цивільного життя. У звіті Федерації малого бізнесу A Force for Business 2020 зазначено, що приблизно 338 000 малих підприємств керують колишні військовослужбовці, що становить 6% усіх малих підприємств у Великобританії. Крім того, у звіті підкреслюється, що чотирма провідними секторами, які віддають перевагу тим, хто

звільняється з армії, щоб розпочати власний бізнес, були: виробництво (19%), оптова торгівля, роздрібна торгівля та ремонт (13%), професійна, науково-технічна сфера (14%) та будівництво (9%) [59]. Британські ділові видання характеризують колишніх військовослужбовців Великобританії як «невикористаний бізнес-ресурс», йдеться у згаданому звіті. Хоча перехід від військової служби до підприємницької діяльності є одним із методів реінтеграції для ветеранів, існує помітний дефіцит громадської обізнаності щодо важливості підтримки ветеранів як в особистій, так і в професійній сферах, особливо в порівнянні з ситуацією в Сполучених Штатах. Тим не менш, завдяки ініціативам, вжитим державним сектором в останні роки, тепер доступна все більша кількість навчальних програм, можливостей фінансування та заходів, розроблених спеціально для ветеранів, які залишили службу.

Примітно, що актуальність ветеранського підприємництва особливо відстоюють колишні військовослужбовці, сприяючи просуванню ветеранського бізнесу. Яскравим прикладом цього є Veterans Owned UK, онлайн-платформа, створена колишнім королівським інженером британської армії, спрямована на підтримку колишніх військових власників бізнесу. Спостерігаючи за широкою підтримкою ветеранських компаній у Сполучених Штатах, він визнав її дефіцит у Великій Британії та намагався виправити це, створивши перший повний каталог ветеранських компаній у країні. Veterans Owned UK пропонує різні рівні членства для задоволення різноманітних потреб. Основною метою платформи є допомога ветеранським підприємствам, що дозволяє будь-якому підприємцю-ветерану безкоштовно приєднатися до каталогу. Крім того, доступна опція платного членства для тих, хто шукає розширені функції для своїх списків. Бачення Veterans Owned UK полягає в тому, щоб служити зручним онлайн-ресурсом для громадськості, щоб знаходити

підприємства, що належать ветеранам і пропонують потрібні їм продукти або послуги. Визначивши потрібний бізнес, клієнти можуть безпосередньо співпрацювати з ним, підтримуючи таким чином ветеранів [60].

Експертиза виявила брак загальнодоступної інформації щодо бізнес-можливостей для ветеранів у Великобританії. Цю стурбованість висловлюють як представники бізнесу, так і ветеранської спільноти. Водночас аналіз відповідних показників показує, що підприємництво ветеранів має значний потенціал у Великобританії, зокрема завдяки соціально-демографічним факторам, які підкреслюють успішну реінтеграцію ветеранів у суспільство після служби. Тим часом уряд активно намагається задовольнити їхні потреби, забезпечуючи, щоб початкові умови для військовослужбовців, які переходять до цивільного життя, були порівнянними з умовами для населення в цілому. Отже, основними елементами, яких теоретично може не вистачати ветеранам, які прагнуть створити власний бізнес, є інформаційна та фінансова допомога.

Ветерани віддають пріоритет медичним послугам через їхню безпосередню участь у військових діях, витривалість у складних умовах та перенесення різноманітних травм. Стандартною міжнародною практикою є створення окремого підрозділу в системі охорони здоров'я або в секторах оборони та національної безпеки, який займатиметься інституційним дослідженням, розробкою та координацією політики охорони здоров'я для ветеранів.

У Сполучених Штатах Америки Департамент у справах ветеранів (VA) надає всім зареєстрованим ветеранам широкий спектр послуг. Цей пакет охоплює профілактичну, первинну та спеціалізовану медичну допомогу, а також діагностичні, стаціонарні та амбулаторні медичні послуги. Залежно від їхніх особистих обставин, ветерани також можуть

претендувати на додаткові пільги, включаючи стоматологічну допомогу [61].

Крім того, існує окрема програма, розроблена для членів сімей ветеранів. Пільги з охорони здоров'я для утриманців (CHAMPVA) представляють собою ґрунтовну ініціативу з охорони здоров'я, в рамках якої Департамент у справах ветеранів (VA) співпрацює у покритті витрат, пов'язаних з відповідними медичними послугами та витратними матеріалами для відповідних бенефіціарів. Зокрема, підтримка може бути поширена на таких осіб:

Чоловік/дружина або дитина ветерана, якому регіональне управління у справах ветеранів встановило постійну та повну інвалідність, пов'язану з службою. Крім того, дружина або дитина ветерана, який помер через інвалідність, пов'язану зі службою, визнану VA.

Дружина (чоловік) або дитина ветерана, якому на момент смерті була встановлена інвалідність у зв'язку з проходженням військової служби. Крім того, це стосується партнера або дитини військовослужбовця, який загинув під час виконання службових обов'язків, за умови, що смерть не сталася внаслідок будь-якої несправомірної поведінки.

Водночас у Сполученому Королівстві дослідницькі установи, пов'язані з Міністерством оборони, ретельно вивчають прояви посттравматичного синдрому серед військовослужбовців та ветеранів. Це дослідження має на меті з'ясувати, чи є частота самогубств серед ветеранської спільноти непропорційно високою порівняно із загальним населенням Великобританії, а також оцінити потенційні шляхи втручання та підтримки.

Унікальний досвід роботи Канади з ветеранами з обмеженими можливостями виділяє її. Понад 243 000 ветеранів у країні живуть з однією або декількома вадами, причому 1 з 10 із цих осіб ідентифікує себе як

обмеженого. Це становить 3,5 % від загальної кількості людей з інвалідністю. Більшість ветеранів-інвалідів середнього або старшого віку, 37% у віці від 45 до 64 років і 52% у віці 65 років і старше. Ці висновки були отримані в результаті канадського опитування інвалідів, проведеного в 2018 році, під час якого досліджувалися люди з обмеженими можливостями, які раніше служили в канадських військових, але більше не є активними членами збройних сил Канади. Серед ветеранів з інвалідністю 27% висловлюють незадоволення потребою в допоміжних пристроях. Крім того, 71% ветеранів-інвалідів мають інвалідність, пов'язану з болем, яка обмежує їх повсякденну діяльність через постійний біль або епізоди болю. Найбільш часто використовувані медичні послуги серед цих ветеранів включають фізіотерапію, масаж або мануальну терапію (31%) і консультування (16%). Крім того, 23% ветеранів з обмеженими можливостями отримують певну допомогу для свого стану. Важливим аспектом інклюзії для канадських ветеранів є Програма незалежності ветеранів, яка пропонує щорічне неоподатковане фінансування основних послуг [63].

Програма включає різноманітні послуги, включаючи обслуговування території, прибирання, приготування їжі, особистий догляд, а також професійні медичні та допоміжні послуги. Він побудований для роботи разом з місцевими та муніципальними ініціативами для задоволення різноманітних потреб ветеранів. VIP-фінансування покриває такі послуги, як догляд за територією, прибирання, доступ до їжі, професійне медичне обслуговування та підтримка, особиста гігієна, амбулаторна медична допомога, транспорт, довгостроковий догляд та адаптація дому [64].

В Австралії ветерани та колишні військовослужбовці мають доступ до широкого спектру медичних послуг. Ці послуги охоплюють консультації лікаря загальної практики (GP), спеціальні медичні послуги,

такі як патологія та радіологія, а також супутні медичні послуги, які включають ортопедію та фізіотерапію, серед іншого. Крім того, включено стоматологічну допомогу, громадську допомогу, а також надання окулярів і слухових апаратів. Лікування доступне як у державних, так і в приватних лікарнях, а також у денних лікувальних центрах і через служби підтримки вдома. Крім того, субсидовані фармацевтичні препарати пропонуються в рамках Програми репатріаційних фармацевтичних пільг (RPBS) і Програми реабілітаційних засобів і приладів (RAP).

Департамент у справах ветеранів Австралії (DVA) надає картки, які дають доступ до різноманітних переваг, зокрема знижок і підтримки. Ці картки дають можливість отримувати безкоштовне або знижене медичне обслуговування, а також знижки на ліки та транспорт. Крім того, певні картки полегшують доступ до лікування психічного здоров'я, яке фінансується Міністерством, якщо це буде потрібно. Картка ветерана входить до складу Угоди ветеранів оборони Австралії [65].

Переваги, пов'язані з картою ветерана, залежать від її кольору: «Золота картка», «Біла картка» або «Помаранчева картка». Ця картка допомагає австралійській громаді визнавати ветеранів і спілкуватися з ними, висловлюючи подяку за їхній внесок у розвиток нації. Компанії-учасники та громадські організації можуть пропонувати знижки та різноманітні пільги. Кожна організація самостійно визначає конкретні вигоди та переваги, які вона надаватиме.

1.3 Теоретичний аспект організації медичного забезпечення військової служби в Україні

Конституція України [66] у статті 49 декларує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона

здоров'я фінансується державою за рахунок прибуткового податку, страхування на випадок безробіття та програми Medicare, а також за допомогою інших програм, присвячених охороні здоров'я та профілактиці. Крім того, в Конституції зазначено, що держава має створити умови для ефективної та доступної охорони здоров'я, яка надається безкоштовно у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Для ветеранів війни, які як військовослужбовців, які віддали свій обов'язок державі, ризикуючи здоров'ям і життям, медична допомога є надзвичайно важливою. Законом України «Про статус ветеранів війни, захист їх соціального захисту» [67] та іншими законодавчими актами з цього питання передбачено низку пільг у сфері охорони здоров'я, ці пільги покликані забезпечити належний рівень медичної допомоги та реабілітації ветеранів. Безкоштовні фармацевтичні препарати та медичне приладдя, регулярні огляди, розподіл і ремонт зубів є частиною медичної частини.

Мінветеранів є провідним органом у системі центральних органів виконавчої влади, забезпечує формування та реалізує державну політику щодо соціального захисту ветеранів та має важливе значення у забезпеченні ветеранів медичним страхуванням. На момент створення Мінветеранів передбачалося, що метою Довідника реабілітації та медичного забезпечення ветеранів буде формування політики щодо системи медичного забезпечення в контексті єдиного медичного простору, створення високий рівень якості медичних послуг і технічного оснащення в установах, пов'язаних з Міністерством, або в установах, які належать уряду і призначені для надання послуг ветеранам.

До складу дирекції входить експертна група, яка здійснює психологічну допомогу та реабілітацію, медичну підтримку та реабілітацію, фізкультурно-спортивну реабілітацію, освітні програми та підвищення кваліфікації ветеранів.

Підпунктом 11 пункту 4 Положення про Міністерство у справах ветеранів України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 р. № 117581 [68], утворюється Мінветеранів спільно з МОЗ, комплекс профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я ветеранів та їх сімей. Проте в інформаційній записці до засідання Громадської ради при Міністерстві, яка надана на засідання, зазначено, що Мінветеранів не бере участі в управлінні закладами охорони здоров'я, внаслідок чого виконання наказів МВ Мінветеранів щодо затвердження комплексу профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів, що стосуються охорони та зміцнення здоров'я ветеранів та їх сімей, не вбачається можливим (повідомлення від 08.10.2020 № 549/10) [69].

В оновленій Програмі КМУ [70] визначено, що одним із першочергових стратегічних завдань Мінветеранів є забезпечення оздоровлення ветеранів, що досягається шляхом створення функціональної системи, яка забезпечує медичне обслуговування, зокрема, високої якості. . Основними обов'язками цього пріоритету є створення системи спостереження за потребами ветеранів війни, зокрема в медичних послугах, забезпечення доступу до якісних медичних послуг, впровадження спеціалізованої програми медичних гарантій, моніторинг її ефективності та забезпечити покращення. Відповідно до Закону про статус ветеранів війни вони мають право на гарантії соціального захисту нарівні з учасниками бойових дій та прирівняними до них. Крім того, постраждалі учасники Революції Гідності мають право на:

- безкоштовне отримання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за призначенням лікарів;
- перший безкоштовний зубний протез (за винятком протезів із дорогоцінного каміння);

- безоплатне надання санаторно-курортних послуг або отримання компенсації;
- вартість індивідуального санаторно-курортного лікування;
- щороку необхідний медичний огляд і призначення лікарів-спеціалістів;
- першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках, лікарнях, які є пріоритетними.

Інваліди, спричинені війною, мають право на:

- безкоштовне отримання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за призначенням лікарів;
- позачергове зубопротезування (крім протезів із цінних металів), забезпечення додатковими протезами, ортопедичними та протезно-технічними виробами.
- безоплатне щорічне забезпечення санаторно-курортним лікуванням із стипендією на проїзд до санаторію-місце проживання і назад (за бажанням осіб з інвалідністю замість путівки на санаторно-курортне лікування їм кожні два роки може виплачуватися грошова компенсація).
- позаурочне обслуговування в поліклініках, які є регулярними, а також нічна госпіталізація;

Є право на щорічне медичне обстеження та лікування із залученням профільних експертів. Отримання путівок, одна з яких – від Міністерства оборони України, інша – Міністерства внутрішніх справ України, СБУ, центральних органів виконавчої влади, що здійснюють державну політику у сфері охорони здоров'я, соціального захисту населення. , та охорона державного кордону. Ці організації знаходяться за місцем проживання людини з інвалідністю або за місцем її роботи [67].

Важливо визнати, що не всі гарантії щодо медичного обслуговування ветеранів були реалізовані. Наприклад, відсутній порядок надання

невідкладної допомоги через амбулаторно-поліклінічні заклади, а також нічна госпіталізація. Щодо права на щорічний медичний огляд та відсутності залучення необхідних для цього спеціалістів, то постановою Кабінету Міністрів України від 8 травня 1994 р. № 532 затверджено перелік груп населення, які підлягають обов'язковим медичним оглядам. До цих осіб входять ветерани війни та особи, які зробили винятковий внесок у розвиток країни, однак частота такого іспиту та особливі умови для цієї категорії населення не задокументовані [71].

Порядок відпуску ліків і контрольну картку для відпускнуго огляду МОЗ скасував у 2017 році під час першого випуску медичної реформи. Замість процедури медогляду в Україні ввели регулярний режим скринінгу для вразливих груп. Цей вид скринінгу проводиться на першому рівні надання медичної допомоги. У разі розпізнавання симптомів захворювання, визначених наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», лікар первинної ланки направляє всіх пацієнти, які схвалені на процедуру до вторинного рівня медичної допомоги [72].

Забезпечення лікарськими засобами контролюється Постановою КМУ від 17 серпня 1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рекомендаціями лікарів для амбулаторного лікування окремих груп населення та при окремих видах захворювань» [73].

Щоб отримати безкоштовні ліки, необхідно надати квитанцію лікаря. Як правило, цей вид ліків доступний в аптеках при медичних установах, які виписують рецепти на лікування. Важливо звернути увагу, що не всі ліки доступні безкоштовно, також існують правила, які обмежують безкоштовне розповсюдження певних ліків. На пільгових умовах відпускаються лише ті лікарські засоби, які зареєстровані в Україні згідно

з встановленим протоколом та є частиною галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Крім того, безкоштовна роздача ліків можлива лише під час амбулаторного лікування основного захворювання, це вигідно пацієнтам. Повний перелік цих захворювань наведено у вже згаданій Постанові КМУ № 1303. Хворі на СНІД та ВІЛ-інфіковані незалежно від основного захворювання мають це право за наявності додаткових захворювань. Однак існують обмеження щодо самих препаратів, оскільки аптеки не можуть їх прийняти або віддати безкоштовно.

усі лікарські засоби та вироби медичного призначення, зазначені у переліку, створеному постановою КМУ. № 333 від 25 березня 2009 р. «Деякі аспекти регулювання цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення в державі» [74].

На пільгових умовах не розподіляються лікарські засоби, вартість яких згідно з положеннями оплачує страхова компанія. У інформації, зазначеній у порядку денному засідання [75], підготовленому Мінветеранами, зазначено, що Мінветеранів має намір запропонувати Кабінету Міністрів України постанову про внесення змін до додатку 2 до постанови Кабінету Міністрів України. Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 щодо додавання посттравматичного стресового розладу, постконтузійного синдрому та акубаротравми внаслідок мінно-вибухової дії, ця дія віднесена до переліку захворювань, що дають право на безоплатне отримання ліків у разі амбулаторного лікування. 27 жовтня 2021 року офіційний проект постанови надіслано до зацікавлених центральних органів виконавчої влади (МОЗ, Мінфін, Мін. Економіка) 29 жовтня 2021 року винесено на громадське обговорення. Метою проекту є збільшення обсягів державного медичного страхування ветеранів війни з метою покращення фінансового забезпечення мед. установи, які реалізовуватимуть ці послуги.

У звіті про результати громадського обговорення зазначено двох учасників: один – фізична особа, інший – учасник бойових дій. Проект схвалено Всеукраїнською спілкою ветеранів війни, Всеукраїнською громадською організацією «Ветеранське братство», Всеукраїнською організацією інвалідів війни, Збройних Сил та учасників бойових дій та ГО «Українська асоціація інвалідів АТО». Станом на початок 2021 року суттєвих змін до Постанови не вносилося, інформація про остаточну оцінку проекту на сайті Міністерства відсутня. Крім того, що перелік ліків, які можна отримати за державний кошт, короткий, багато аптек навіть не знають про цю процедуру і відмовляють ветеранам на її основі. Це право також важко реалізувати через непередбачуваність договірних відносин з державою та відсутність фінансування в бюджеті. Аптеки, особливо приватні, не наважуються укласти договори про безоплатне надання ліків, внаслідок чого придбати ліки можна лише в приблизно 900 аптеках України (переважно державних чи комунальних). Ці аптеки уклали договори з іншими країнами, які надають ліки безкоштовно. Серед інших варіантів – програма «Доступні ліки», яка стартувала на початку 2018 року. Пацієнти можуть отримувати ліки безкоштовно або з невеликою доплатою. Відпуск ліків здійснюється за рецептом медичного працівника в аптеках, які мають наклейку «Доступні ліки», незалежно від місця виписки рецепта. З 5 квітня 2018 року ліки, які коштують за державний кошт за програмою «Доступні ліки», можна отримати лише за допомогою електронних медичних карток, оформлених лікарями, які перебувають на державному обліку. Ці лікарі повинні мати загальне уявлення про систему та вміти призначати ліки через неї. Порядок виконання Державної програми охорони здоров'я на 2023 рік [78] передбачає компенсацію витрат на ліки для позалікарняного лікування пацієнтів у повному обсязі або частково.

Зменшення ризику серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань, зокрема за первинним призначенням

Відповідно до ухвали бюджету на 2021 рік № 2308060 «Реалізація програми охорони здоров'я державних гарантій населення» із загального фонду на закупівлю лікарських засобів для лікування окремих захворювань (відшкодування) спрямовано 1 820 342 грн [79].

У 2021 році на програму № 2307010 «Керівництво та управління у сфері фармацевтики та лікарського контролю» буде виділено 121 300 тис. грн із загального бюджету. У 2022 році на програму буде спрямовано 133 122,7 тис. грн [80].

Унікальною є і медична допомога діючим військовослужбовцям. Згідно зі статтею 11 Закону «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців є обов'язком начальника. Відповідно до Військового статуту внутрішньої служби Збройних Сил України першочерговими лікувально-профілактичними заходами є диспансеризація, амбулаторне, стаціонарне та санаторно-курортне лікування військовослужбовців. Для запобігання передачі інфекційних захворювань необхідно проводити лікувально-профілактичні заходи всім учасникам військової служби. Частиною 10 ст. 1 Закону "Про військовий обов'язок і військову службу" для громадян України, які призвані на строкову військову службу або громадяни запасу. Військовослужбовці мають право безкоштовно користуватися військовими госпіталями. У разі відсутності медичних закладів для військовослужбовців або спеціальної техніки в місцях проходження служби або за місцем проживання військовослужбовця, а також у надзвичайних ситуаціях військовим надають медичну допомогу Україні через державні або комунальні заклади.

Лікування в медичному пункті частини обмежується 10 днями, а безперервне лікування, яке оформляється у відпустку із збереженням матеріального та матеріального забезпечення за висновком військово-лікарського суду, - 4 місяці (для лікування туберкульозу, 12 місяців). Через 4 місяці необхідно пройти медичний огляд, щоб визначити, ступінь придатності. ВЛК пропонує рекомендації щодо правильного використання військових ресурсів та необхідності додаткової реабілітації. Під час лікування всі витрати, пов'язані з проїздом від військкомату до госпіталю та назад, оплачує Міністерство оборони України. Члени сімей військовослужбовців мають право на безкоштовне лікування у військових госпіталях, якщо в їхній країні немає державних чи приватних закладів охорони здоров'я. Крім того, право на охорону здоров'я в установах МОН мають члени сім'ї, які є членами сім'ї військовослужбовця не менше 20 років і мають право на:

- військовослужбовці та звільнені в запас або у відставку;
- воїни, які загинули (загинули) і зникли безвісти;
- військовослужбовці, які стали інвалідами внаслідок проходження військової служби;
- військовослужбовці, які постраждали під час перебування в полоні під час конфлікту чи проведення міжнародних операцій з підтримання миру та безпеки.

Повноваження МОЗ також поширюються на діяльність лікарень та ВЛК. Наприклад, норма про проходження медичних оглядів у військах ЗС України полягає в тому, що, крім медичних працівників МОЗ України та Міносвіти, вимоги до стану здоров'я потенційних військовослужбовців, студентів військової професійної підготовки та інші встановлюються з метою забезпечення якомога більшої користі від їх участі у військовій діяльності (п. 1.3). Також організацію лікувально-профілактичної роботи

покладено на відповідні установи МОЗ України (п. 2.13) [81]. Військовослужбовці на гарячій лінії ГО «Юридична сотня» повідомили, що найбільшою проблемою у взаємодії з ВЛК є постановка об'єктивного діагнозу або пов'язування діагнозу з військовою службою чи участю в бойових діях. Крім того, немає ефективного центрального органу для виправлення цієї неправди. Покращення медичного обслуговування воїнів є одним із пріоритетних завдань оборонної реформи, що сприятиме забезпеченню набуття та підтримання військовослужбовцями достатнього рівня боєготовності та обороноздатності. Відтак, у Стратегічному оборонному бюлетені України зазначено, що ефективна система охорони здоров'я є важливою для стратегічної цілі №4. Метою є розвиток функціональної системи охорони здоров'я. Здатний забезпечити достатню укомплектованість військ (сил) особовим складом за станом здоров'я, збереження життя та зміцнення здоров'я воїнів, надання їм своєчасної та ефективної медичної допомоги, підтримку боєздатності військ відповідно до стандартів держав-членів НАТО. Для виконання місії надаються такі показники, як:

- удосконалення планування, спрямованого на ефективне військово-медичне забезпечення військ (сил).
- підтримання ефективного зв'язку та координації між медичними службами військ і державною системою охорони здоров'я;
- впровадження сучасної медичної науки, технологій та новітніх приладів, автоматизація медичних процесів і створення цифрової системи охорони здоров'я є одними з сучасних досягнень охорони здоров'я.;
- підвищення технічного рівня медичних формувань і закладів охорони здоров'я вже наявним спеціальним обладнанням і видами допомоги [82].

Бюджетний маршрутний план № 2101020 «Забезпечення діяльності Збройних Сил України, підготовка особового складу і військ, медичне забезпечення особового складу, ветеранів військової служби та членів їх сімей, ветеранів війни» на 2021 рік профінансовано за рахунок коштів загального фонду 869 456,6 грн., спеціального фонду – 294 180,6 грн., а разом - 1 124 768,2 грн. Кількість найменувань, які закуповуватимуться протягом тривалого часу для обслуговування лікувальних закладів, становить 760 одиниць із середньою вартістю 1 виробу 467,4 тис. Також у 2021 році передбачається забезпечити послугами санаторно-курортних закладів близьк 21000 осіб з типовою вартістю оздоровлення однієї особи 13520,5 грн [83].

Як уже зазначалося, військовослужбовці мають право на безкоштовне лікування у військових госпіталях. У цьому випадку йдеться про колізію надання медичної допомоги ветеранам війни.

Донедавна законодавство було нечітким у питаннях охорони здоров'я інвалідів, спричинених війною, що зумовлювалося передусім ставленням військових до цих осіб. Це призвело до надання безкоштовної медичної допомоги ветеранам ДСНС, а також до позбавлення такої можливості для надання медичної допомоги особам з інвалідністю III групи. У цьому контексті було створено та зареєстровано на заключному пленарному засіданні 2019 року законопроект № 1198 [84], яким встановлено однакові соціальні пільги для всіх осіб з інвалідністю внаслідок війни. Закон [85] доповнює Закон України щодо статусу ветеранів війни, їх гарантованого соціального захисту та включає норму щодо прав осіб, які стали інвалідами внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, пов'язаного з перебуванням на території інших держав або участі в АТО/ООС (зокрема, для добровольців), ці особи

мають право на безкоштовне медичне обслуговування за програмою соціального страхування Міносвіти, СБУ.

Прикладом цього є Служба зовнішньої розвідки країни, державний спецназ, МВС та інші організації, які курують військові організації. Закон набув чинності 20 грудня 2019 року та набув чинності 1 січня 2021 року [86]. Крім медичних закладів, пов'язаних з Департаментом військової підготовки, існують також госпіталі для ветеранів Міністерства охорони здоров'я. У відповіді на депутатський запит йдеться про те, що з метою реалізації пріоритету 11.1 «Одужання та повноцінне життя» Програми діяльності Кабінету Міністрів України щодо забезпечення доступу ветеранів до якісного медичного обслуговування Мінветеранів звернулося до Мінветеранів. МОЗ України з пропозицією передати частину госпіталів країни в управління Міністерства з метою використання потенціалу закладів для реабілітації ветеранів та впровадження сучасних технологій в галузі охорони здоров'я та психології.

Реформа первинної медичної допомоги стартувала 1 січня 2018 року, вторинної – 1 квітня 2020 року. Нова програма медичного страхування була впроваджена 1 квітня 2021 року. Перший етап реформи призвів до змін у первинній шляху надання медичних послуг, гроші «йдуть» за пацієнтом, тобто держава оплачує надання безкоштовних первинних послуг безпосередньо з медичного закладу. установа. На другому етапі змінено основні принципи надання додаткових (спеціалізованої допомоги як амбулаторної, так і стаціонарної) послуг. У рамках медичної реформи пільги ветеранам російсько-українського конфлікту не будуть скасовані. Проте реформа не передбачає додаткового фінансування їх реалізації. Ветерани мають право на охорону здоров'я.

Ці пільги, зокрема звільнення ветеранів війни зі шпиталю та безкоштовне забезпечення ліками та стоматологічними матеріалами,

походять від медичної революції. Якщо необхідна діагностика або лікування, можна звернутися до сімейного лікаря або терапевта. Придбання ліків здійснюється за рецептом лікаря, який відпускається в рамках програми «Доступні ліки». Ремонт зубів оплачується державою в міру отримання направлення від сімейного лікаря до стоматолога. Крім того, естетична стоматологія внесена до «червоного списку» послуг, які не входять до державного пакету. 100% безкоштовна та гарантована первинна, невідкладна та паліативна допомога (на останніх стадіях перебігу захворювання, а також ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду). Також важливо зазначити, що безоплатна первинна медична допомога включає введення вакцин згідно з календарем щеплень. Повний перелік послуг первинної медичної допомоги – у додатках до наказу МОЗ від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [87]. Інші установи, що надають медичні послуги, також мають право брати участь у платних медичних програмах, які не входять до системи медичних гарантій. Процес оплати має бути дозволений урядом і включати офіційні збори за надання платних послуг. Процес організації надання послуг та фінансування медичних закладів делеговано Національній службі здоров'я України (НСЗУ). Медичні заклади в установленому законодавством порядку укладають договір із Національною службою здоров'я України, в якому описуються послуги, які надаватимуться, та спосіб їх надання. Як наслідок, робота лікарень теж залежить від впровадження медичних реформ. На сайті НСХУ йдеться, що 26 лікарень погодилися обслуговувати ветеранів війни на загальну суму 723,7 млн грн. НСЗУ витратила на ці організації понад 610 мільйонів доларів. Крім того, в НСЗУ зазначають, що необхідною умовою для укладення договору є створення безбар'єрного доступу до медичних закладів для людей з інвалідністю, тому договори з лікарнями,

які не мають такої доступності, укладатися не будуть. Для оформлення договору на кожен пакет медичних послуг установа має виконати певні вимоги. Зокрема йдеться про наявність сучасного обладнання для лікування та діагностики, кваліфікованого медичного персоналу тощо [88]. Лікарні надають переважно стаціонарну допомогу, яка не потребує хірургічного втручання (в першу чергу, медичну допомогу хворим на COVID-19), амбулаторні послуги, реабілітацію пацієнтів із втраченими неврологічними чи скелетними функціями та інші послуги за договором. Зокрема, Програма медичних гарантій на 2021 рік передбачає надання послуг з медичної реабілітації за трьома категоріями: «Медична реабілітація дорослих та дітей віком від 3 років з ураженням опорно-рухового апарату», «Медична реабілітація дорослих та дітей віком від 3 років із захворюваннями нервової системи», «Медична реабілітація дорослих та дітей віком від 3 років із системною травмою», а також амбулаторна допомога, яка включає медичну реабілітацію.

Крім того, ветерани можуть отримувати медичні послуги за допомогою мобільних бригад психіатричної допомоги, до складу яких входять лікарі та інші спеціалісти. Як задокументовано в повідомленні В. Стеблюка для АрміїІнформ, у 2017 році була прийнята постанова Кабінету Міністрів України [89], у якій були перераховані особливості фінансування госпіталів для ветеранів. Після цього вартість харчування та ліків на добу для хворих у медичному закладі була збільшена майже в 3 рази [90]. Верховна Рада України також обговорювала це питання, адже 16 червня 2020 року було прийнято Постанову № 706 як політику «Недопущення припинення діяльності госпіталів для ветеранів другого етапу медичної реформи» [91]. Цією постановою Кабінету Міністрів України пропонувалося: 1) відстрочити на рік перехід госпіталів ветеранів війни на нову систему фінансування через Національну службу здоров'я України; 2) зберегти фінансування госпіталів для ветеранів війни шляхом направлення

субвенції з державного бюджету МОЗ України. Але жодна з дій КМУ не базувалася на постанові, натомість вони були проігноровані, як зазначалося вище, у 2020 році НСЗУ уклала 27 договорів із госпіталями, які були присвячені ветеранам війни, про це вже йдеться.

Проект постанови Верховної Ради щодо заходів щодо забезпечення належної діяльності госпіталів для ветеранів військової служби та посилення надання медичних послуг ветеранам військової служби зафіксовано у парламенті (р. № 5384 від 15.04.2021 р. [92]). У поясненні до проекту зазначено, що НСЗУ не сплатила 123 млн грн за недофінансованими договорами з лікарнями, це не єдиний показник недофінансування, оскільки ще не з усіма лікарнями укладено договори, а в програмі медичних гарантій не врахована специфіка роботи закладів, які мають надавати медичну допомогу, лікувати пацієнтів та У зв'язку з цим НСЗУ надає фінансову допомогу лише на пакети медичних послуг, які фактично не покривають витрати на медичне обслуговування ветеранів, ці послуги гарантовані Законом «Про статус ветеранів війни», який передбачає соціальний захист. для У зв'язку з цим ініціатори проекту пропонують КМУ подати пропозицію щодо запропонованих змін до Державного бюджету України щодо запровадження окремої бюджетної програми фінансування госпіталів ветеранів з акцентом на їх розвиток. технічну та матеріально-технічну базу для забезпечення якісного надання медичних послуг відповідно до вимог Медичної програми. Крім того, має бути створена робоча група зі створення «Єдиного пакету медичних послуг для ветеранів». Проектом пропонується включити до цього медичного пакету такий пакет медичних послуг:

- 1) Амбулаторно-поліклінічна допомога.
- 2) Операції в стаціонарних умовах.
- 3) Стаціонарне лікування без хірургічних втручань.

- 4) Догляд за зубами.
- 5) Медична реабілітація хворих з травмами опорно-рухового апарату.
- 6) Медична реабілітація хворих з неврологічними ураженнями.
- 7) Стаціонарна медична допомога паліативним хворим.
- 8) Психологічна допомога.
- 9) Допомога в фізіотерапії.

Станом на січень 2022 року роботу проводить комітет. Як повідомив у коментарі Укрінформу заступник директора Департаменту у справах ветеранів з питань медико-психологічного супроводу та професійної адаптації Ігор Безкаравайний, Мінветеранів спільно з МОЗ та НСЗУ вже розробляють " Ветеранський пакет» медичних послуг, для цього будуть задіяні контрактні медичні заклади. Міністерство у справах ветеранів виділило групу експертів, які вивчали проблеми зі здоров'ям ветеранів і пропонували шляхи вирішення.

Висновки до розділу 1

Досліджуючи окремі аспекти реалізації державної політики щодо медичного та соціального забезпечення ветеранів за останні роки, можна відмітити, що держава взяла на себе, передусім, такі функції, як інформаційно-консультативна, вербування та захист ветеранів. У рамках інформаційно-консультаційної функції підтримується високий рівень внутрішньої координації, що сприяє наданню широкого спектру соціальних послуг, а також консультування ветеранів. Мережа ветеранських установ, як правило, співпрацює з Міністерством оборони, яке вважається своєрідним менеджером системи підтримки ветеранів. У рамках функції найму державний сектор бере участь у створенні умов для

працевлаштування, перепідготовки та формального навчання ветеранів якнайшвидше після їх звільнення з армії. І навпаки, захисна роль держави у сфері медичного та соціального забезпечення ветеранів невелика. Ця функція проявляється найрізноманітнішим чином: по-перше, через інформаційні кампанії щодо поваги до ветеранів, по-друге, через захист прав ветеранів на особливі умови та реабілітацію.

Важливо визнати, що держава виконує всі свої обов'язки, щоб принести користь ветеранам. Останнім часом відсоток ветеранів у світі визнається саме у ході переписів населення та в різних соціологічних дослідженнях, коли дослідники документують кількість безпритульних і в'язнів. Показники, отримані в результаті дослідження, регулярно оцінюються та обговорюються, цьому сприяє можливість простежити еволюцію та ефективність державної політики щодо ветеранів у Великобританії. Суперечка навколо ветеранського бізнесу є особливою, цей напрям не широко підтримується на державному рівні, але користується значним попитом серед ветеранів та бізнес-спільноти. Ми очікуємо, що в майбутньому сфера досвідченого бізнесу отримає новий розмах і стане ще одним популярним прикладом захисту ветеранів для наслідування.

Інтеграція медичних послуг в єдиний простір України передбачає створення об'єднаної системи охорони здоров'я та військового забезпечення, інтегрованої з ресурсами країни, а також єдність думок щодо використання ресурсів медичної системи. Необхідність поетапного планування та внутрішньої координації, а також важливість чіткого визначення та сегментації рівнів управління медичними поставками та необхідними ресурсами дозволить комбіноване використання системи медичного забезпечення як для ветеранів, так і для діючих військовослужбовців. Незважаючи на важливість стратегічних рішень

щодо створення ефективної системи лікувальної допомоги Збройним Силам України, ми вважаємо необхідними подальші дослідження в цьому напрямку, які б розглядали окремі питання медичної допомоги як на загальнодержавному так і локальному рівнях.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ОСНОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ЗСУ

2.1 Нормативно-правовий механізм публічного управління у сфері соціального захисту військовослужбовців та ветеранів ЗСУ

Центральним органом виконавчої влади, який забезпечує захист прав та інтересів ветеранів, є Міністерство у справах ветеранів України. Відповідно до концепції створення, Міністерство має бути єдиним органом виконавчої влади, який розроблятиме та реалізовуватиме державну підтримку тих, хто брав безпосередню участь у конфлікті або все своє життя присвятив безпеці країни. Зі створенням Мінветеранів було створено стратегічний документ – Програму дій Уряду, яка окреслила стратегічні обов'язки та цілі Мінветеранів (вона не була легітимізована Верховною Радою [94]). У цьому документі зазначено, що першочерговими завданнями Міністерства є турбота та захист інтересів ветеранів, сприяння позитивній репутації ветерана в суспільстві та поновлення їх на цивільні роботи. Наразі Міністерство просуває концепцію захисту прав ветеранів як кінцевого споживача державних послуг, спільно з Міністерством оборони України опрацьовують ідею впровадження системи повернення військовослужбовців у цивільне життя. Склад Мінветеранів станом на 1 січня 2022 року такий: керівництво міністерства (міністр, його перший заступник та кілька інших посадовців), які відповідають за напрямки євроінтеграції, цифрового розвитку та цифрової трансформації. Система патронату Міністра передбачає існування відділу радників та сектору, присвяченого діяльності із забезпечення діяльності Міністра. Керівники Міністерства: Директорат соціального захисту (в його рамках діють експертні групи, які обговорюють питання розробки та реалізації житлових

програм, питання статусу, соціальної підтримки). Директорат стратегічного планування та європейської інтеграції (включно з такими експертними групами: стратегічне планування та інституційний розвиток, фінансовий менеджмент та планування, формування та розвиток регіональної політики з питань ветеранів, європейська та атлантична інтеграція та координація міжнародного співробітництва). Також функціонує Управління розвитку громадянської ідентичності та ветеранів (його експертні групи: формування громадянської ідентичності, взаємодії з громадськими організаціями та розвитку ветеранського руху, питання розвитку ветеранів, а також група з питань пам'ятних знаків та нагород). Управління реабілітації та медичного забезпечення має декілька експертних груп: психологічна допомога та реабілітація, медичний супровід та реабілітація, фізкультурно-спортивна реабілітація, освітні програми та підвищення кваліфікації ветеранів. Директорат цифрового розвитку, цифрової трансформації та цифровізації — веде державний реєстр; системна інтеграція; розвиток інформаційних систем та ветеранських електронних сервісів. Для полегшення діяльності міністерства в структуру входять фінансова, юридична, бухгалтерська та звітна складові, управління персоналом, а також управління документами та зверненнями громадян. Організація Міністерства також складається з окремих департаментів: департаментів управління Міністерством, комунікацій та інформації, а також внутрішнього аудиту. Задіяні й інші сфери діяльності Міністерства: процес закупівель, протокольні питання, урочисті та установчі засідання, запобігання та виявлення корупції. У міністерстві є посади спеціалістів з питань режимно-секретної роботи, а також мобілізації, цивільного захисту та захисту від хижаків. За роботу в кожній області (а також м. Києві) відповідають територіальні органи Міністерства; є міжрегіональне відділення в Херсонській області, АР

Крим, м. Севастополі. В усіх територіальних органах працює 5 спеціалістів з питань. Загальна кількість посад – 325 [96]. Ця структура призначена для надання допомоги ветеранам у виконанні зобов'язань з боку держави, а також потенційних змін у способі розподілу пільг для забезпечення підвищення добробуту ветеранів і можливого плавного переходу від військового до цивільного життя. Проте одним із дискусійних питань є забезпечення належного кадрового складу Мінветеранів відповідно до конкурсних процедур. У 2020 році після двох етапів конкурсу, внаслідок карантину, пов'язаного з COVID-19, повна процедура проведення була скасована. У 2021 році Мінветеранів оприлюднило заяву про проведення конкурсів на посади держслужбовців [97], але результати конкурсів на конкретні посади не розглядалися [98].

Міністерство у справах ветеранів України є провідним органом виконавчої влади, який визначає, спрямовує та регулює політику щодо захисту прав ветеранів. Міністерство наділене здатністю формувати напрямки розвитку, пріоритети політики держави щодо ветеранів, концепції реформування. До створення профільного міністерства соціальний захист ветеранів та їхніх сімей відповідало Міністерство соціальної політики України, але оскільки Мінсоцполітики відповідає за соціальний захист більшої кількості пільговиків, будь-яка загальна держава підтримка ветеранів не була реалізована [99]. Як керівний орган у системі виконавчої влади, Мінветеранів забезпечує формування та реалізує державну політику щодо соціального захисту ветеранів, а також має значний вплив на формування та пропаганду позитивної репутації ветеранів у суспільстві. Відповідно до Положення про Міністерство у справах ветеранів України, на Мінветеранів покладено такі завдання: 1) формування та реалізація державної політики щодо соціального захисту ветеранів та членів їх сімей, зокрема, забезпечення психологічної

реабілітації, соціальної та підвищення кваліфікації, працевлаштування, підвищення конкуренції на ринку праці, а також санаторно-курортне лікування, житло; надання одноразової грошової допомоги (крім організації виплати цієї допомоги), вшанування ветеранів. Для реалізації визначених законодавством цілей Міністерство здійснює законодавчу діяльність, бере участь у розробленні державних цільових програм та аналізі їх ефективності, а також співпрацює з посадовими особами на місцях, органами місцевого самоврядування, інститутами громадянського суспільства. Воно також організовує заходи (зокрема, всеукраїнські та міжнародні спортивні змагання для ветеранів), а також координує процес надання та позбавлення статусу ветерана у порядку, встановленому законодавством. Усі перелічені функції Мінветеранів відносяться до основних у Концепції оптимізації системи центральних органів виконавчої влади, цю Концепцію затверджено розпорядженням КМУ від 27 грудня 2017 року № 1013-р. Основними обов'язками відомств є планування діяльності, забезпечення формування державної політики та контроль за її реалізацією». Створення міністерства мало усунути бюрократичну складність, функціонування системи державної допомоги ветеранам. 20 березня 2019 року Кабінет Міністрів України прийняв рішення про створення окремих організацій Мінветеранів. Для забезпечення ефективності Мінветеранів на місцях локальні організації легітимують загальний погляд на правоохоронну діяльність, оцінку ефективності державних програм у сфері ветеранів, а також здійснення діяльності для забезпечення виконання місії. Одним із завдань Мінветеранів на 2021 рік є створення єдиного центру надання послуг ветеранам та їх сім'ям у формі відкритих просторів, які є поєднанням центру надання послуг та територіальних організацій. Адміністрування послуг ветеранам, членам їх сімей та сім'ям загиблого з лютого 2022 року здійснюється організаціями

соціального захисту населення, центрами зайнятості, кадровими центрами, інформації про поточні зміни до законодавства щодо справ ветеранів, що призводить до того, що вони не можуть надавати чи інформувати послуги своїм клієнтам: померлим. У лютому 2021 року була випущена інформаційна система «Є-ветеран», наразі ця система знаходиться на етапі тестування та успішно функціонує [102]. Однак на даний момент ветерани не мають можливості отримувати пільги, державні послуги онлайн або використовувати електронний процес для подання уповноваженій стороні (на місцевому рівні). У Законі про Державний бюджет на 2021 рік на управління та розпорядження у справах ветеранів за бюджетною категорією 1501010 передбачено 109,9 млн грн. Звітні видатки бюджету за вказаною програмою у 2020 році визначені в сумі 108,7 млн грн. Додатково зекономлено бюджетних коштів у сумі 11,5 млн, що пояснюється економією фонду оплати праці (неповноцінно розгортався штат закладу), працевлаштуванням людей з інвалідністю (виплатою соціальних допомог, які є пільговими), скорочення витрат на відрядження тощо. У рамках бюджетної програми придбано 4 сервери з авторизованим програмним забезпеченням та обладнанням для забезпечення кібербезпеки та захисту інформації та комунікацій системи Мінветеранів. У 2022 році передбачений обсяг видатків за вказаною програмою становитиме 141,5 млн грн. Проте в діяльності Мінветеранів є й інституційні моменти, які відсутні в Програмі КМУ, наприклад, відсутність затвердження Верховною Радою плану (як складової Програми КМУ), наявність вакантних посад у територіальних організаціях, зміна політичного напрямку влади, а також відсутність розвитку Мінветеранів як інституції (з кінця 2018 року, коли було створено Міністерство, міністрами у справах ветеранів були (послідовно): І. Фріз, О. Коляда, С. Бессараб, Ю. Лапутін. Як наслідок, підвищення інституційної спроможності Мінветеранів як центрального

органу влади і водночас суб'єкта законодавчої діяльності дозволить забезпечити соціальний та правовий захист ветеранів, це також оптимізує процес повернення ветеранів до мирного існування. У результаті створення і функціонування Міністерство ветеранів сприяло захисту і представництву прав та інтересів ветеранів на державному рівні. Крім того, відсутність системності та політичної волі до послідовного реформування державної підтримки ветеранів, часті зміни політичного керівництва (як інституцій, так і звільнення міністрів) негативно впливає на ефективність діяльності міністерства в цілому та ступінь довіри до нього з боку суспільства. Незважаючи на функціонування Міністерства у справах ветеранів як спеціалізованого центрального органу у справах ветеранів, частина державних пілг (послуг) ветеранам на центральному та місцевому рівнях делегована Міністерству соціальної політики та асоційованим організаціям. Наприклад, Мінсоцполітики відповідає за фінансування бюджетної програми 2501150, за цією програмою щороку до 5 травня виділяються кошти ветеранам, загальне управління та керівництво соціальною політикою делеговано іншим відомствам. У 2021 році на реалізацію програми було спрямовано додатково \$410 млн. У 2020 році у звіті про виконання бюджетної програми зазначено, що загальний бюджет заощаджено на понад 5,6 млн грн (загальна сума виділених коштів склала понад 208 млн грн). Економія коштів у звіті віднесена на недоформованість апарату Нацкомпослуг України, а також вихід на пенсію працівників Мінсоцполітики та економію споживання комунальних послуг. Враховуючи наведені показники, зменшення видатків у межах зазначеної бюджетної категорії у 2021 році є обґрунтованим. Однією з причин падіння соціального благополуччя різних верств населення є поширення захворювання COVID-19, яке разом із зазначеними обмеженнями негативно вплинуло на рівень зайнятості людей з інвалідністю. Ветерани

подають заяву до територіального органу соціального захисту населення для оформлення пільг по оплаті житлово-комунальних послуг або для лікування в санаторно-курортному закладі, все це за правилами Пенсійного фонду України, який виплачуватиме особі до 5 травня, якщо вони не є пенсіонерами, інакше цим займається Пенсійний фонд України. Також Мінсоцполітики доручено забезпечити людей з інвалідністю (разом з медичною книжкою) автомобілем. Ці ж принципи дотримуються і при забезпеченні людей з інвалідністю додатковими послугами. Ця бюрократична складова ускладнює не лише отримання державних гарантій, а й негативно впливає на взаємодію державних органів, оскільки різні відомства мають тенденцію розподіляти відповідальність, щоб уникнути дублювання повноважень. Таким чином, особа має проблеми з отриманням належних гарантій, що призводить до втрати довіри до діяльності державних органів. Тому важливо, щоб реалізація всіх державних гарантій щодо ветеранів була підпорядкована Мінветеранам та пов'язаним з ним органам, це дозволить уникнути дублювання повноважень. Крім того, важливо підвищити якість та обізнаність працівників соціального захисту щодо ветеранів. У 2021 році на підвищення кваліфікації соціальних спеціалістів та інших працівників системи соціального захисту населення буде спрямовано 876,8 тис. Окремі заклади реабілітації ветеранів війни (наприклад, державний заклад «Госпіталь ветеранів війни «Лісова Поляна», державний медико-соціальний центр ветеранів війни (Київська область) є підпорядкованими МОЗ. Крім того, на підставі розподільчого бюджету МОЗ також відповідає за лікування українців за кордоном, що впливає на отримання ветераном пакету медичних послуг, які є результатом медичної реформи повноваження різних органів центральної влади щодо адміністрування ветеранських гарантій негативно впливає на реалізацію державних

гарантій, пов'язаних із законом. Міністерству освіти і науки доручено здійснювати державну допомогу ветеранам у сфері освіти (соціальні виплати дітям ветеранів, першочергове влаштування на бюджетні місця осіб з інвалідністю внаслідок війни тощо). Однак це не є запереченням того факту, що ветерани в першу чергу покладаються на підтримку профільного міністерства, існуючий дуалізм відіграє негативну роль в захисті їхніх прав, не забезпечуючи при цьому прямих відносин співпраці між міністерствами. У разі порушення прав людини особа має право звернутися зі скаргою до Управління з прав людини ВРУ. Відповідно до статті 10 Закону України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» для забезпечення діяльності Уповноваженого створюється Секретаріат, який є довгостроково діючим органом. У 2020 році Мінветеранів повідомило про плани підписати меморандум з Уповноваженим ВРУ з прав людини щодо посилення захисту прав ветеранів. За результатами моніторингу та звернень Омбудсман вживатиме заходів щодо усунення порушень та причин їх виникнення [107]. У 2021 році на діяльність Секретаріату Уповноваженого ВРУ з прав людини буде спрямовано 223 млн 709,2 тис. Ця сума спрямована на інформаційне, організаційне, науково-консультативне обслуговування з метою діяльності Уповноваженого, у тому числі на утримання представництв у регіонах, сплату членських внесків у міжнародних організаціях тощо. Звіт про виконання бюджету програм на 2020 рік демонструє економію понад 1 млн грн, що пов'язано з оптимізацією процесів закупівель, а також зменшення кількості відряджень через пандемію. На сайті Уповноваженого ВРУ з прав людини є статистика, згідно з якою у 2019 році про порушення прав звернулися 998 військовослужбовців, приблизно 1/4 від загальної кількості повідомлень стосувалися проходження військової служби.

Наразі у відкритому доступі відсутня інформація про кількість звернень у 2022 році. Також не оприлюднена статистика щодо кількості ветеранів, які звернулися за захистом своїх прав. Уповноважений ВРУ з прав людини щорічно оприлюднює звіт про свою діяльність. Відтак, у звіті про діяльність за 2020 рік у сфері забезпечення прав військовослужбовців та ветеранів зафіксовано практику нехтування правом на отримання достатньої матеріальної допомоги сім'ям загиблих військовослужбовців. Ця негативна поведінка продовжується. Ці виплати здійснюються з порушенням строків, які встановлюються за неодноразовими зверненнями членів сімей загиблих військовослужбовців. Також задокументовано інші випадки систематичних несплат та порушень житлових прав військовослужбовців. За результатами моніторингу підготовлено низку рекомендацій Верховній Раді та КМУ щодо вдосконалення правового регулювання окремих аспектів військової служби та захисту прав ветеранів. [108]. Як наслідок, інституційна місія Уповноваженого ВРУ з прав людини, через значне державне фінансування та низку питань, що контролюються, потребує посилення громадського контролю, зокрема щодо ефективності розгляду скарг щодо прав і свобод людини. Перед початком діяльності Уповноваженого з питань ветеранів Мінветеранів та Міноборони мають посилити співпрацю з Офісом Уповноваженого ВРУ з прав людини з метою захисту прав ветеранів та військовослужбовців, збільшити кількість моніторингових виїздів Уповноваженого ВРУ з прав людини з метою оцінки та покращення ставлення до ветеранів та військовослужбовців у державних установах, організаціях та громадах незалежно від форм власності. Органи місцевого самоврядування. Захист прав військовослужбовців і ветеранів здійснюється не лише на державному, а й на місцевому рівнях. Наприклад, програма «Турбота. Назустріч киянам», яка надає право безкоштовного проїзду в громадському

транспорті особам, які мають на це законне право (учасникам війни, членам їхніх сімей). Львівська міська рада надає матеріальну допомогу мешканцям львівської області в розмірі 100 тис. грн. на соціальні та побутові питання [109]. Доплати Гайворонської міської ради ветеранам АТО/ОСУ та членам їх сімей до Дня захисників і захисниць України становлять 1000 грн [110]. Питанням у сфері соціального захисту населення на місцевому рівні є необхідність впровадження державних пільг для військовослужбовців та ветеранів за рахунок коштів місцевих бюджетів. На даний час відсутній механізм державної компенсації пільгового проїзду ветеранів для підприємств, це є причиною численних незаконних відмов ветеранам від транспортних компаній. Іншим питанням, пов'язаним з діяльністю органів місцевого самоврядування у справах ветеранів, є вимога клієнтоорієнтованого підходу при наданні послуг ветеранам та їх сім'ям з метою задоволення їхніх потреб. Міністерство у справах ветеранів та його територіальні органи мають покращити систему комунікації з органами місцевого самоврядування, надати можливість для підвищення кваліфікації працівників органів місцевого самоврядування у справах ветеранів, сприяти клієнтоорієнтованому підходу. Під час виконання обов'язків військової служби у Збройних Силах України, НГУ, ДПСУ чи інших військових організаціях військовослужбовцям надаються всі права та пільги, пов'язані з проходженням військової служби, а також гарантії догляду, фінансового розвитку, матеріального забезпечення тощо). Деякий час тому Міноборони повідомило, що кошти, необхідні для впровадження колись обов'язкових видів виплат, доплати за результатами роботи, запроваджені 29 липня 2020 року постановою Кабінету Міністрів України № 741, а також інших доплат, пов'язані із Збройними Силами, не враховувалися під час підготовки Державного бюджету на 2021 рік [111]. Крім того, Закон 1807-IX від 08.10.2021, який набрав чинності 21.10.2021,

має на меті забезпечити Міністерство оборони необхідними ресурсами для погашення заборгованості військовослужбовцям. Однак, складною проблемою залишається відсутність системної програми переходу від військового життя до цивільного.

Створення такого роду програм є одним із найважливіших пріоритетів для Мінветеранів. Проте успішний перехід від військового до цивільного життя потребує співпраці Міністерства у справах ветеранів, Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Державної служби охорони тощо. У листопаді 2021 року представники Мінветеранів України провели зустріч із представниками Міноборони, на якій обговорили створення та впровадження функціональної системи переходу від військових до цивільних професій. Перша частина апробації системи переходу від військової до цивільної професії мала розпочатись у 2022-2023 роках. Пропагуючи існування перехідної системи, ми повинні визнати, що ця система має включати допомогу кар'єрного консультанта, можливість отримати освіту, підтримку психічного здоров'я та набір додаткових функцій (наприклад, курс фінансового планування). Крім того, така програма має залучати членів сім'ї службовця до участі у поверненні до цивільного життя. У результаті система забезпечення соціально-правового захисту військовослужбовців і ветеранів є досить розвинутою, але потребує посилення взаємодії між різними державними органами, координації спільних дій для досягнення системного та ефективного реформування механізму державної підтримки, покращення матеріального забезпечення ветеранів та їх сімей.

2.2 Організаційно-процедурна складова госпіталізації військовослужбовців та ветеранів ЗСУ у контексті цивільно-військової взаємодії

Основою цивільно-військової взаємодії в Україні є готовність та спроможність органів державної влади, усіх ланок сектору безпеки і оборони, органів місцевого самоврядування, єдиної системи цивільного захисту, національної економіки до діяльності в умовах воєнного стану та у разі необхідності протидіяти збройній агресії. Крім того, це охоплює готовність до оборони як населення, так і території держави. Початок процесу інституціоналізації цивільно-військової взаємодії в Україні, зокрема щодо організації системи екстремальної медицини та забезпечення медичної евакуації, можна віднести до результатів спільної колегії Міністерства оборони та Міністерства охорони здоров'я України. України разом із прийняттям постанови Кабінету Міністрів від 16 жовтня 1995 р. № 819. Ця постанова стосувалася «Про взаємодію медичних Збройних Сил та інших військових формувань України з державною системою охорони здоров'я та про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини», фактично започаткувавши створення загальнодержавної системи екстремальної медицини та заклавши основу для цивільно-військової взаємодії у сфері охорони здоров'я. Указом Президента України створено військові адміністрації для забезпечення виконання Закону України «Про правовий режим воєнного стану», що сприятиме керівництву обороною, громадською безпекою та порядком. Водночас на органи військового управління та органи державної влади покладаються окремі повноваження та обов'язки щодо захисту України в умовах воєнного стану, зокрема щодо протидії збройній агресії та забезпечення готовності населення і території до оборони. Спрямування, координація та контроль за діяльністю обласних військових адміністрацій з питань оборони, громадської безпеки та порядку,

а також здійснення заходів воєнного стану покладається на Об'єднаний оперативний штаб Збройних Сил України під головним керівництвом Генерального штабу Збройних Сил України. В іншому Кабінет Міністрів України здійснює повноваження, визначені його функціоналом. У зв'язку із запровадженням воєнного стану в Україні, створення єдиної системи територіальної оборони держави, визначеної Законом України «Про основи національного спротиву», постає найважливішим пріоритетом для держави. Для цього необхідний спільний підхід за участю органів державної влади, органів військового управління та громадян України. Окремі організаційно-правові аспекти цивільно-військового співробітництва, а також спільна робота щодо синхронізації діяльності Збройних Сил України з органами виконавчої влади, місцевого самоврядування та громадськими організаціями, що регулюються спеціальними нормативними та правовими рамками. Нормативно-правова база цивільно-військової взаємодії охоплює комплекс заходів, спрямованих на сприяння спільним діям Збройних Сил України та інших організаційних утворень, створених відповідно до законодавства України. Ця основа сприяє налагодженню взаємодії та співпраці з органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями, волонтерськими організаціями та населенням з метою узгодження їх спільних зусиль та створення умов, сприятливих для виконання покладених завдань і обов'язків. Це включає вирішення нагальних проблем, з якими стикається цивільне населення, шляхом розгортання як військових, так і невійськових ресурсів. Поняття «військово-цивільні відносини» є відносно нещодавнім доповненням до Закону України «Про демократичний цивільний контроль над Воєнною організацією та правоохоронними органами держави». Його характеризують як «основу правової взаємодії між суспільством і різними компонентами військової організації держави, що охоплює політичні, фінансові, економічні, соціальні

та інші процеси, пов'язані з національною безпекою та обороною. Введення воєнного стану підкреслює критичну важливість вирішення завдань, які сприяють ефективній координації, а також цивільно-військовій взаємодії органів виконавчої влади та органів військового управління, неурядових організацій — як міжнародних, так і волонтерських, громадських рухів, суб'єктів господарювання та органів самоорганізації населення у складі обласних та районних військових адміністрацій, а також селищних військових адміністрацій. Такі зусилля мають ґрунтуватися на прозорості та вичерпному розумінні вимог, що вимагає подальших наукових досліджень.

Ці дослідження мають бути зосереджені насамперед на створенні та зміцненні алгоритмів у системі для оперативного управління, яке охоплює відповідні сили, ресурси та інструменти, спираючись на кращий міжнародний досвід у виконанні подібних програм і проектів, а також адаптуючи стандарти, протоколи, правила та процедури для узгодження з сучасними українськими обставинами. Отже, виклики національній безпеці, що виникають, актуалізують нагальну необхідність визначення механізмів, які сприятимуть злагодженій взаємодії Міністерства оборони України з іншими військовими формуваннями та державними установами. Державне управління цивільно-військовою взаємодією зосереджено на налагодженні ефективної взаємодії між Збройними Силами України, органами державної влади та інститутами громадянського суспільства в умовах загроз. Враховуючи цей контекст, вважаємо, що серед різноманітних визначень цивільно-військової взаємодії доцільно трактувати цей процес і явище як форму нормативно визначених, цілеспрямованих та врегульованих взаємовідносин між Збройними Силами України, органами державної влади, місцевого самоврядування. Розглядаючи цивільно-військову взаємодію не лише з точки зору її інтеграції в систему державного управління, але й у контексті системи глобального управління, важливо підкреслити, що

створення відповідної системи всередині держави вимагає активної участі неурядових організацій. Це як гуманітарні місії та міжнародні волонтерські рухи, так і міжнародні аналітичні центри та наукові, освітні та експертні організації, які мають досвід протидії гібридним загрозам та функціонування в умовах триваючих збройних конфліктів.

Отже, цивільно-військова взаємодія охоплює різноманітні форми та підходи до виконання відповідних заходів, а також комунікацію не лише з органами військового управління, а й цивільними суб'єктами, до яких належать міжнародні організації. Ця взаємодія використовує їхній емпіричний досвід і передбачає не лише технічну допомогу, але й інформаційні та інтелектуальні ресурси. В умовах запровадження воєнного стану в Україні метою цивільно-військового співробітництва є створення належних умов для виконання Збройними Силами України завдань за призначенням на різних оперативних рівнях, що забезпечує досягнення поставлених завдань під час проведення військових дій. Це здійснюється шляхом взаємодії Збройних Сил України з органами державної влади, місцевого самоврядування, організаціями, підприємствами, установами та місцевим населенням у визначеній зоні відповідальності для забезпечення успішного виконання завдань. Такі зусилля передбачають, зокрема, такі форми взаємодії:

- створення системи цивільно-військової взаємодії, яка складається з мережі функціонально взаємопов'язаних суб'єктів (органів, сил, засобів), що входять до складу Збройних Сил України та інших військових формувань, утворених відповідно до закону, а також елементами цивільного сектору разом із стратегіями впливу на ці суб'єкти для сприяння успішному виконанню військових завдань;

- організація цивільно-військового співробітництва, що означає спільну, цілеспрямовану, структуровану та постійну діяльність командирів,

начальників, штабів та структур цивільно-військового співробітництва, спрямовану на встановлення та підтримку ефективних зв'язків з цивільними суб'єктами;

- оцінювання цивільного середовища, що передбачає збір, аналіз, систематизацію та узагальнення інформації про цивільний контекст з наступним прогнозуванням його потенційного впливу.

Для виконання військовослужбовцями завдань за призначенням у визначеному районі (регіоні) протягом встановленого терміну необхідно враховувати індивідуальні фактори. Підтримка військових операцій включає превентивні заходи, вжиті структурами цивільно-військового співробітництва, спрямовані на пом'якшення несприятливого впливу цивільного середовища на військові дії та, за необхідності, полегшення доступу військових до цивільних ресурсів.

Військово-цивільні відносини охоплюють правову основу, яка регулює взаємодію між суспільством і різними компонентами військової організації держави, розглядаючи політичні, фінансові, економічні, соціальні та інші аспекти, пов'язані з національною безпекою та обороною. Цивільно-військові операції складаються з діяльності, що проводиться призначеними військовими підрозділами, які встановлюють, підтримують, реалізують або впливають на відносини між військовими силами та місцевим населенням та установами з метою досягнення, відновлення або прямої підтримки стабільності в регіоні чи країні. Серед основоположних принципів, які докорінно трансформують структури цивільно-військової взаємодії, викладені у Воєнній доктрині України, особливо виділяються кілька ключових аспектів: пріоритетність військових цілей; розумне використання наявних ресурсів; залучення до взаємодії широкого кола учасників; важливість безперервності; а також необхідність координації та узгодженості дій усіх залучених сторін. Крім того, ці принципи враховують

функціонування чотирьох центрів оперативного управління та відповідний розподіл адміністративно-територіальних повноважень, покладених на військово-медичні клінічні центри медичного забезпечення Збройних Сил України. У світлі цих принципів слід підкреслити три важливі компоненти їх виконання. Перша складова – спільність цілей – зумовлює необхідність створення умов, які сприятимуть найбільш ефективному та дієвому формуванню стабільних цивільно-військових відносин через взаємне визнання та розуміння спільних цілей і завдань між основними суб'єктами цивільно-військової взаємодії. По-друге, розстановка завдань, поставлених перед військами, що називається пріоритетом місії, передбачає виконання ряду заходів, у яких виконання військової місії має пріоритет у всіх ситуаціях. Це актуально навіть тоді, коли військові дії проти цивільного населення істотно впливають на психологічну динаміку цивільно-військової взаємодії. По-третє, об'єднання зусиль усіх відповідальних суб'єктів зумовлює необхідність агрегування всіх наявних ресурсів для розгортання в зоні збройного конфлікту, що сприяє підвищенню ефективності та ефективності взаємодії. Що стосується основних функцій цивільно-військової взаємодії у Збройних Силах України, то одним із першочергових обов'язків є забезпечення військових операцій. Це включає, зокрема, організацію та координацію доступу військ до цивільних ресурсів у разі виникнення таких потреб. Зокрема, це стосується військово-медичного аспекту та відповідної йому складової ресурсного забезпечення, яка комплексно висвітлена у Воєнно-медичній доктрині України. За висновком спільної колегії Міністерства оборони та Міністерства охорони здоров'я України Кабінет Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. видав постанову № 819 «Про взаємодію медичних служб Збройних Сил України». Збройних сил та інших військових формувань України з державною системою охорони здоров'я та щодо створення загальнодержавної системи екстремальної медицини». Ця

постанова поклала початок створенню загальнодержавної системи екстремальної медицини та заклала основу для цивільно-військового співробітництва в галузі охорони здоров'я. Крім того, наказом Міністерства оборони України від 10 грудня 2019 року № 624 «Про внесення змін до переліку органів військового управління, юрисдикція яких поширюється на всю територію України» визначено, що формування Командування Медичних Сил ЗС України має на меті консолідацію медичної служби під єдиним командуванням командувача медичних сил, який підпорядковується безпосередньо Головнокомандувачу Збройних Сил України. Основними обов'язками Командування Медичних Сил Збройних Сил України є:

- виконання заходів медичного та евакуаційного забезпечення, спрямованих на досягнення та підтримку рівнів готовності, необхідних для ефективної діяльності Збройних Сил України, а також сили і засоби інших родів військ оборони, залучені до оборони держави;
- організація планування, розгортання, підготовки та контролю за військовими частинами та закладами охорони здоров'я в складі Збройні Сили України;
- створення цілісної інформаційної бази для Медичних Сил Збройних Сил України та інших складових Сил оборони;
- забезпечення дотримання державної політики щодо охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил, медичного та евакуаційного забезпечення військовослужбовців.

«Воєнно-медична доктрина України» як стратегічно значущий документ наголошує на створенні цілісної системи поряд із відповідними заходами лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил). Ця інтеграція відповідає ресурсним можливостям цивільної системи охорони здоров'я та охоплює кілька положень. Передусім передбачається, що надання медичної допомоги хворим і постраждалим військовослужбовцям третього та

четвертого рівнів лікувально-евакуаційного забезпечення відбувається переважно в закладах цивільної системи охорони здоров'я, що відповідає рівням надання медичної допомоги. На Збройні Сили України разом з іншими військовими формуваннями, які здійснюють розробку нормативно-правових актів і керівних документів щодо виконання Воєнно-медичної доктрини України, покладено формування основного масиву сил і засобів медичної служби, розробку пропозицій для основних показників оборонного порядку та забезпечення постійної готовності визначеної кількості сил і засобів. Одночасно військово-медичний аспект відіграє вирішальну роль у формуванні єдиного погляду на організацію, тактику та порядок розгортання сил і засобів як медичних служб, так і цивільної системи охорони здоров'я, застосовних як у мирний час, так і в періоди особливого стану. У зв'язку з цим МОЗ України відповідає за забезпечення готовності закладів охорони здоров'я разом з іншими необхідними ресурсами та кадрами, визначеними нормативно-правовими актами Кабінету Міністрів України, для надання медичної допомоги військовослужбовцям. Основу системи охорони здоров'я військовослужбовців складають медичні служби, у тому числі військово-медичні частини, військові медичні заклади та органи управління медичної евакуації, а також певна кількість цивільних закладів охорони здоров'я. Медичні послуги діють в єдиній медичній системі, встановленій державою, відповідно до законодавства про охорону здоров'я, стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів. Єдиний медичний простір визначається як система, яка організовує медичну допомогу шляхом інтеграції всіх державних медичних ресурсів через скоординоване управління та встановлені механізми фінансування. Ця система гарантує доступність, якість та ефективність різних видів медичної допомоги всім громадянам України, в тому числі військовослужбовцям. Отже, включення системи військового медичного та евакуаційного забезпечення в єдиний медичний простір

України зумовлює необхідність функціональної взаємодії медичних служб із системою охорони здоров'я цивільного населення. Ця інтеграція має на меті оптимізувати їхні можливості для надання ефективної медичної підтримки військам. Складові медичної служби та системи військового лікувально-евакуаційного забезпечення мають бути спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців, надання своєчасної та ефективної медичної допомоги при пораненнях, захворюваннях, швидке відновлення боєздатності. Надання медичної допомоги пораненим або хворим військовослужбовцям здійснюється за видами у складі медичних частин військових формувань і закладів охорони здоров'я, організованих за територіальним принципом. Ці медичні частини та заклади охорони здоров'я є основою для встановлення етапів медичної евакуації (рівнів лікувально-евакуаційного забезпечення), кількість, місце розташування, вид і обсяг медичної допомоги визначаються умовами тактичної обстановки.

Обставини бою та розмір санітарних втрат є критично важливими міркуваннями. Медична допомога пораненим (чи хворим) надається на тих рівнях медичної евакуації (або медичного забезпечення), де вона може бути надана найбільш швидко і повно з урахуванням наявних ресурсів, можливостей і умов для медичної евакуації. Сучасне розуміння підкреслює, що військовослужбовці відіграють подвійну роль у медичному та евакуаційному забезпеченні, функціонуючи не лише як реципієнти, а й як повноправні та рівноправні учасники — суб'єкти медичної допомоги. Отже, вони повинні набути практичних навичок надання долікарської допомоги шляхом само- та взаємодопомоги. Основні положення, принципи та вимоги до організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ формуються та реалізуються на основі законодавства про охорону здоров'я, стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та військово-медичних норм з урахуванням необхідних вимог. Одночасно необхідно забезпечити готовність

медичних служб до підтримки військ шляхом досягнення сумісності з відповідними структурами збройних сил держав, що входять до складу міжнародних організацій безпеки або багатонаціональних військових формувань. Це може бути досягнуто шляхом прийняття відповідних міжнародних настанов, стандартів, принципів і критеріїв медичної та евакуаційної підтримки, які сприятимуть узгодженому розумінню:

- планування, організації та процедур надання медичної допомоги;
- створення необхідних структур медичної служби;
- управління медичним забезпеченням та поповненням медичних засобів;
- підготовка та розгортання медичного та фармацевтичного персоналу;
- ведення медичної документації та обмін медичною інформацією;
- також організація співпраці для ефективного використання медичних ресурсів.

Реалізація державної політики щодо організації та удосконалення системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України відповідно до міжнародних стандартів має здійснюватися з урахуванням відповідних вимог законодавства щодо охорони здоров'я військовослужбовців. Це передбачає встановлення необхідної структури та чисельності сил медичної служби та організацію підрозділів медичного та евакуаційного забезпечення, а також вивчення альтернативних методів і шляхів залучення ресурсів, що включає врахування цивільного сектору. Запровадження передових практик і міжнародних стандартів медичного забезпечення Збройних Сил, безумовно, здійснюється на стратегічному рівні шляхом формування та впровадження різноманітних нормативних документів. Зазначимо, що Стратегічний оборонний бюлетень України затверджено як найважливіший документ Указом Президента України від 17 вересня 2021 року № 473/2021. Відповідно до Стратегії національної безпеки

України та Стратегії воєнної безпеки України, Стратегічний оборонний бюлетень України визначає основні спроможності, яких мають досягнути сили оборони, а також стратегічні завдання їх розвитку до 2025 року. Цей документ окреслює основні завдання та очікувані результати, пов'язані з цими цілями. На основі Стратегічного оборонного бюлетеня України формуються та виконуються державні цільові програми, спрямовані на зміцнення компонентів Сил оборони та задоволення потреб у їх медичному забезпеченні. Це, зокрема, оснащення їх сучасними медико-технічними ресурсами, створення необхідних резервів матеріально-технічного забезпечення та вжиття додаткових заходів щодо посилення оперативного потенціалу Медичних сил Збройних Сил України. Передбачається, що пріоритетом медико-евакуаційного забезпечення буде збереження життя особового складу та зміцнення його здоров'я, а також запобігання виникненню та поширенню захворювань. Крім того, воно охоплює надання медичної допомоги військовослужбовцям, а також лікування та відновлення їх боєздатності та боєздатності після поранень, захворювань і поранень.

Що стосується стратегічних цілей розвитку сил оборони, то їх реалізація зумовлює необхідність виконання конкретних завдань. У цьому контексті стратегічна ціль № 4 зосереджена на підвищенні розвитку та ефективності системи забезпечення медичної евакуації для забезпечення потреб Збройних Сил України у протидії збройній агресії проти народу. Зокрема, завдання № 4.6 спрямоване на створення надійної системи медичного та евакуаційного забезпечення, яка забезпечує належне укомплектування військ (сил) особовим складом, придатним до військової служби, збереження життя та зміцнення здоров'я військовослужбовців, своєчасний доступ до високого -якісне медичне обслуговування при підтримці боєготовності сил відповідно до міжнародних стандартів. Очікуваним результатом є створення комплексної системи медичного та

евакуаційного забезпечення Збройних Сил, що сприятиме посиленню міжвідомчої координації медичних служб сил оборони в єдиній медичній структурі, що дозволить збільшити спроможність ресурсів медичного забезпечення. Досягнення цієї мети потребує виконання низки заходів, зокрема:

- уточнення процесів планування для забезпечення ефективного управління силами та ресурсами, виділеними на медичне та евакуаційне забезпечення відповідних рівнів.

- сприяння ефективній координації та взаємодії медичних служб Сил оборони та системи охорони здоров'я країни для оптимізації використання медичних ресурсів;

- врахування сучасних досягнень медичної науки, техніки та передових технологій, а також автоматизація лікувально-діагностичних процедур та інших технологічних операцій;

- підвищення технічних можливостей медичних формувань і закладів охорони здоров'я шляхом придбання сучасного спеціального медичного обладнання та апаратури, необхідної для надання визначених видів медичної допомоги.

З огляду на викладене, важливо розмежувати можливості медичного та евакуаційного забезпечення Збройних Сил України, особливо в контексті сучасних умов ведення війни. Це включає здатність організовувати та контролювати медичну підтримку на різних оперативних рівнях; виконувати необхідні лікувально-евакуаційні протоколи, а також санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи; проводити медичну розвідку та заходи захисту особового складу від шкідливих радіаційних, хімічних і біологічних агентів; постачати нові зразки медичного майна за встановленою номенклатурою; та ефективно використовувати сучасне медичне та спеціалізоване обладнання, зокрема евакуаційні та транспортні засоби, які технічно сумісні з системами,

що використовуються державами-членами НАТО, таким чином дозволяючи виконувати спільні операції з медичного та евакуаційного забезпечення. Визнаючи важливість стратегічних рішень у створенні ефективної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил, необхідно зосередити увагу на певних конкретних викликах на тактичному рівні. Цей наголос є виправданим, оскільки саме на цьому рівні відбувається виконання вищезазначених заходів, і наслідки невирішених стратегічних питань гостро відчуються поряд з оперативними труднощами.

Створення цілісної законодавчої бази для охорони здоров'я разом із стандартизованою медичною допомогою, клінічними протоколами та іншими галузевими еталонними показниками для управління якістю в галузі охорони здоров'я створило основу для сприяння цивільно-військовій взаємодії на тлі функціонування єдиного медичного середовища в Україні. З точки зору регулювання цивільно-військової взаємодії в цьому єдиному медичному полі, необхідно враховувати законодавство та нормативно-правові акти МОЗ України, які регулюють діяльність цивільної складової такої взаємодії, зокрема в світлі постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. Відповідно до наказу МОЗ України від 20.02.2017 р. сформульовано принципи створення госпітальних округів у рамках створення єдиного медичного простору на вторинному рівні. Створення госпітальних округів, як зазначено в наказі МОЗ від 18.12.2017 р. № 1621, сприяє гарантованому та своєчасному доступу населення до вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги. Юридично поняття госпітального округу визначається як сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законодавством порядку та отримали ліцензію на діяльність.

Господарська діяльність, що впливає з медичної практики, надає основні медичні послуги населенню на визначеній території. Низкою

постанов та розпоряджень Кабінету Міністрів України були затверджені нормативно-правові акти, що регулюють функціонування системи охорони здоров'я в Україні, в яких визначено порядок та обов'язки, пов'язані із забезпеченням виконання цих нормативних документів. Слід зазначити, що Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні внесено суттєві зміни до нормативно-правової бази, яка регулює функціонування системи охорони здоров'я в ході її реформування. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України "Про утворення Національної служби здоров'я України" цей центральний орган виконавчої влади здійснює діяльність, яка спрямовується і координується Кабінетом Міністрів через Міністра охорони здоров'я України. Окреслено основні обов'язки та повноваження організації, серед яких головні завдання: діяти як покупець медичних послуг та фармацевтичних препаратів за програмою медичних гарантій; сприяння роботі електронної системи охорони здоров'я; та здійснення платежів за встановленим тарифом на медичні послуги, що надаються пацієнтам, що охоплює, серед іншого, медичні вироби та лікарські засоби за договорами про державне медичне обслуговування в рамках програми медичних гарантій.

Крім того, від Командування Медичних Сил Збройних Сил України у взаємодії з відповідними структурними підрозділами Міністерства оборони України, Генерального штабу Збройних Сил України, різних військових частин і установ передбачається: відіграють важливу роль у постійному вдосконаленні нормативно-правової бази, що регулює організацію екстреної медичної допомоги та забезпечення медичної евакуації у військових закладах охорони здоров'я, забезпечуючи відповідність міжнародним стандартам. Верба А. зазначає, що для посилення медичного забезпечення Збройних Сил України, відповідно до військово-адміністративного поділу території України та нормативно-правової бази щодо лікування військовослужбовців у

цивільних закладах охорони здоров'я, Міністерство оборони України розробив проект постанови Кабінету Міністрів України «Про вдосконалення медичного забезпечення військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції на сході України». Крім того, у додатку 1 «Положення про тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць» визначено створення резерву спеціалізованих ліжок у найбільш дієздатних державних та комунальних цивільних закладах охорони здоров'я з урахуванням до 30% загальна кількість місць. Ця ініціатива спрямована на забезпечення своєчасного та якісного надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України. У подальшому проект постанови керувався наказом Міністерства оборони України «Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України для організації медичного забезпечення».

Передбачається, що створення Тимчасових функціональних об'єднань буде делеговано обласним державним адміністраціям та органам місцевого самоврядування у співпраці з Міністерством Охорона здоров'я України та Міністерство оборони України на основі визначених Кабінетом Міністрів України закладів охорони здоров'я Одночасно Міністерство оборони України через Міністерство охорони здоров'я України несе відповідальність за підготовку тимчасових функціональних об'єднань до виконувати покладені на них завдання, у тому числі виділення резерву спеціалізованих ліжок та формування та підтримання місячного запасу медикаментів, медичних виробів, донорства. крові та її похідних. Крім того, критичною умовою для закладів охорони здоров'я є забезпечення можливості одночасного прийому не менше 11-16 поранених або хворих із наданням медичної допомоги згідно зі стандартами та клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України. Ці

аспекти Положення були змінені та затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 11 травня 2017 р. № 412.

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 р. № 352, до відповідних документів внесено зміни спільним наказом Міноборони та МОЗ України від лют. 7, 2018, № 49/180. Ці зміни включають доповнення конкретними адміністративними та організаційними заходами, спрямованими на забезпечення надання консультативної та методичної підтримки заклади охорони здоров'я, що надають вторинну спеціалізовану і третинну високоспеціалізовану медичну допомогу військовослужбовцям. У світлі вищезазначених міркувань рекомендовано сприяти розвитку партнерства між Командуванням Медичних Сил Збройних Сил України, Міністерством охорони здоров'я України та Національною службою здоров'я України. Ця співпраця спрямована на ефективне вирішення питань охорони здоров'я, збереження, підтримання та підвищення боєздатності та боєздатності військовослужбовців, а також забезпечення медичної евакуації Збройних Сил України. Ця ініціатива має враховувати, з одного боку, специфіку положень і нюансів надання медичної допомоги військовослужбовцям усіх рівнів, а з іншого – інтеграцію сучасних ефективних медичних і діагностичних технологій відповідно до галузевих стандартів, враховуючи також ширші ресурсні можливості цивільної системи охорони здоров'я. Реформування стандартів організації медичної допомоги та забезпечення у Збройних Силах України узгоджено з основоположними організаційними засадами, викладеними в доктрині медичного та евакуаційного забезпечення країн-членів НАТО, зокрема з посиланням на стандарт AJP-4.10.

Така побудова сприяла створенню багаторівневої системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України. Розмежування, диференціація та спеціалізація заходів з медичної евакуації

військовослужбовців дозволить налагодити ефективну міжвідомчу цивільно-військову взаємодію в єдиних медичних рамках, зокрема при наданні екстреної медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям у регіонах, прилеглих до зони активних бойових дій. Крім того, важливо виділити нормативно-правові акти, які сприяють створенню цілісної системи лікувально-евакуаційного забезпечення військовослужбовців, які також стосуються окремих аспектів лікувально-евакуаційної допомоги та розмежовують механізми надання вторинної (спеціалізованої) та третинної допомоги. (високоспеціалізована) медична допомога цим особам. Порядок залучення цивільних закладів охорони здоров'я до надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям визначено відповідними нормативно-правовими актами.

Ці акти також встановлюють механізми надання такої медичної допомоги та затверджують перелік закладів охорони здоров'я та державних установ Національної академії наук України, які беруть участь у цьому процесі. Примітно, що роль цивільно-військової взаємодії, яка стосується підтримки військових операцій, зокрема організації та координації доступу військ до цивільних ресурсів у разі необхідності, заслуговує на значну увагу. Зокрема, заходи цивільно-військового співробітництва щодо організації медичного та евакуаційного забезпечення можуть включати:

- налагодження збору інформації щодо виконання завдань за призначенням та оцінку цивільного та медичного ландшафту;
- сприяння взаємодії з органами управління закладами охорони здоров'я, представниками місцевої влади, громадськими організаціями, у тому числі волонтерськими рухами;
- інформування представників організацій, які планують діяльність у зоні відповідальності бригади (громадські, волонтерські, гуманітарні місії),

про безпекову ситуацію, рекомендовані маршрути руху, поточні ризики та заборони.

- Встановлення безпосереднього контролю за безпековою ситуацією та організацією супроводження представників різних організацій (громадських, волонтерських, гуманітарних місій) у зоні відповідальності бригади;

- Оцінка спроможності місцевих органів влади сприяти доступу військ (сил) до ресурсів у цивільному середовищі, включаючи першочергові потреби у воді, їжі, електроенергії, медичній допомозі тощо, а також надання транспортних засобів для цілей евакуації;

- з'ясування можливостей продовження лікування та евакуації особового складу з місць дислокації на етапи медичної евакуації;

- Оновлення безпечних маршрутів пересування відповідно до ситуації, що розвивається, разом із підтримкою евакуації (в тому числі цивільного населення);

- уточнення інформації щодо об'єктів критичної інфраструктури, як охоронюваних об'єктів, так і тих, що становлять небезпеку для персоналу;

- надання відомостей про загиблих та зниклих безвісти осіб, у тому числі про можливе місцезнаходження останків, проведення пошукових операцій та сприяння розшуку осіб, зниклих безвісти, зокрема серед цивільного населення;

- подолання конфліктних ситуацій за участю військовослужбовців Збройних Сил України.

Отже, для підтримки боєздатності та самопочуття особового складу необхідно забезпечити своєчасне надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуацію, подальше лікування та повернення до бойових дій. Це передбачає попередження спалахів захворювань та здійснення лікувально-евакуаційного забезпечення шляхом відповідних організаційно-тактичних

заходів, медико-евакуаційних протоколів, санітарно-гігієнічних заходів, протиепідемічних заходів, а також інформаційно-комунікаційних заходів.

У багатьох країнах захворюваність є одним із найважливіших показників якості функціонування медичної сфери держави, її розвитку та. Звичайно, рівень захворюваності та структура захворюваності в різних регіонах, а також у різних вікових групах має вирішальне значення для розробки програм оздоровлення населення, планування створення мережі медичних закладів, закладів та для підготовки медичного персоналу [113].

Враховуючи наслідки реформування Збройних Сил України, вбачається, що обстеження стану здоров'я військовослужбовців у лікувально-профілактичних закладах Міністерства оборони України має велике значення.

Традиційні підходи до вивчення хвороби передбачають збір даних про відвідування лікаря та медичне обстеження. Проте дослідження захворювань ветеранів Збройних Сил за даними їх медичного огляду пов'язане із значними труднощами. Сучасне законодавство надає ветеранам Збройних Сил право на безкоштовне оздоровлення в лікувально-профілактичних закладах Міністерства оборони України [114, 115-118]. Проте, як громадяни України, вони можуть отримувати медичні послуги в закладах лікувально-профілактичної допомоги, державних чи приватних, а також можуть отримувати медичні послуги в інших закладах. Медико-соціальне опитування ветеранів Збройних Сил засвідчує, що більшість з них звертаються за лікувально-профілактичною допомогою до Міністерства оборони України [119, 120].

Важливо визнати, що в більшості зарубіжних країн документація госпіталізованих пацієнтів (захворюваності) вивчається вибірково, а потім опитується вибірка населення методом анкетування, щоб визначити їх самопочуття. Як наслідок, цілком очевидно, що в наш час найповнішу

інформацію про стан здоров'я цієї групи населення можна отримати за допомогою складних, різних методів. Захворюваність осіб працездатного віку в Києві становить 7 654 на 10 000 осіб, осіб з інвалідністю в цьому ж місті становить 8125 на 10000 осіб. Рівень захворюваності ветеранів та військовослужбовців ЗСУ на 23,2 відсотка вищий, ніж серед цивільного населення.

Високий рівень первинної захворюваності складають насамперед класи хвороб, які перераховані в МКХ-10 перегляду, це: хвороби системи кровообігу (9 клас), хвороби ока та супутнього апарату (7 клас), хвороби органи дихання (10 клас).

Важливо відзначити, що найбільший приріст захворювань крові відбувся у 2,7 раза; приріст захворювань нервової системи – у 2,1 раза; приріст захворювань сечостатевої сфери в 1,7 раза; приріст захворювань ока та супутнього апарату відбувся у 1,5 раза.

Про високий ступінь травматизму ветеранів Збройних Сил свідчить поширеність захворювань. Середня частота захворюваності цивільного населення як працездатного, так і непрацездатного віку за вказаний період становила 30125 ± 7430 . Як наслідок, частота захворювань у ветеранів Збройних Сил суттєво не відрізняється від середньої по країні ($p > 0,05$). Враховуючи те, що приблизно 74% ветеранів відвідують амбулаторно-поліклінічні заклади Міністерства оборони України, можна стверджувати, що ступінь захворюваності та поширеність захворювань значно вищий і становить 12037 ± 2890 на 10 тис. населення та 40324 ± 8440 на 10 тис. населення відповідно [115].

Як згадувалося раніше, ВООЗ пропонує оцінювати поширеність захворювань за допомогою опитувань населення. Одним із методів вивчення захворюваності населення є вивчення хвороб громадян у лікарнях або госпіталізованих, ця інформація враховується при плануванні

бюджету лікувально-профілактичних закладів, визначенні необхідності різних видів стаціонарної допомоги, і є одним із методів вивчення проблем населення. Ці показники, які використовуються для оцінки якості медичної допомоги людям похилого віку.

Дослідження «госпіталізованих» захворювань ветеранів Збройних Сил має велике значення, оскільки дані опитування свідчать про те, що більшість із них (94%) звертаються за стаціонарною допомогою до госпіталю Міністерства оборони України [119, 120]. Щоб порівняти дані про госпіталізованих пацієнтів у різних європейських країнах, Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) створило базу даних лікарняної захворюваності (HMDB), яка дає змогу аналізувати частоту, структуру та еволюцію захворюваності за віком, статтю, діагнози, варіанти лікування тощо. До цієї бази даних включено інформацію про захворюваність населення 25 країн Європи [122]. На жаль, у цій базі даних відсутні показники госпіталізованого стану чоловічого населення України тому врахувались отримані дані з даними інших країн.

Як відомо, окрім ветеранів Збройних Сил України, більшість пацієнтів лікувально-профілактичних закладів Міністерства оборони України контрактники та офіцери. Відсоток госпіталізованих в МО України (на 1000 осіб прикріпленого контингенту), який залишається незмінним протягом досліджуваного періоду, становить $277,3 \pm 28,7\%$. Оскільки задокументовані дані щодо рівня госпіталізованої захворюваності чоловічого населення України в доступній науковій медичній літературі мають частковий характер, для контрасту включено дані з бази даних ВООЗ – The Hospital Morbidity Database (HMDB). Середній рівень госпіталізованих серед чоловічого населення 40-99 років деяких європейських країн контрастує з рівнем госпіталізованих захворювань у ветеранів Збройних Сил.

Показник смертності військовослужбовців у цілому стабільний за досліджуваний період і становить $32,2 \pm 1,4$ на 1000 жителів цієї ж вікової групи. Структура загальної смертності ветеранів Збройних Сил, як чоловіків, так і жінок, стабільно не відрізняється від середньої по країні. Перше місце займають хвороби системи кровообігу (60,2%), друге – злоякісні новоутворення (18,1%), третє – захворювання органів дихання (7,7%). На них разом припадає 85% від загальної кількості смертей. Загальні результати систематизовані в Табл. 1.

Проблемні фактори	Наслідки виявлених проблем	Основні виявлені тенденції
Стан здоров'я з віком	- Незадоволеність станом здоров'я зростає з віком. - Вплив на якість життя: самообслуговування, фізична активність, хронічні захворювання.	Основними є хвороби артеріальна гіпертензія, стенокардія, діабет, депресія.
Соціальні фактори	- Ступінь самотності, матеріальний стан. - У осіб без житла депресія в 43,22% випадків (проти 16,13% у тих, хто має житло).	Соціальні умови значно впливають на рівень депресії та якість життя.
Первинна захворюваність (2016–2020)	- Хвороби крові зросли у 2,7 раза (з 217,9 до 592,9 на 100 тис.). - Хвороби нервової системи: у 2,1 раза. - Хвороби ока: у 1,5 раза.	Захворюваність зростає на 7,9%, однак поширеність відповідає середній по країні.
Використання медичних послуг	- 74% ветеранів звертаються до амбулаторно-поліклінічних закладів МО України.	Ступінь захворюваності значно більший серед ветеранів.
Госпіталізація ветеранів	- Ветерани ЗСУ становлять 29% госпіталізованих (зростає до 32,5%). - Основне місце займають хвороби	З віком кількість госпіталізацій ветеранів зростає.

	кровообігу ($267,3 \pm 26,7$ на 1000 населення).	
Первинна втрата працездатності	- У 1,9 рази вища за середній рівень у країні ($96,3$ проти $52,8$ на 10 тис.).	Основні причини: травми ($31,5\%$), хвороби кровообігу ($17,7\%$), новоутворення ($13,37\%$), нервова система ($2,7\%$).
Смертність ветеранів	- Стабільний показник: $32,2 \pm 1,4$ на 1000 жителів. - Основні причини: хвороби кровообігу ($60,2\%$), злоякісні новоутворення ($18,1\%$), хвороби органів дихання ($7,7\%$).	Хвороби кровообігу займають перше місце серед причин смертності ($60,2\%$).
Проблеми медико-соціальної реабілітації	- Погіршення стану здоров'я пов'язане з попередньою професійною діяльністю.	Комплексний підхід до реабілітації є ключовим.

Таблиця 1. Аналіз медико-соціологічних даних та проблем реабілітації ветеранів Збройних Сил України. *Скомпоновано автором.*

Важливо визнати, що відсоток госпіталізованих пацієнтів МО України зростає зі збільшенням віку ($p < 0,05$). У результаті вікова категорія 45-60 років потребує стаціонарної допомоги $101,4$ на 1000 осіб, 60-75 років – $263,7$ на 1000 осіб, а старше 75 років – $518,2$ на 1000 осіб. Оцінивши рейтинг госпіталізованих захворювань за їх стабільністю, виявлено, що перше місце ($33,3\%$) протягом зазначеного періоду стабільно посідають хвороби системи кровообігу – 9 клас за МКХ-10. Схема рейтингу госпіталізованих захворювань за іншими класами захворювань дещо змінилася. Проте загалом із захворюваннями органів травлення ($10,19\%$) були наступні рейтинги – XI місце за МКХ-10;

- хвороби ока та супутнього апарату - VII клас (8,73%);
- новоутворення - II клас (7,73%);
- хвороби сечостатевої системи – XIV клас (7,84%) та хвороби органів дихання – X клас (7,04%).

Перераховані тут шість класів захворювань разом спричинили 74,02% випадків госпіталізованих захворювань.

З віком змінюється і склад госпіталізованих. Як уже зазначалося, серед усіх вікових груп ветеранів Збройних Сил перше місце посідають захворювання серцево-судинної системи. Крім того, відсоток 9 класу в розподілі вікових груп відрізнявся і збільшувався з віком. Таким чином, серед літніх людей віком до 60 років цей відсоток становить 27%; 60-75 років – 33%; 75 років і старше – 38%.

Якщо у віковій групі 60-75 років другу сходинку посідають захворювання органів травлення 12,11%, то у віковій групі 75 років – 14,66% відповідно. Третє місце у рейтингу у вікових категоріях 60-75 та 75 років і старше посідають новоутворення, які становлять відповідно 9,64% та 9,46% від загальної кількості. У молодшій віковій групі цей відсоток становить лише 6,11% і займає сьоме місце.

Як наслідок, у складі контингенту госпіталізованих до лікувально-профілактичних закладів Міністерства оборони України 29% становлять ветерани Збройних Сил. Їх відсоток є вищим за середній показник інших категорій госпіталізованих пацієнтів і може сягати 32,5%.

У складі госпіталізованих у середньому за останні сім років перше місце посідають хвороби системи кровообігу (IX клас за МКХ-10) – 32,3%. До таких категорій належать хвороби органів травлення (XI клас) - 11,19%, хвороби ока та супутнього апарату (VII клас) - 8,63%, новоутворення (II клас) - 8,13%, хвороби сечостатевої системи (XIV клас) - 7,64%.

Відсоток госпіталізованих із захворюваннями ендокринної системи збільшився з 1,65% до 3,23%, нервової системи – з 1,11% до 2,46%, розладів психіки та поведінки – з 0,54 до 1,18%. І навпаки, відсоток госпіталізованих із травмами, отруєннями чи іншими зовнішніми наслідками за вказаний період зменшився з 4,12% до 2,20%.

Висновки до розділу 2

Аналіз медико-соціологічних даних показує, що з віком зростає відсоток людей, які незадоволені станом свого здоров'я. На якість життя в першу чергу впливають такі чинники: здатність до самообслуговування та фізичної активності, наявність хронічних захворювань, а саме: високого артеріального тиску, стенокардії, діабету, депресії. Із соціальних факторів ступінь самотності та матеріальний стан респондентів пов'язують із якістю життя. Якщо особи, які мають житло, мали ознаки депресії у $16,13 \pm 6,48\%$ респондентів, то особи, які не забезпечені житлом, мали б ознаки депресії у $43,22 \pm 5,64\%$ респондентів. Основним чинником сприйняття респондентами погіршення стану здоров'я є їхня попередня професійна діяльності. Зазначені фактори дозволяють узагальнено охарактеризувати проблеми медико-соціальної реабілітації військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил.

Значну частку первинної захворюваності становлять класи хвороб, які включають: хвороби системи кровообігу; хвороби органів дихання; хвороби очей та придаткового апарату; хвороби опорно-рухового апарату. За 2016-2020 рр. рівень первинної захворюваності зріс на: хвороби крові – у 2,7 раза (з 217,9 до 592,9 на 100 тис. населення); хвороби нервової системи – у 2,1 раза (з 119,0 до 245,0 на 10 тис. населення); захворювання сечостатевої системи – в 1,7 раза (з 537,8 до 928,2 на 10 тис. населення);

хвороби ока та супутнього апарату – у 1,5 раза (з 786,4 до 1258,7 на 10 тис. населення). За визначений термін відсоток захворюваності зріс на 7,9%. Проте інформація про поширеність захворювань суттєво не відрізняється від середньої по країні. Оскільки близько 74,0% ветеранів Збройних Сил України відвідують амбулаторно-поліклінічні заклади Міністерства оборони України, то можна стверджувати, що ступінь захворюваності та поширеність захворювань значно більші і становлять.

У складі контингенту госпіталізованих до лікувально-профілактичних закладів Міністерства оборони України 29% становлять ветерани Збройних Сил. Їх відсоток, порівняно з іншими видами госпіталізованих, постійно зростає і може досягати 32,5%. Середній рівень захворюваності госпіталізованих ветеранів Збройних Сил протягом досліджуваного періоду є постійним і становить у середньому $267,3 \pm 26,7$ на 1000 населення. З віком кількість госпіталізованих пацієнтів значно зростає. У складі госпіталізованих у середньому за останні сім років перше місце посідають хвороби системи кровообігу (IX клас за МКХ-10).

Середній рівень первинної втрати працездатності військовослужбовців у 1,9 раза перевищує середній рівень дорослого населення України (96,3 проти 52,8 на 10 тис.). У структурі інвалідності першу категорію займає 19 клас захворювань – травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх факторів (31,5%); друга категорія – 9 клас захворювань – проблеми з системою кровообігу (17,7%); третє – новоутворення – (13,37%); четверте – хвороби нервової системи VI класу (2,7%).

Показник смертності в цілому стабільний за досліджуваний період і становить $32,2 \pm 1,4$ на 1000 жителів цієї ж вікової групи. Структура загальної смертності ветеранів Збройних Сил, як чоловіків, так і жінок, стабільно не відрізняється від середньої по країні. Перше місце займають

хвороби системи кровообігу (60,2%), друге – злоякісні новоутворення (18,1%), третє – захворювання органів дихання (7,7%).

РОЗДІЛ 3

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: КОМУНІКАТИВНИЙ АСПЕКТ ВЗАЄМОДІЇ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ТА ВЕТЕРАНАМИ ЗСУ

3.1 Функціонування моделі медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів ЗСУ в контексті єдиного здоров'язбережувального простору в Україні

Серйозною проблемою, яка потребує наукового дослідження, є підтримка військової медичної науки в Україні, а також дослідження того, як найефективніше облаштувати систему медичного забезпечення країни. Статтею 17 Конституції України визначено, що громадяни зобов'язані захистити державу, зберегти її суверенітет, територіальну цілісність і невразливість. Забезпечення державної безпеки та охорона кордонів держави покладається на армію та правоохоронні органи держави, мета, організація і порядок діяльності яких визначаються законом. На території України забороняється діяльність будь-яких збройних формувань, не дозволених законом. Відповідно до норм військового закону «Про оборону України», у разі загрози застосування насильства проти України або вчинення збройної агресії Президент України приймає рішення про застосування Збройних Сил України чи інших військових формувань, утворених відповідно до законодавства України. До виконання обов'язків залучаються Збройні Сили України, а також інші утворені відповідно до законів України військові організації, органи внутрішніх справ, частини ДССТ, підрозділи спеціального зв'язку, підрозділи захисту інформації та інших правоохоронних органів. Фахівці вважають, що система медичного забезпечення військ має бути функціональною та структурною складовою використання сил і засобів військ. За будь-яких умов експлуатації це має

бути цілісна система лікувально-профілактичних (лікувально-евакуаційних), гігієнічних і протиепідемічних заходів, функціонально-структурних складових лікувально-профілактичних заходів. Враховуючи основний принцип системного (конструктивного) підходу: пріоритет функції над структурою, насамперед необхідно розглянути перспективу системи щодо принципів територіального забезпечення та потенціал для створення системи територіального забезпечення. Виходячи з наведеного вище, важливо, щоб процес реалізації концепції територіального забезпечення починався з науково обґрунтованого підходу, спільного розуміння принципів, методів і цілей створення системи медичного забезпечення Збройних Сил України.

Територіальний принцип забезпечення охорони здоров'я та інтеграція системи військової охорони здоров'я в єдиний простір охорони здоров'я України, що сприяє ефективному та результативному використанню ресурсів охорони здоров'я незалежно від форм власності, є частиною Воєнно-медичної доктрини України. За словами керівництва медичної служби Збройних Сил України, первинні ланки управління (наприклад, лікувально-профілактичний, санітарно-епідеміологічний, медичне забезпечення) відповідали за розподіл усієї території дислокації на окремі функціональні локації.

Останні розподілялись за функціональним і територіальним рівнями (головний, центральний, базовий і гарнізонний), а також за рівнем надання медичної допомоги (спеціалізована, первинна). Це призвело до структурування вертикалі управління та появи адміністративних регіонів відповідальності. Однак, незважаючи на ґрунтовну роботу, функціональність та надійність, ця система все ж виявилася надзвичайно дорогою та не пристосованою до стрімкої еволюції військового медичного персоналу у зв'язку з реформуванням та загальним розвитком Збройних

Сил України. Оскільки реформування одного лікарняного підрозділу нерідко переривало всю вертикаль, створена система майже одразу руйнувалася. Важливо визнати, що питання створення функціональної, надійної та економічно ефективної системи охорони здоров'я Збройних Сил України є пріоритетом держави. Це світова проблема, оскільки більшість військово-медичних служб світу займаються її вирішенням. Уваги заслуговує медична служба Бундесверу, яка базується на рівні окремого роду військ (як в Україні), чисельність їхнього складу чітко визначена (10% від загальної кількості військ), і всі члени вилучаються з військової ієрархії будь-якого рівня.

Проте найбільше значення має дотримання територіального принципу охорони здоров'я. Вся країна складається з чотирьох окремих регіонів, які мають санітарні округи. У кожному з гарнізонів створені гарнізонні медичні пункти, а також у менших гарнізонах створені філії центрів (або групи лікарів), які обслуговують війська в цілому, незалежно від складу військовослужбовців гарнізону. Медичні пункти гарнізонів розташовані у складі обласного санепідеуправління і підпорядковуються головним медичним пунктам на території. У результаті територіальний устрій залежить від основного поняття якості військ, розташованих відповідно до особливостей території. Враховуючи це, система медичного забезпечення – це децентралізоване в управлінні організаційно структуроване об'єднання військ військової медицини та охорони здоров'я, призначене для забезпечення військ на певній території в мирний час і воєнний час.

Визначення відображає передусім першочергові вимоги, яким сьогодні має відповідати організована система: автономність і функціональність медичного забезпечення відповідно до завдань (у контексті надзвичайних чи кризових ситуацій застосування) військ

регулярного чи спеціального призначення. працевлаштування; ефективність і економічність забезпечення військ на основі раціонального використання всіх місцевих медичних сил і засобів незалежно від галузевої, відомчої чи комунальної форми власності; відносна децентралізація управління медичною службою за сферами відповідальності, її стабільність та ефективність.

Основними складовими побудови є узгодження функціональної та організаційної складових системи медичного забезпечення з військово-адміністративним поділом території. Враховуючи схожість системи та функціональних складових системи, а також призначення медичного забезпечення Збройних Сил України у мирний час, останні виконуватимуть однакові функції в контексті надання медичної допомоги населенню та військовослужбовцям за умов стихійного/техногенного лиха, а також у воєнний час. Документально підтверджено, що медичне забезпечення входить до територіальної системи всебічного забезпечення військ. З погляду системи медичну допомогу, організовану за територіальним принципом на відповідному ієрархічному рівні, можна вважати самостійною системою з системоутворюючим складом. Остання, будучи автономною, по вертикалі пов'язана з військово-територіальною системою, а по горизонталі – з іншими системами, що забезпечують всебічне забезпечення військ. Це правило має важливе практичне значення, особливо щодо сфер відповідальності. Під зоною відповідальності розуміємо територію оперативного управління, на якій розміщені стаціонарні медичні засоби, які призначені для автономного медичного забезпечення військ, які знаходяться на території. Основою є організація охорони здоров'я за зоною відповідальності.

Відповідні регіони визначаються Міністерством оборони України відповідно до рекомендацій командувань Збройних Сил з урахуванням

географічних та економічних характеристик регіону, стану комунікацій, складу та розподілу військ, а також медичних та інших аспектів. Зони відповідальності повинні бути пов'язані з медичним, іншим матеріально-технічним забезпеченням і військовими службами, які здійснюють всебічне забезпечення військ. Це обумовлено необхідністю єдиної системи управління та зв'язку, яка підтримує медичні служби, в рамках якої реалізується система управління медичним забезпеченням та використовуються можливості транспортування матеріальних засобів для медичної евакуації. Здійснюючи декомпіляцію системи медичного забезпечення Збройних Сил України, відповідно до існуючого розуміння трирівневої ієрархії об'єктів управління (стратегічного, оперативного, тактичного), очевидно, що об'єкти управління матимуть три рівня ієрархія також. Крім того, принцип територіальності повністю застосовний лише на другому та третьому рівнях.

Концепція територіальності виконується відповідно до специфіки та особливостей кожного елементу, потенційних і реальних можливостей їх медичного обслуговування, існуючої інфраструктури військової та цивільної медицини та інших факторів. У зв'язку з цим першочерговими принципами побудови другого рівня ієрархічного порядку мають стати: визначення меж території відповідно до військової інфраструктури території, якою володіє, її оперативного оснащення, структури та можливостей; лікувально-профілактичних закладів, а також – розроблення та впровадження нормативних документів, що регулюють діяльність медичної системи Збройних Сил України на всіх рівнях її функціонування. Дотримання цих принципів вимагає вирішення двох пов'язаних проблем. По-перше, створення на території функціональної військово-медичної інфраструктури, яка б відповідала завданням медичної допомоги військам як у звичайний час, так і в умовах війни.

Крім того, еволюція системи, посилення інтеграції медичних послуг у кількох департаментах і агентствах, забезпечує потенціал для впровадження всього спектру медичних послуг як для військовослужбовців, так і для населення в цілому, а також високий ступінь готовності для використання територіальних медичних сил і засобів у будь-яких особливих обставинах (надзвичайних ситуаціях). Особливу увагу необхідно приділити функціональності системи в контексті виконання Україною Закону України «Про оборону України». У разі наявності воєнного стану військові органи управління формують плани мобілізації військ, утримання медичних формувань і закладів у воєнному стані, розгортають необхідні резерви та організовують медичне забезпечення оборони, проводять (або організувати) медичну евакуацію під час пересування військ територією, готується до прийому поранених і хворих із районів бойових дій. Усі вищезазначені завдання є доцільними та виконуються в рамках територіальної системи охорони здоров'я. Крім того, для організації надання медичної допомоги Збройним Силам України необхідно включити службу екстреної медичної допомоги та найпотужніші заклади охорони здоров'я, які спеціалізуються на наданні медичної допомоги конкретним особам. По-третє, в систему включені протиепідемічні та санітарні заклади, які функціонують автономно в звичайний час. Зрештою, наявність у системі мобільних госпіталів (підрозділів) визначає її як мобільну та здатну пересуватися за будь-яких умов. Фактично госпіталь функціонує як «базовий» оздоровчий центр, який має лікувальну ділянку та методичну та наукову складову, а також станцію моніторингу, яка забезпечує лікувально-діагностичний процес, медичне обстеження.

Реабілітаційні центри (колишні військові госпіталі) Міністерства оборони України, які раніше не мали функціонального призначення в

медичній системі країни, необхідно осучаснити. З незначною зміною організаційно-штатного складу санаторії можуть бути використані як госпіталі для легкопоранених або як центри регіональної медичної реабілітації. Як наслідок, виконання функціональної організаційної деталізації системи охорони здоров'я, пов'язаної з територіальною обороною України, демонструє, що система має три суттєві складові. Органи військового управління стратегічного рівня відповідають за визначення військової території України, створення системи управління та забезпечення військ, що має територіальний характер і відповідає законам України.

Ці органи входять до системи управління 1-го рівня. Військові організації оперативного рівня, військові угруповання, які розташовані (або дислокуються) на території, системи забезпечення та відповідні органи державної влади складають другий рівень територіальної організації. Органи військового управління тактичного рівня, а також міжвидові військові частини в гарнізонах, які мають служби загального забезпечення, складають систему територіальності 3-го рівня. Таким чином, систему медичного забезпечення Збройних Сил України можна вважати функціональною системою, яка має ієрархічну організацію, яка покликана забезпечити якісне медичне обслуговування. Крім того, вона інтегрована в єдиний медичний простір держави, призначений для функціонування як у мирний, так і у воєнний час. У зв'язку з цим поставлену проблему можна краще вирішити, зосередившись на конкретних напрямках роботи медичної служби. Складність швидкої доставки всіх постраждалих до місць їх передбачуваного лікування, з одного боку, і необхідність дотримання певного переліку кроків під час медичної евакуації, з іншого боку, змушує прийняти цілий ряд негативних аспектів сучасної системи етапного транспортування. Це, насамперед, його

багатоступінчастість, зміна персоналу, який надає медичну допомогу, необхідність повторних діагностичних досліджень, додаткове навантаження на транспортування тощо.

Інша тема – державна система медичного обслуговування. У мирний час була створена практична та перевірена система надання медичної допомоги, на цьому етапі – невідкладна допомога, первинна допомога (долікарняна допомога) та спеціалізована допомога (госпітальна допомога). На підтвердження цієї теорії свідчить той факт, що в умовах територіальної особливості перший етап також буде проводитися за двоступеневою системою: перший етап – догоспітальний (медичний пункт частини – проведення невідкладних заходів для стабілізації стану постраждалих, усунення загрозливих для життя наслідків, попередження ускладнень), друга — госпітальна (де надається спеціалізована медична допомога та лікування до остаточного результату).

Враховуючи тривалу військову агресію російської федерації проти України, пріоритет захисту територіальної цілісності нашої держави є першочерговим на даному етапі розвитку. Закон України «Про національну безпеку України» [123] описує структуру сектору безпеки і оборони держави, основою якого є Міністерство оборони (МО) України та Збройні Сили (ЗС) України, від яких залежить оборона України, її суверенітет, територіальна цілісність та її незмінність. Стратегія воєнної безпеки України [124] описує чотири потенційні сценарії, які можуть бути використані для виконання завдань безпеки та оборони в Україні. Найбільш тривожним сценарієм є повномасштабне застосування російською федерацією військової сили проти України, яке, на жаль, почалося 24 лютого 2022 року. Стратегічним оборонним бюлетенем, який затверджений указом Президента України 17 вересня 2021 року (125)], описуються основні принципи воєнної політики України щодо всієї

системи оборони України, потенційна модель Збройних Сил України та інших компонентів сил оборони, а також вимоги, які повинні бути виконані, місія та бачення сил оборони потенційної держави, основні можливості, які повинні бути досягнуті, та очікувані результати їх досягнення. Запропонована модель Збройних Сил України та інших складових Сил оборони передбачає виховання патріотизму, впровадження ефективних методів, принципів і стандартів держав-членів НАТО [125] у сферах оборони та досягнення сумісності зі структурами інших членів.

Медичне забезпечення буде спрямоване на збереження життя та зміцнення здоров'я воїнів, запобігання розвитку захворювань, надання медичної допомоги військовослужбовцям та відновлення їхньої працездатності після поранення, захворювання чи травми. Система медичного забезпечення Збройних Сил України об'єднана в єдиний медичний простір за допомогою медичних служб інших складових сил оборони. Єдина система охорони здоров'я України передбачає функціональне поєднання військової та цивільної систем охорони здоров'я з метою максимального використання потенціалу обох систем на користь військ при збереженні організаційної автономії. Усі правила, принципи та вимоги щодо організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань впливають із єдиного законодавства про охорону здоров'я, стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) та клінічних протоколів, усіх з яких вважаються універсальними, а також вимоги ООН і положення Женевських конвенцій про захист жертв війни. Стратегічною метою розвитку Сил оборони Збройних Сил України є створення ефективної системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам Збройних Сил України та інших складових військ. Першочерговим завданням для досягнення цієї стратегічної мети є створення ефективної системи медичного забезпечення, яка має

гарантувати на належному рівні наявність у війську засобів, необхідних для проходження військової служби, збереження життя воїнів та зміцнення їх здоров'я, а також забезпечення своєчасного, якісного та ефективного надання медичної допомоги, зберігаючи при цьому боєздатність війська відповідно до стандартів держав-членів НАТО. Цією заявою Україна намагалася дотримуватися високих стандартів охорони здоров'я та лікування поранених, постраждалих, травмованих та хворих військовослужбовців, метою держави було впровадження цього механізму та забезпечення дотримання стандартів.

Функціонал Збройних Сил України посилюють Медичні сили Збройних Сил України. Медична допомога має вирішальне значення для високого військового потенціалу країни та стабільності держави в цілому. Розвитку безперервного процесу сприяють створення форм і методів охорони здоров'я військ, зміцнення функціональної та організаційної структури. Ці чинники визначаються насамперед економічним потенціалом країни, розвитком її збройних сил, засобів ураження, цивільної та військової медицини та ін. Медичне забезпечення військ в особливий період має сприяти подальшому розвитку еволюції гнучкості, мобільності і високої адаптивності всієї медичної системи з урахуванням зміни розміру і складу ймовірних санітарних втрат, пов'язаних з подальшим розвитком озброєння і військової техніки, а також проведенням операцій (бойових дій) [126].

Результатом реалізації вимог і завдань Міністерства оборони України є створення сучасної та ефективної системи охорони здоров'я Збройних Сил України, підвищення рівня координації між відомствами у військах, підвищення спроможності системи охорони здоров'я військових та єдиного медичного простору для всіх них, підвищення ефективності сил і методів медичного забезпечення [125]. Реалізація положень статті 3, якими

визначено, що життя і здоров'я, честь і гідність людини, їх недоторканність і безпека є першочерговою метою Стратегії національної безпеки України [127], яка затверджена Указом Президента України. у вересні 2020 р. визнається, що розвиток системи охорони здоров'я в Україні, в тому числі системи охорони здоров'я солдатів та медичного підтримка має першочергове значення [128].

Все це впливає на актуальність, своєчасність, значущість і важливість наукових досліджень і практичних заходів у створенні функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення Сил оборони Збройних Сил. Численні наукові дослідження та розрахунки показали, що система медичного забезпечення Збройних Сил України в окремий період не здатна забезпечити потреби військовослужбовців у медичному забезпеченні, зокрема щодо надання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги пораненим, травмованим та хворим солдати. Враховуючи характер військових дій між державами та той факт, що збройні сили беруть участь у конфлікті, загальна підтримка військових має вирішальне значення зокрема щодо надання медичної допомоги через використання ресурсів цивільної системи охорони здоров'я. Простір, що дозволяє державі гарантувати забезпечення військовослужбовців необхідними видами медичної допомоги, в тому числі режимом лікування, в період одужання, аж до повної реабілітації. [132, 134-136]. Формально-нормативні основи єдиного медичного простору держави впливають із Воєнно-медичної доктрини України, Стратегії національної безпеки України та нового Стратегічного оборонного бюлетеня. Фактори, компоненти, інструменти та результати є теоретичною основою єдиного медичного простору:

політичні – це виконання обов'язків держави перед суспільством і кожною людиною щодо збереження їхнього здоров'я;

соціальні – забезпечення соціальних благ і права кожної людини на охорону здоров'я;

економічні – створення дієздатної та фінансово обґрунтованої моделі охорони здоров'я для суспільства в цілому і для кожного окремого військовослужбовця є: законодавча та нормативна база охорони здоров'я, наявність усіх складових охорони здоров'я системи для всіх громадян України. Виходячи з вищевикладеного, основними інструментами створення єдиного медичного простору є запровадження загальнообов'язкового медичного страхування та створення єдиної електронної бази пацієнтів та медичних ресурсів. Першочерговими результатами впровадження та укріплення принципів єдиного медичного простору мають бути безпечне середовище, своєчасна та якісна медична допомога, і як наслідок, здоровий військовослужбовець, готовий до бою. Медичний простір для військовослужбовців, який обумовлений двома рівнями медичного забезпечення військ.

Перший рівень – загальнодержавний – визначається законодавчими та нормативно-правовими актами держави, які визначають порядок функціонування Медичних Сил Збройних Сил України та медичних служб інших складових Сил оборони в єдиному законодавчому та нормативно-правовому полі з питань охорони здоров'я в Україні; використання державних закладів, у тому числі Національної академії медичних наук (НАМН) України, для надання спеціалізованої та допомоги військовослужбовцям, які отримали поранення чи травми. Порядок діяльності та організації вітчизняної системи охорони здоров'я визначено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [137]. Цей Закон класифікує правові, інституційні, економічні та соціальні основи охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини в цій сфері з метою забезпечення збалансованого розвитку фізичних і духовних

сил, підвищення працездатності та тривалості життя громадян, в тому числі військовослужбовців, усунення шкідливих факторів, профілактика захворювань, зниження травматизму. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [138] містить норми, які регулюють соціально-правові права військовослужбовців та членів їх сімей. Зокрема, статтею 11 зазначеного Закону встановлено, що військовослужбовці, військовозобов'язані та резервісти, які призвані на збори (або перевірку), мають право на отримання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у військових закладах охорони здоров'я. У разі відсутності медичних закладів, а також у надзвичайних ситуаціях медична допомога надається державними чи комунальними закладами охорони здоров'я. Основні принципи формування та розвитку системи медичного забезпечення військовослужбовців та функціонально-організаційна модель базуються на єдиному медичному просторі – Воєнно-медичній доктрині України.

Ця доктрина є комплексною і охоплює всі державні структури. Доктрина є фундаментальним документом, який враховує норми законодавства України з питань охорони здоров'я, національної безпеки і оборони. Документ є основою для створення правових норм нижчого рівня щодо охорони здоров'я військовослужбовців та забезпечення їх медичними засобами. Реалізація положень Доктрини сприятиме розвитку медичної складової високої бойової готовності та спроможності, що дозволить створити необхідну структуру і склад сил і засобів, а також удосконалити технічну та матеріальну сторону їх забезпечення [139]. Державним відомствам доручено розробити систему медичного забезпечення поранених, а також визначити порядок для підготовки їх до застосування у разі виникнення збройного конфлікту.

На виконання цього наказу Військово-медичним департаментом Міністерства оборони України розроблено проект наказу Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України щодо визначення механізму надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичних заходах та здійсненні заходів безпеки та оборони, ці заходи включають: відсіч та запобігання збройній агресії з боку росії, а також робота в період воєнного чи надзвичайного стану. Цим наказом дається вказівка щодо організації та порядку забезпечення спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям України, інших військових організацій та правоохоронних органів, особам рядового і начальницького складу та працівникам поліції, які залучаються до антитерористичної діяльності, а також Переліку закладів охорони здоров'я, які мають конкретну кількість спеціалізованих ліжок, призначених для цієї мети.

Перелічені вище конкретні Постанова та Наказ базувалися на засадах єдиного медичного простору та впроваджувалися в життя, що призвело до створення нового науково обґрунтованого, фінансово ефективного та перспективного механізму залучення закладів охорони здоров'я державної форми власності до надання спеціалізованої медичної допомоги в контексті догляду за солдатами, які були поранені або травмовані. Зокрема, порядок залучення закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності відповідно до їх колективних зобов'язань для надання медичної допомоги пораненим, ураженим, постраждалим і хворим військовослужбовцям. Перелік закладів охорони здоров'я, уповноважених наказом, включає 263 [141] визнаних комунальних заклади у 22 різних областях України.

Близько 21 тис. спеціалізованих ліжок призначено для надання медичної допомоги та лікування поранених, постраждалих, травмованих і

хворих військовослужбовців. Також за цільовим призначенням відведено ще 1100 ліжок у 25 медичних закладах НАМН України. Схематично процес залучення закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності до структурної схеми функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення військовослужбовців в єдиному медичному просторі. Таким чином, при реалізації запропонованого механізму залучення державного та комунального майна до системи медичного забезпечення військовослужбовців в особливий період на основі єдиного медичного простору держави, збереже у мирний час значні обсяги матеріально-технічних ресурсів, медичне майно та обладнання. А у воєнний час допоможе створенню нових військово-медичних форм (центрів польового медичного забезпечення) або перепрофілювання існуючих цивільних закладів охорони здоров'я для формування територіальної госпітальної бази МОЗ України. Крім того, створення єдиного медичного простору держави також дає можливість задіяти можливості силових об'єктів Збройних Сил України для надання медичної допомоги військовослужбовцям інших військових організацій, що здійснюється згідно Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги у військових установах і населених пунктах, які їй призначені, та використання можливостей цивільного населення України» [142].

Реалізація запропонованого механізму використання цивільних закладів охорони здоров'я для потреб Збройних Сил України та інших складових Сил оборони дає змогу створити ефективну, дієву та завжди готову систему охорони здоров'я військовослужбовців. Підтримка військ у національному масштабі, незалежно від кордонів є пріоритетною задачею держави. Порядок застосування Збройних Сил України та інших складових Сил оборони на певний період під одноосібним керівництвом

Головнокомандувача Збройних Сил України регулюється Законами України "Про оборону України" [147] та "Про національну безпеку України", а також Указ Президента України "Питання Головнокомандувача Збройних Сил України" [148].

Крім того, Указом Президента від 2015 року Головнокомандувачу Збройних Сил України надано повноваження затверджувати документи (настанови, стандарти тощо) щодо використання Збройних Сил України та інших формувань при виконанні обов'язків з національної оборони. Крім того, важливо зазначити, що організаційна самостійність Медичних Сил Збройних Сил України та медичних служб інших складових Сил оборони (військових організацій) є похідною від положень Воєнно-медичної доктрини України. Принципи та правила медичного забезпечення військовослужбовців та Воєнно-медичну доктрину України сформульовано з урахуванням вимог Стратегії національної безпеки України, Стратегії воєнної безпеки України, Стратегічного оборонного бюлетеня України та Воєнно-медичної доктрини України відповідно до вимог законодавства України про охорону здоров'я. Вони також враховують положення Принципів і політики щодо медичного забезпечення НАТО [149], Спільної доктрини НАТО щодо медичного забезпечення (AJP-4.10) [150], доктрини планування медичного забезпечення військ НАТО (Сили [151] та Доктрина про медичну евакуацію [152]. Правила та принципи військового медичного забезпечення визначають загальні принципи охорони здоров'я військовослужбовців та медичного забезпечення військ (сил) і мають на меті найбільшу ефективність Медичних Сил Збройних Сил України та інших складових частин військ оборони під час спільного несення ними обов'язків у мирний час і під час оборони держави в особливий період. Доктрина медичного забезпечення Сил оборони Збройних Сил України

визначає принципи, правила та норми організації та порядку медичного забезпечення Збройних Сил України та інших формувань військ під час спільного виконання ними службових обов'язків у звичайний та особливий період

Проте конфлікт досі триває, обсяги та склад санітарного ураження військ, порядок надання їм медичної допомоги від Збройних Сил України, а також масштаби участі цивільних закладів охорони здоров'я у наданні медичної допомоги, допомога пораненим, пораненим і травмованим бійцям поки не розголошується і не оприлюднюється. Крім того, після нашої перемоги буде проведений конкретний аналіз успіхів і невдач під час цього конфлікту, зокрема це стосуватиметься медичного забезпечення військ. Отриманий досвід буде використано для підвищення обороноздатності країни та розвитку медичного забезпечення інших складових України, а також для посилення обороноздатності України.

3.2 Аналіз механізмів публічного управління у сфері реабілітації військовослужбовців та ветеранів ЗСУ

Окрім загальноприйнятої філософської парадигми, поняття «здоров'я» також має специфічне юридичне значення. Такий підхід сприяє розгляду здоров'я як специфічної соціальної цінності, незважаючи на її загальний характер, ця цінність має специфічну правову природу, а специфіка змісту терміна зумовлює його особливе значення (правову індиферентність) у категорії особистих властивостей, що в свою чергу робить категорію більш визначеною.

Здоров'я людини в Україні вважається першочерговим в контексті немайнових благ. Статтею 3 Конституції України визначено, що здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю, поряд з життям, особистою

чесстю і гідністю, довговічністю і безпекою. Стаття 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я [153].

У ст. 3 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», після Конституції як другого за силою нормативно-правового акту в цій сфері, здоров'ям вважається станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутністю хвороб або фізичних вад. Таким чином, визначення здоров'я в основному походить від національного законодавства України [154]. Подібний спосіб мислення знаходить відображення у секторі цивільного права, яке стосується населення, це законодавство стосується здоров'я людини та вважається благом (стаття 201 Закону Цивільний кодекс України). З точки зору господарсько-правових підходів до охорони здоров'я, які відображені в Цивільному кодексі України, «здоров'я людини є її особистим конституційним правом, яке надається їй від народження і яким вона розпоряджається при звичайному перебігу речей, з метою максимізації біологічного потенціалу для продовження життя». Іншими словами, здоров'я населення, або громадське здоров'я, є загальним здоров'ям і є похідним від здатності людини сприяти безпеці та покращенню особистого добробуту та держави в цілому. Що стосується Збройних Сил України, то здоров'я військовослужбовців є однією з першочергових складових боєздатності.

Вивчаючи чинні закони, важливо визнати, що термін «право на здоров'я» в них відсутній. Сьогодні законодавство, що регулює здоров'я людини, передусім впливає із створення численних прав, пов'язаних зі здоров'ям, до яких належать усунення небезпеки для здоров'я (ст. 282 ЦК України), право на охорону здоров'я (ст. 283 ЦК України) Цивільного кодексу України), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285 ЦК України), право на таємницю про стан здоров'я (ст. 286 ЦК України) та інші

права, пов'язані зі здоров'ям. Проте, якщо розглядати перелічені права як частини системи здоров'я людини, то очевидний недолік самої системи – відсутність права на здоров'я як такого.

Здоров'я населення є одним із найважливіших факторів національного процвітання. Значна роль у збереженні та примноженні цього багатства відводиться медицині. Безпека життя та здоров'я військових забезпечується максимальною ефективністю їх медичного обслуговування з метою інтеграції, можливості та зусилля медичної служби ЗС України та цивільної системи охорони здоров'я.

Дії росії та руйнування системи регіональної безпеки та принципів міжнародного права сприяли розробці Воєнно-медичної доктрини України у 2018 році. Основою її впровадження є трансформація національного законодавства щодо національної безпеки в євроатлантичні принципи та основа. Як наслідок, реформування військової системи охорони здоров'я має на меті покращити сферу охорони здоров'я шляхом впровадження в систему нових методик, ефективних технологічних документів, передових медичних технологій, які мають відповідати стандартам НАТО.

Практичне застосування доктрини відображено в Стратегічному оборонному бюлетені України (СОБ), в якому зазначено, що оборонна реформа сприятиме створенню системи медичного забезпечення, здатної надавати відповідну медичну допомогу для цілей, визначених Українськими силами оборони.

Враховуючи те, що оборонна реформа відбувається протягом усієї реформи охорони здоров'я країни, з метою створення ефективної системи підтримки охорони здоров'я та отримання спроможності надавати якісну медичну допомогу в контексті здоров'язберігаючого простору, покроковий наратив необхідний для трансформації медичних служб відомства Міністерства оборони. Очевидно, що основою трансформації медичної

служби Сил оборони держави є створення та реалізація життєздатної стратегії.

Для розгляду кроків, необхідних для реформування системи військової охорони здоров'я в Україні, доцільно розглянути стан національної реформи охорони здоров'я та її складової щодо військової охорони здоров'я.

Прийняття Закону України у 2017 році мало важливе значення для реалізації Національної стратегії. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства про охорону здоров'я» [160]. Цей закон додав до Господарського кодексу України норму, яка дозволяла утворювати різні форми власності для надання медичної допомоги населенню. Інші зміни внесено до Основ законодавства України про охорону здоров'я [160].

Окремо зазначається, що на реорганізацію фінансів компаній чи некомерційного сектору охорони здоров'я не вплине негативно Міністерство оборони (МО) України чи інші організації з військовим компонентом. Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 20 грудня 2019 року до поняття закладу охорони здоров'я додано поняття госпітальний округ, який вважається сукупністю медичних закладів та фізичні особи-підприємці, які зареєстровані в установленому порядку та отримали дозвіл на провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка спрямована на користь населення на відповідній території [158].

Таким чином, відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні, Верховна Рада України прийняла закони України, які сприяють створенню державних підприємств з надання медичної допомоги населенню. Як відомо, фінансова допомога на охорону

здоров'я може здійснюватися як з Державного бюджету України, так і з інших джерел, які не є незаконними. На Кабінет Міністрів України покладено розробку плану кроків, етапів та механізмів впровадження змін у систему охорони здоров'я України. Крім того, військові організації Міністерства оборони України та інші організації, не зачіпаються реформуванням казначейства підприємства.

Таким чином, чинне законодавство України про охорону здоров'я не впливає на порядок фінансування військової охорони здоров'я, зокрема медичної допомоги Збройним Силам України, надання додаткової (спеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, а також 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» [159] створено Національну службу здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, який керує Кабінетом Міністрів України та контролює Міністр охорони здоров'я України. України [162].

Постановою Кабінету Міністрів України щодо Методики розрахунку вартості медичних послуг «Затвердження Методики» дозволено використовувати методику розрахунку фактичних витрат закладів охорони здоров'я, пов'язаних з наданням медичних послуг. Потім ці послуги включаються в розрахунок єдиного тарифу та коефіцієнтів на медичні послуги [163].

Постановою Кабінету Міністрів України щодо договорів про надання медичної допомоги населенню за програмою медичних гарантій визнається порядок припинення, зміни та розірвання договору про надання медичної допомоги населенню за програмою медичних гарантій, а також як типова

форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. договір про медичне обслуговування населення за програмою медичного страхування.

Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі проблеми, пов'язані з електронною системою охорони здоров'я» [164] дозволено порядок створення електронної системи охорони здоров'я та поширення інформації з електронної системи охорони здоров'я через НСЗУ. Постановою задокументовано, що функціонал процедури надання медичної допомоги через електронну систему охорони здоров'я (Порядок) реалізовано відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування громадян, закріплених Законом України «Про державні фінансові гарантії державного медичного обслуговування населення». Догляд» [165].

Постанова Кабінету Міністрів України про затвердження вимог до закладу охорони здоров'я щодо медичного обслуговування населення передбачає укладення контрактів з головними розпорядниками коштів.

Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання щодо виконання державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» роз'яснено, що у зв'язку з відсутністю у військових установ фінансування, необхідного для надання медичних послуг населенню, Національна служба здоров'я України не могла укласти договори на лікування населення.

Основою сучасної системи реабілітації є Закон України «Про реабілітацію в галузі охорони здоров'я», який контролює: сучасне лікування захворювань у лікарнях; контроль діяльності реабілітологів за міжнародними стандартами; додавання команд і багатогалузевої реабілітаційної допомоги. Першими офіційно-правовими актами, що описують порядок організації надання реабілітаційних послуг, стала

постанова КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я»: Порядок організації надання реабілітаційних послуг у сфері охорони здоров'я; Типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ

У квітні 2022 року національний класифікатор № 030:2022 ICF запровадив категоризацію обмежень життя та здоров'я в Україні.

Як правило, нормативно-правовий нагляд складається з двох частин:

1. Закон України «Про реабілітацію медичних працівників» від 14.11.2020 № 1053-IX [112], який містить загальні положення, систему реабілітації, сферу охорони здоров'я, систему обліку та фінансування, прикінцеві та перехідні положення.

2. Постанови Кабінету Міністрів України:

«Рекомендації з організації реабілітації в галузі охорони здоров'я» від 03.11.2021 № 1268, в якій описано порядок надання послуг з медичної реабілітації, стандарт положення про відділення реабілітації, підрозділ, типову характеристику міждисциплінарної бригади.

«Деякі проблеми, пов'язані з організацією реабілітації у сфері охорони здоров'я від 16 грудня 2022 року № 1462, до якого внесено Типовий державний план реабілітації осіб з обмеженими можливостями повсякденної життєдіяльності, порядок надання особам з обмеженнями у повсякденному користуванні медичних пристроїв, включаючи пристрої, які полегшують реабілітацію, а також правила щодо індивідуального плану реабілітації, фінансування та реалізації.

Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на відновлювальних дорогах» від 16.11.2022 № 2083 (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 2194 дата 12 лютого 2022 р. (02.12.2022 р.), яка містить загальні правила щодо

застосування методи реабілітації та особливі міркування щодо використання методів реабілітації.

Таким чином, зазначеними постановами та розпорядженнями Уряд України визнав легітимність дій щодо системи охорони здоров'я в Україні, а також встановили порядок та відповідальних осіб за виконання нормативно-правових актів держави.

У плані реалізації Концепції реформування фінансування охорони здоров'я на період до 2020 року також немає вимоги до Міністерства оборони України чи Збройних Сил України внести зміни до порядку фінансування військової охорони здоров'я.

Крім того, Командування Медичних Сил (КМС) Збройних Сил України разом із відповідними структурними підрозділами Міністерства оборони України, Генерального штабу Збройних Сил України та інших організацій і установ військової медицини, сприяє практичному застосуванню електронної системи охорони здоров'я у сфері надання медичної допомоги.

Таким чином, МОЗ України ініціювало декілька ініціатив для досягнення цілей законодавства України та офіційних урядових документів щодо реформування системи охорони здоров'я. МОЗ України роз'яснило порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, а також форму декларації, яка необхідна для вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу [166].

Наказ МОЗ України щодо порядку надання первинної медико-санітарної допомоги «Про затвердження Порядку надання первинної медико-санітарної допомоги», цей наказ описує зміст та встановлює вимоги до організації та надання медичної допомоги в Україні в відповідно до стандартів, пов'язаних із медичною допомогою, які є загальними

вимогами для всіх постачальників первинної медичної допомоги. Зміна системи охорони здоров'я в Україні відбуватиметься в кілька кроків.

Перший етап – це зміна порядку надання первинної медичної допомоги населенню, на даний момент це виконано. Другий етап розпочався 10 квітня 2020 року. І навпаки, початок реформи продемонстрував зменшення фінансування постачальників медичних послуг – закладів охорони здоров'я, а її подальше просування через недофінансування створило потенціал для звільнення близько 51 тис. працівників. медичних працівників і скорочення кількості лікарень наполовину [168]. Початок повномасштабного вторгнення росії в нашу країну спричинив рішення про збільшення чисельності Збройних Сил України шляхом створення нових видів (наприклад, Сил територіальної оборони Збройних Сил України) та скорочення чисельності існуючих підрозділів. Це спричинило посилення навантаження на медичну систему та необхідність створення додаткових структур у Збройних Силах України. Новостворені служби підрозділів не мали спроможності виконати всі вимоги підрозділів через нестачу персоналу та брак необхідних ресурсів. Збільшення пацієнтів на госпітальному етапі в поєднанні з активною конфліктною ситуацією не дозволило лікарні завершити всі необхідні реабілітаційні послуги.

Цивільна система охорони здоров'я, яка виникла в результаті дезінтеграції військової допомоги, не є ефективною щодо медичних цілей, які є звичними в інтересах задоволення потреб Збройних Сил України.

Виходячи з дослідження стану охорони здоров'я цивільного населення за сучасних темпів реформування, можна зробити висновок, що в системі охорони здоров'я Збройних Сил України виникли проблеми, зокрема щодо медичного обслуговування, фізичної та психологічної реабілітації. Сучасна система реабілітації українців базується на багатьох

принципах, які є багатоаспектними, але не мають 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. Жоден єдиний метод організації реабілітації в медичній чи соціальній сферах не є універсальним.

До цього моменту були розроблені лише окремі теорії та методи. Виникла необхідність створити прототип комплексної реалізації програм реабілітації військових учасників конфлікту. 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 низка формальних нормативно-правових актів: Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Постанова Кабінету Міністрів України від 31.10. 2018 р. № "910 Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України", Президент України від 23 серпня 2018 р. 2020 Указ №. Законодавці країни прийняли кілька законів щодо реабілітації учасників бойових дій. Серед них: 342/2020 «Про затвердження національних стратегій розвитку фізичної культури і спорту на користь ветеранів та їх сімей, а також Закону України «Про захист ветеранів (померлих)», Закон України «Про сприяння розвитку охорони здоров'я» та ряд інших законів, що стосуються реабілітації учасників бойових дій.

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

Збереження, підтримка та посилення військового потенціалу та боєздатності країни вимагатиме розвитку спільного медичного простору, ефективного та системного.

У контексті реформування системи охорони здоров'я України, який триває, вкрай важливо визнати, що військовослужбовці разом з іншими громадянами є частиною суспільства та мають гарантії всіх державних структур щодо охорони здоров'я.

На даний час комплексне дослідження можливих небезпек, пов'язаних із зазначеними небезпеками для системи охорони здоров'я військових та інших військових організацій під час перебудови системи охорони здоров'я в Україні, на національному рівні не проводилось. У зв'язку з цим важливо ретельно вивчити закордонний досвід охорони здоров'я у військовому контексті, зокрема щодо функціонування систем медичного страхування, зокрема у збройних силах країн-членів НАТО. Це буде зроблено з метою врахування законодавства при його зміні.

Реалізація реформ відіграє важливу роль у досягненні стратегічної мети України щодо інтеграції до євроатлантичного альянсу в результаті поступового прийняття стандартів і процедур НАТО, а також посилення співпраці між військовим і цивільним секторами. Таким чином, військова медична система дедалі більше намагається поєднати процедури, принципи та стандарти медичного забезпечення Збройних Сил із тими самими процедурами, принципами та стандартами Північноатлантичного альянсу [166]. Крім того, важливим є не механічне відтворення речей, а аналіз, узагальнення та критична оцінка власного досвіду. Його завдання має бути як збалансованим, так і враховувати специфіку військової охорони здоров'я, а також політичний клімат та економічний потенціал держави.

Вивчивши формальні стандарти щодо стандартизації в системі охорони здоров'я України, військового медичного забезпечення та держав-членів НАТО, можна зробити висновок, що процедура розробки стандартів складається з єдиного циклу управління, який має як функціональну, так і організаційну складові.

У результаті компонентами розробки стандартів є: планування, створення, впровадження та підтримка стандартів. Ці компоненти перераховані відповідно до циклу Демінга [169]. У результаті має бути здійснено доповнення складовими стандартизації медичного забезпечення Збройних Сил, що забезпечить, зокрема, достатній рівень медичного обслуговування на основі організованої системи, сучасного технічного оснащення, комплексного ресурсного фонду та високий рівень підготовки медичних спеціалістів. Має бути створена система такого типу, яка б відповідала економічним умовам держави та сучасним військовим діям. Це можливо за рахунок створення єдиної стандартизованої системи медичного забезпечення Збройних Сил, яка враховує інтеграцію медичного забезпечення Збройних Сил у систему охорони здоров'я країни та впровадження методик НАТО.

Для досягнення сумісності багатьох національних сил (наприклад, НАТО, України тощо), послідовність доктрини та процедури, важливо використовувати термінологію, зрозумілу всім членам, це полегшить передачу інформації між членами збройних сил, системою військового обладнання, а також обмін постачанням між військовослужбовцями.

Як наслідок, стан системи охорони здоров'я в Україні недостатній для вирішення проблем суспільства та вимог часу, що зумовлює необхідність реформування з метою досягнення стандартів якості європейських країн у практиці системного реформування галузь, яка передбачає розбудову пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я, яка

б опікувалась усім громадяном України, та впровадження комплексних програм реабілітації для воїнів, які беруть участь у бойових діях.

За останні чотири роки було прийнято декілька законів про охорону здоров'я, МОЗ України видало декілька наказів, які визнали численні сучасні аспекти, методи та процедури щодо організації закладів охорони здоров'я та порядку надання медичної допомоги.

Система військової охорони здоров'я функціонує та виконує покладені на неї обов'язки в єдиному просторі держави, зокрема, враховуючи вимоги чинного законодавства та нормативно-правових актів, що стосуються охорони здоров'я в Україні, такий підхід до реформування галузі, створення нових механізмів фінансування та функціонування закладів фізичного виховання і спорту стосується і військових закладів.

Потенціал реформування системи охорони здоров'я на основі обов'язкового страхування може містити низку ризиків, пов'язаних із продовженням функціонування системи військової охорони здоров'я, цих ризиків слід уникати в процесі реформування та запобігати їм, враховуючи особливості системи. під час створення нових законів і нормативних актів.

Комплексна реабілітація військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях Збройних Сил України, як частина їх військового медичного забезпечення, є одним із найважливіших чинників підтримання боєздатності та боєздатності країни, тому в контексті реформування державної охорони здоров'я системи, необхідно вивчити особливості їх функціонування.

До першочергових стратегічних цілей ефективного управління ресурсами охорони здоров'я та лікувальної фізкультури та спортивної реабілітації слід віднести впровадження належного нормативно-правового забезпечення, створення системи стратегічного планування розвитку окремих галузей на місцевому рівні, розвиток медичної стандарти, що

відповідають потребам армії, а також надання додаткових послуг, які не є частиною звичайної військової служби.

Першочерговими стратегічними завданнями є реалізація комплексного підходу до створення системи комплексного медичного обслуговування військовослужбовців у системі військової охорони здоров'я, яка вдосконалює законодавчу базу та сприяє створенню єдиного медичного простору для всіх цивільних осіб та зберігає організаційну самостійність служб. в системі.

Одним із найзначніших медичних досягнень НАТО було створення та впровадження «Спільної системи надання допомоги при травмах», системи, яка базується на переконанні, що кожен солдат, який отримав поранення під час бою, має вищу ймовірність вижити та більший здатність відростати.

Девіз системи: «Відповідний пацієнт, відповідний час, відповідне місце та відповідний догляд».

Загальна система охорони здоров'я є похідною від інфраструктури відділу реєстрації. Метою Єдиної системи травматології є сприяння координації надання медичної допомоги при травмах через удосконалення наукових і практичних підходів до медицини. Про цінність системи надання травматологічної допомоги свідчить створення понад 36 задокументованих медичних протоколів, актуальних для військових лікарів, які знизили захворюваність і смертність, пов'язану з бойовими травмами. На кожному кроці найбільші небезпеки мають найбільший пріоритет щодо здатності виконати завдання та виконати його. Ця ідея виявилася ефективною в армії та знизила рівень смертності. Система надання допомоги при травмах — це набір процедур, які є специфічними для певного географічного регіону та забезпечують повний спектр допомоги всім постраждалим пацієнтам, інтегровані в місцеву систему

охорони здоров'я. Фундаментальною цінністю системи надання допомоги при травмах є її здатність надавати достатній рівень допомоги пораненим пацієнтам, використовуючи доступні ресурси для досягнення більш ефективних результатів лікування. Під час конфлікту територію, як правило, представляє командир, який бере участь у військових діях, включаючи управління охороною здоров'я.

Це стосується й системи медичних заходів, адже якісна медична допомога має надаватися одразу після появи хронічного захворювання, незалежно від місця дислокації військових.

Цілі Єдиної системи допомоги:

- вести та організувати реєстр пошкоджених активів для зберігання інформації та повідомлення про наявність допомоги та результати лікування;

Є повний доступ до реєстру.

- створити базу даних, яка може складати звіти для уповноважених державних органів;

- створити базу даних, доступ до якої мають науковці, чиї дослідження санкціоновані комітетом з біоетики;

- сприяти електронному зберігання та обміну інформацією про пацієнтів, яка має бути доступною для всіх закладів охорони здоров'я, які обслуговують пацієнтів, які довго перебувають на лікуванні;

Вести та організовувати базу даних результатів лікування та реабілітації, це дозволить оцінити прийняті клінічні рішення та додаткові ефекти лікування та реабілітації, це покращить методи.

- поширювати до Міністерства оборони та інших уповноважених осіб інформацію про процес лікування та реабілітації та його результати;

- розробити програму досліджень, спрямовану на зменшення захворювань і летальних випадків.

- уніфікувати підходи до лікування та реабілітації протягом усього періоду догляду, а також розробити та реалізувати практичні рекомендації на основі фактичних даних.

- посилити комунікацію на всіх етапах надання допомоги.

Крім того, використана концепція (основа реабілітаційних здібностей) виведена з кількох принципів. Розвиток і навчання - діяльність і здібності, пов'язані з професійним зростанням реабілітолога в галузі реабілітації. Діяльність і здібності в цій сфері включають професійний розвиток, викладання та навчання. Лідерство та управління – здібності та ініціативи, спрямовані на співпрацю, стратегічне мислення, управління, надання послуг та оцінку, а також управління ресурсами. Дослідження - процеси та дії, залучені до створення, передачі та поєднання медичних досліджень щодо реабілітації. Професіоналізм – знання та здібності, пов'язані з професійною етикою, співпрацею, безпекою та якістю догляду, які дозволяють виконувати професійну роль. Усе вищесказане призводить до одного висновку: є потенціал надання послуг (Додаток Б).

Висновки до розділу 3

Єдиний медичний простір – це система охорони здоров'я, яка об'єднує всі медичні ресурси держави через спільне управління та визначені механізми фінансування, ця система гарантує доступність, якість та ефективність усіх видів медичної допомоги всім громадянам України, у тому числі військовослужбовцям.

Реалізація медичного забезпечення Збройних Сил України та інших складових Сил оборони функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення Сил оборони на окремому медичному просторі під час дії особливого періоду, надзвичайної ситуації чи іншої кризової ситуації має

важливе значення для підтримання боєздатності та спроможності Збройних Сил України та інших складових Сил оборони. Це безпосередньо сприяє підвищенню обороноздатності та безпеки держави в цілому. Дослідження сучасного стану військової охорони здоров'я показує, що суттєвим питанням у створенні системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України є питання оптимізації охорони здоров'я.

Сучасна правова система використовує кілька визначень здоров'я, але їм бракує глибини. Ось чому одна з першочергових проблем полягає в тому, щоб зробити всі дії порівнянними, використовуючи спільний знаменник у русі до комплексної концепції здоров'я, суть якої полягає не у вирішенні проблем дефіциту, а у створенні системи, яка зосереджується на профілактиці, і людиноцентризмі. Зрозуміло, 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 населення України в цілому. Існують необхідні передумови для широкого використання потенціалу ринку медичних реабілітаційних послуг, ці послуги надають постачальники різних форм власності, в тому числі з потенціалом самоорганізації суспільства. У сучасних умовах створення реабілітаційного простору вважається суттєвим пріоритетом для Збройних Сил України: оптимізація та адаптація нормативно-правової бази, формування професійних вимог у рамках компетентнісного підходу, зовнішнє оцінювання діяльності спеціалістів, створення прозорої системи відбору та призначення на посади, оптимізації системи забезпечення військ.

Професійне управління персоналом у цій галузі підвищить якість реабілітаційних послуг та сприятиме розвитку сфери в цілому. В умовах

насильницької агресії російської федерації в Україні кожен військовослужбовець високо цінується як професіонал, вимоги до його роботи, здоров'я та стабільності значно зростають. За цих умов щоденно контролюється відповідальність медичної служби за якість підбору спеціалістів за станом здоров'я та психофізіологічними показниками. При необхідності негайно надається медична допомога, проводиться кваліфіковане лікування, доступна швидка реабілітація і при необхідності збільшується віддача до виконання службових обов'язків та відповідальності, що в свою чергу ставить питання про якість підготовки особового складу системи комплексної військово-промислової реабілітації та якості надання реабілітаційних послуг цивільному населенню України. Важливо визнати, що неправильний підбір працівників і їх розстановка є неприпустимим і шкідливим в контексті ефективності витрачання коштів, а питання надання неповної, некваліфікованої допомоги незахищеним верствам суспільства є неприпустимим і шкідливим для країни. У цьому контексті важливий конфлікт щодо контролю за наданням цих послуг з боку держави та Міністерства оборони України. Показано, що роль кадрової політики держави у сфері військової охорони здоров'я підвищується внаслідок переходу на нову правову основу діяльності військ та їх медичного забезпечення, підвищення значення медичної служби та посилення роль у захисті солдатів і підтримці військового потенціалу, всі з яких вважаються найважливішими для держави.

Постійне оновлення кадрів військової охорони здоров'я та лікувальної фізкультури, збалансоване співвідношення молодих і досвідчених медиків є основним принципом медичної політики військового відомства. Реалізація цього принципу можлива при створенні системи військової охорони здоров'я ідеального професійно-організаційно-штатного складу. Чинне законодавство про охорону здоров'я в Україні не

змінює порядок фінансування військової охорони здоров'я, в системі охорони здоров'я цивільного населення в Україні взагалі відсутній пакет Національної служби здоров'я, який би надавав послуги з реабілітації солдатам, які беруть участь у бойових діях, внаслідок чого статус цих закладів не змінився. Це спричиняє суттєву нестачу надавачів послуг з медичного забезпечення військовослужбовців, розподіл коштів також відбувається нерівномірно, що перешкоджає використанню цивільних ресурсів та лікувальної фізкультури та спорту в інтересах військової охорони здоров'я. Загалом можна сказати, що стан системи охорони здоров'я в Україні не відповідає запитам суспільства та вимогам часу, що зумовлює необхідність її реформування з метою досягнення європейських стандартів через системний підхід до галузі.

РОЗДІЛ 4

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА ВЕТЕРАНАМ ЗСУ

4.1 Тенденції розвитку лікувально-профілактичної сфери у контексті єдиного здоров'язбережувального простору України

Профілактика та лікування є важливими видами медичних послуг, які мають місце на кожному етапі життєвого циклу. Ці послуги спрямовані на відновлення здоров'я та функціональність військовослужбовців, а також повторної адаптації їх до потенційної навантаженості повсякденного життя в їхньому середовищі (виконання завдань за призначенням). З 2021 року лікування та профілактика внесені до пріоритетного списку Програми медичних гарантій.

Раніше зазначалося, що сьогодні одним із першочергових завдань військової реформи в Україні є об'єднання зусиль і можливостей медичних служб відомчих органів і цивільної системи охорони здоров'я для збереження життя і здоров'я військових. Для вирішення цих проблем була необхідна постійна робота системи лікувально-профілактичного забезпечення для військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України в контексті єдиного медичного простору системи охорони здоров'я населення України.

Системний аналіз літературних джерел українських авторів, дослідження генезису сучасного стану та потенціалу розвитку Збройних Сил України, засад доказової медицини і кращий міжнародний досвід, у впроваджені технологій, призводить до конкретних результатів на кожному з етапів.

Військово-соціальні заходи – створені військовим командуванням, службами тилового забезпечення та іншими службами Збройних Сил України, ці заходи забезпечують комплексну сукупність можливостей для оздоровлення та зміцнення здоров'я військовослужбовців, членів сім'ї та інших громадян, які цього потребують. Внаслідок проведення військово-соціальних проєктів вдається збільшити довголіття військовослужбовців і тривалість життя, знижується смертність (у тому числі передчасна), інвалідизація.

Медико-соціальні заходи в першу чергу спрямовані на запобігання виникненню професійних і неінфекційних захворювань, отруєнь, травм і пов'язаної з ними загибелі. Ці заходи сприяють підвищенню захисних ресурсів організму, попередженню розвитку та передачі інфекційних і паразитарних хвороб серед військовослужбовців, підвищенню резервних можливостей організму військовослужбовців. Вони досягаються спільними зусиллями командира та медичних працівників шляхом організації та проведення протиепідемічних та гігієнічних заходів, створення та реалізації оздоровчих ініціатив для військовослужбовців та інших. Метою медико-соціальних ініціатив є забезпечення потреб медичної допомоги особовому складу Збройних Сил України.

Військово-медичні заходи – надання належної медичної допомоги військовим медичним департаментом (у цьому контексті медична допомога означає лише діагностику та лікування захворювань або станів, які передбачають медичні процедури, включаючи введення ліків, процедури або послуги, які передбачають використання фармакології, діагностики та лікування). Ці заходи спрямовані на зміцнення, підтримку та відновлення фізичного та психічного здоров'я. Результатом застосування цих заходів щодо конкретного пацієнта є одужання або покращення стану здоров'я. У військових організаціях знижується рівень

захворюваності та зберігається позитивна динаміка, зменшується кількість хронічних захворювань і збільшується кількість повністю здорових осіб.

Враховуючи викладене, можна зробити висновок, що створення та функціонування системи лікувально-профілактичної роботи військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України, проектування сил і методів створення медичного простору, а також історично сформовані традиції у сфері військової охорони здоров'я, які визначаються багатьма факторами, першочерговими з яких є: соціально-економічні, військово-спеціальні, медичні та освітньо-наукові, а також традиціями що історично склалися у системі військової охорони здоров'я. Як наслідок, для створення сталої системи в єдиному здоров'язбережувальному просторі України виникає необхідність детального вивчення методології проектування медичного простору провідних країн світу з точки зору рекреаційної діяльності.

Сьогодні профілактика стала окремою дисципліною з власним спеціалізованим напрямом дослідження – сингенетичними механізмами в їх біосоціальній асоціації, що розглядається в організації рівні в рамках повноважень Кабінету Міністрів України. Уєрівництво єдиною системою профілактики покладено на державний рівень та органи виконавчої влади.

Порядок підвищення потенціалу військової охорони здоров'я обумовлюється насамперед, ресурсами цього відомства. Вони обмежені. Можна говорити про їх характеристику, яка теоретично визначається величиною порогового навантаження. Як результат, для досягнення стратегічної мети збереження здоров'я військовослужбовців при максимальному підвищенні ефективності їх медичного забезпечення необхідним є об'єднання зусиль як військової, так і цивільної систем, інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України призводить до комплексного та ефективного використання

ресурсів закладів охорони здоров'я, незалежно від форми власності суб'єктів надання профілактичних послуг, розташованих на відповідній території.

Як наслідок, вирішення актуальних проблем, пов'язаних із формуванням ринку медичних послуг населенню України, а також військовою агресією російської федерації, зумовлює необхідність створення державних механізмів регулювання.

Для більш глибокого опису існуючих недоліків військової профілактичної системи, вважаємо за необхідне розглянути пропозиції Всесвітньої організації охорони здоров'я, щодо міжнародних ініціатив, які б збільшили масштаби профілактики на національному рівні. У зв'язку з цим визначено п'ять напрямків першочергових дій, які необхідно посилити для покращення системи охорони здоров'я:

- стратегічне управління та лідерство;
- правила, положення, плани процедур і угоди, процеси планування, співпраці та координації;
- фінансування (відсоток витрат на профілактику в загальній вартості медичних послуг; спосіб фінансування та оплати послуг);
- кадрові ресурси;
- ліки та технологічні інновації.

У результаті, враховуючи вищезазначену інформацію та висновки аналізу сучасного стану військової охорони здоров'я, досвіду організації та ведення бойових дій у Північноатлантичному альянсі, організації медичного забезпечення військових провідних європейських країн та США, можна виділити першочергові проблемні питання щодо створення системи профілактики військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України, а саме:

враховуючи специфіку військової охорони здоров'я, яка є невід'ємною частиною як національної системи охорони здоров'я, так і військового відомства держави, першочерговою метою є збереження, зміцнення та відновлення здоров'я військовослужбовців. Кінцевою метою реалізації зазначених стратегій є запобігання захворюванням і травмам під час виконання обов'язку, та проведень необхідних для ведення бойових та інших видів діяльності.

Важливо визнати, що високий ступінь захворюваності може бути спричинений як погіршенням стану здоров'я, так і неефективним функціонуванням системи охорони здоров'я, останнє зумовлене не розвиненістю мережі відповідних установ і технологій, поганим функціонуванням системи моніторингу стану здоров'я, невідповідністю кваліфікації персоналу тощо.

За матеріалами статистичної звітності за формою 2/Мед проводився моніторинг стану здоров'я військовослужбовців України, які дислокуються на постійній основі у пунктах розміщення.

Медичний висновок у форматі 2/MED має важливе значення для ведення медичної звітності закладів, які мають військову складову, містить вихідні дані для аналізу стану здоров'я військовослужбовців та діяльності медичної служби Збройних Сил України. Ці дані в кінцевому підсумку допомагають покращити планування медичних послуг, а також забезпечать уникнення травм і зниження захворюваності. Результати аналізу первинних облікових даних, пов'язаних з медичним висновком (наприклад, стан здоров'я особового складу, ступінь травматизму, захворюваності, витрати на оплату праці, звільнення з військової служби за станом здоров'я та смертності) необхідно включити до планування медичної допомоги на кожен наступний рік. Тобто показники, зазначені у відомості, є цілями, на вдосконалення яких спрямовано військову

оперативну та медичну служби. З цього можна зробити висновок про профілактичний характер сучасної медицини: спочатку допомога повинна бути зосереджена на запобіганні захворюванням (травмам), а потім на наданні безпосередньої допомоги. Це, теоретично, мало б призвести до збереження обмежених ресурсів (фінансових, матеріальних), а також до підвищення бойової готовності військ (сил). Війна пов'язана не тільки з бойовими пораненнями, а й із соматичними захворюваннями. Важлива інформація щодо величини та структури поранення, необхідна для виявлення захворювань, актуальних для військових (туберкульоз, ВІЛ, пневмонія, ішемічна хвороба тощо), з метою створення системи медичного страхування військовослужбовців (сил). Впровадження медичних звітів за формою відбулося ще в радянський період і відбувалося прогресивно з метою: уніфікувати порядок ведення та звітності медичної документації, покращити планування медичного забезпечення військ (сил) на основі аналізу медично-облікових документів військових частин (установ). Впроваджено процес прийому та перевірки медичних висновків на всіх рівнях управління в медичній службі, а також у військових частинах безпосереднього підпорядкування, надання методичної допомоги підлеглим на місці сприяло навчанню медичного персоналу цим питанням.

Крім того, очевидно, що впровадження системи звітності відбулося без комп'ютерів, у паперовій формі, і було складним для тих, хто брав участь. На жаль, сьогодні такий підхід відсутній. Опрацювання та подання медичних висновків здійснюється без урахування звітного принципу надання медичної допомоги за територіальним принципом. Таким чином, медичні висновки у багатьох випадках обробляються неправильно, процес отримання медичних висновків також є складним через відсутність прямого контролю за медичними службами різних родів військ (сил) та КМС ЗС України. Також відсутність залежності від начальника Військово-

медичного центру начальників медичних служб військових частин (установ) у відповідних сферах відповідальності з медичних питань ставить під сумнів функціонування вертикалі.

На нашу думку, це потребує першочергового вирішення, як варіант, пропонується організувати роботу та подавати медичні висновки за формою 2/MED до КМС ЗС України через медпункти, які безпосередньо пов'язані з КМС і, як наслідок, мають відповідати за надання медичних послуг за територіальним принципом. Також, з метою уникнення дублювання звітності та забезпечення її повноти, пропонується щоб перед початком наступного звітного періоду медична служба військового керівництва подавала перелік військових частин, які будуть охоплюватися звітністю. Однією з найбільш суттєвих проблем у медичних висновках за формою 2/MED є те, що в них не достовірно вказано чисельність працівників військових організацій (установ), що в свою чергу унеможливлює отримання достовірної інформації щодо ступеня поранень, загибелі та звільнення в лавах Збройних сил України. Якщо ж шукати першоджерела, то для аналізу вказаних відносних показників чисельність особового складу військової частини (установи) запропоновано розраховувати середньомісячним методом (за формулою, яка враховує чисельність особового складу військової частини на початок кожного місяця звітного року).

Крім того, кількість особового складу, пов'язаного з військовою частиною (установою), не задокументована в самому медичному висновку, це проблематично, оскільки в медичному висновку відсутні дані про кількість особового складу. Викликає занепокоєння відсутність даних про чисельність особового складу військової частини (установи). Для цього в останні роки у вітчизняних версіях системи медичного звіту «контингент» (форма 2/MED) розрахунок відносних показників здійснювався на основі

даних про чисельність військовослужбовців різних класів, охоплених системою звітності з питань, пов'язаних зі здоров'ям. Однак фахівців часто не могли описати річні коливання загальної захворюваності або високий річний рівень загальної захворюваності, тому можна припустити, що не всі фахівців розуміли порядок, у якому збиралася медична інформація, або як вона була пов'язана з висновком. Крім того, важко орієнтуватися в умовах війни, що ускладнює проведення широких медичних обстежень, призводить до неможливості отримання точної інформації щодо відносних показників поранень, загибелі та звільнення в Збройних Силах України. Як наслідок, нинішнє питання звітності статистики досі не вирішено.

Під час прийняття медичних звітів у форматі 2/MED було виявлено, що окремим звітникам не вистачає розуміння та виникають різні інтерпретації фундаментальних статистичних концепцій, які використовуються під час створення медичних звітів, зокрема поняття «первинних звернень». Важливо визнати, що розрахунок рівнів загальної захворюваності проводиться з особливою точністю згідно з методично встановленими правилами військової охорони здоров'я. Ці правила наведені в розділі 6 медичної довідки за формою 2/MED. У цій частині звіту відсутні будь-які додаткові компоненти. Це питання потребує термінового розгляду та вирішення контролюючими органами. Одним з можливих варіантів вирішення цього проблемного питання є включення цих понять до роз'яснень щодо заповнення медичної довідки за формою 2/MED, наведених у Табелі термінових доповідей Військово-медичного управління Збройних Сил України. Визначення цих термінів має бути більш доступним, без зайвих слів, з описом способу класифікації повторних звернень з приводу хронічних загострень одного і того ж захворювання протягом звітного року, а також звернень за медичною допомогою з приводу гострого захворювання (травми) з тривалим

перебігом (ускладненнями) протягом звітного року. Однією з поширених помилок при заповненні медичних звітів було те, що загальна кількість первинних захворювань на нижчому рівні таксономії була більшою, ніж загальна кількість первинних захворювань на вищому рівні таксономії в системі МКХ-10.

Це була найбільша помилка (присутня у всіх звітах), яка була спричинена неуважністю до учасників. Крім того, спроба виправити цю помилку марна саме через вплив людини. Ці зміни певною мірою спрощують процес заповнення розділу. Ще одним занепокоєнням, пов'язаним із медичними висновками за формою 2/MED, є відсутність достатньої інформації в розділі 4 медичного висновку «Обставини та причини ситуацій, пов'язаних із травмою». Попередні дослідження показали, що відсоток тілесних ушкоджень, які були класифіковані як «інші» за обставинами та причиною травмування, становив від 19 до 24%! Це дуже велике значення, яке свідчить про те, що фахівців поверхнево розуміють структуру травм за причинами та обставинами. У зв'язку з цим, роз'яснення щодо заповнення форми медичного висновку 2/MED необхідно доповнити зауваженнями (роз'ясненнями) щодо заповнення цієї частини висновку. У зв'язку з чим запропоновано включати в медичний висновок лише дані про небойові поранення, попередження яких покладено на медичну службу. Оформлення розділу 5 медичного висновку «Робота стоматологічного кабінету» передбачається спростити шляхом вилучення граф, присвячених обліку платних послуг, які надаються стоматологічним кабінетом, ці послуги не є першочерговим завданням медичної служби військ.

Враховуючи, що першочерговим завданням медичної служби є попередження травм і захворювань у військових формуваннях, до розділу 6 медичного висновку було запропоновано включити рубрику «Умисне

самоушкодження» (X60-X84), оскільки без достовірної інформації про поширеність проблеми немає. Додатково сформульовано пропозиції щодо уточнення написів (ліній/графів) та їх ефективнішого сприйняття в програмному інтерфейсі, а також перелік пропозицій щодо вдосконалення вбудованих перевірок системи «контингентної» медичної звітності (форма 2 /MED).

Крім того, важливо визнати, що найбільш значущими факторами щодо стану здоров'я військовослужбовців є наявність або відсутність хронічних захворювань, а також підтримання бойової готовності підрозділу, оцінка стану здоров'я військовослужбовців здійснюється за ступенем захворюваності. Як наслідок, для планування та проведення профілактичних заходів військовослужбовців, які потребують динамічного підходу до нагляду, вирішальне значення має розподіл особового складу Збройних Сил України на оздоровлення. Це суттєво впливає на процес покращення стану військовослужбовців.

Як відомо, диспансеризація є науково обґрунтованою системою профілактичних, терапевтичних і медичних ініціатив, спрямованих на підтримку, зміцнення та покращення здоров'я населення. Цілком це стосується військової охорони здоров'я, де цей спосіб став основним з спрямованих на лікування та профілактику захворювань, а також основою для планування комплексних реабілітаційних заходів, про що йдеться в документах Міністерство оборони Збройних Сил України. Раннє виявлення хворих на захворювання та здійснення індивідуальних заходів охорони здоров'я та медичного захисту для кожного військовослужбовця. Контроль за повнотою проведення оздоровчих заходів військовослужбовцями всіх класів. На жаль, результати дисертаційного дослідження свідчать про те, що реалізація зазначених заходів має ряд недоліків в організаційному, лікувально-організаційному та науковому плані, які є достатньо суттєвими

для зниження ефективності організації та реалізації заходів щодо загального реабілітація військовослужбовців України.

Серед великих організаційних провалів можна виділити наступні найважливіші:

- усунення безпесердного командира від вирішення питань, пов'язаних зі здоров'ям особового складу;
- результати диспансеризації не враховуються при повній оцінці можливостей військовослужбовців (у тому числі й командира), а лише впливають на висновок оцінки щодо ступеня медичної забезпеченості.

До найбільш суттєвих науково-методичних прорахунків відносимо:

- відсутність наукових досліджень з питань диспансеризації щодо організації та проведення комплексних реабілітаційних заходів для узагальнення, аналізу та поширення передового досвіду.
- відсутність наукових інновацій щодо впровадження комп'ютерних технологій, які б сприяли створенню баз даних у територіальних організаціях щодо військовослужбовців, які підлягають системі диспансерного нагляду та комплексних заходів охорони здоров'я; створення центрального реєстру осіб, які потребують високотехнологічних досліджень та новітніх методів профілактики та альтернативного лікування.

Сьогодні вкрай важливо підтримувати боєготовність підрозділу та планувати військові дії, щоб відповідно підвищити фізичні можливості військовослужбовців, які навчаються за відповідними програмами. Ця відповідальність розподіляється між системою фізкультурно-спортивної реабілітації, а завдання виконується відповідно до термінів оздоровлення, визначених нормативними документами. Закон України «Про фізичну реабілітацію у сфері охорони здоров'я» описує процедуру ФРМ як форму медичної фізичної реабілітації, яка передбачає застосування комплексу

заходів, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та ведення пацієнтів різного віку з вадами здоров'я, що призводять до обмеження їх повсякденної діяльності, участі в житті, порушення особистісних факторів і факторів середовища.

Крім того, важливо зазначити, що дана складова профілактики в системі охорони здоров'я військового відомства на даний момент знаходиться на стадії розвитку, потребує негайного вирішення існуючих питань у загальноорганізаційній, медичній, організаційно-науковій сфері, яка визначається недоліками системи фізичного виховання Збройних Сил України, систематизованими в «Концепції розвитку фізичного виховання і спорту в системі Міністерство оборони України».

Неефективність процедури прогнозування розвитку фізичного виховання і спорту, незавершеність розробки законодавчих і правових норм щодо функціональності та удосконалення системи фізкультурно-спортивної реабілітації призводить до неефективного управління та організація процесу. Неповне виконання вимог системи фізичної підготовки і спорту щодо збереження здоров'я особового складу, зокрема щодо проведення фізкультурно-спортивних заходів, що сприяють відновленню військ (сил), їх бойовому використанню, локальні непорозуміння, призводять до зниження ефективності заходів.

Необхідність удосконалення процедури централізованої перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців з фізичної реабілітації та спортивної медицини Міністерства оборони, а також інших державних установ безпеки та оборони є очевидною в системі оборонних відомств країн НАТО.

Взаємодія між замовниками системи Міноборони та структурами оборони та безпеки України є недосконалою та недостатньою. Неналагоджена система координації, а також взаємодії органів управління

фізичним вихованням і спортом усіх рівнів, управління фізичним вихованням і спортом військових частин і національних центрів, профільних наукових підрозділів і відділень призводить до недостатності знання військовослужбовців щодо збереження особистого здоров'я. Недостатнє фінансування наукових досліджень, неефективне впровадження результатів досліджень, невідповідність сучасним вимогам фізичного виховання і спорту породжує недостатнє фінансування, незалучення до позабюджетної сфери фізичного виховання.

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що система військової охорони здоров'я складається з багатьох взаємопов'язаних органів військового управління, служб, які надають всебічну допомогу військовослужбовцям (силам) та організаціям, які тим чи іншим чином займаються зміцненням здоров'я військовослужбовців та профілактикою захворювань, а також у разі зниження фізичних і розумових можливостей військовослужбовців у зв'язку з факторами зовнішнього середовища, обсягом. Враховуючи зазначене, можна констатувати, що середня кількість медичних факторів, які реально сприяють негативному впливу на здоров'я військовослужбовців, становить близько 11%.

Таким чином, створення цілісної системи військової охорони здоров'я в Україні сьогодні є залежним не лише від військової ланки.

Проведення профілактичних заходів неможливе без психологічної складової, яка поділяється на дві частини: надання послуг з корекції психологічних проблем та лікування супутніх станів, які мають психологічну складову.

Складність адміністрування військової системи охорони здоров'я пов'язана зі складністю процесу управління, який відбувається в рамках багатьох організаційних систем і впливає на об'єкти управління з кількома функціями, усі з яких характеризуються складним набором правил. Ці

правила включають численні функціональні процедури та операції в структурних підрозділах, які мають складні відносини з керівництвом.

Більшості проблем, пов'язаних з управлінням військовою профілактичною системою, можна уникнути, якщо до організації програми буде залучено належним чином підготовлену керівну команду, яка має знати та уникати проблем у майбутньому. Як наслідок, керівний склад (який сьогодні виховується в міру необхідності) є ключовим для системи військової охорони здоров'я України. Напрошується висновок про необхідність структурних змін у системі військової охорони здоров'я та фізичного виховання і спорту військ, які б призвели до створення системи профілактики, внаслідок усунення таких структурно-штатних проблем:

1. Відсутність науково обґрунтованого комплексного підходу до створення системи профілактики в єдиному медичному просторі України охорони здоров'я населення України;

2. Існуюча система профілактики здоров'я військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України базується на багатьох принципах, які є багатоаспектними, відповідальність за управління системою чітко не визначена.

3. Не налагоджена практична система лікувальної фізкультури та спортивної реабілітації українських військовослужбовців.

4. Не вироблено єдиного підходу до умов, необхідних для надання профілактичних послуг в умовах існуючого характеру ринкових відносин.

5. Відсутня система підготовки та перевиховання спеціалістів.

6. Враховуючи вирішальну роль впровадження сучасної доказової медицини та системи управління якістю, яка має міжнародний або національний характер, необхідно вживати відповідних заходів для максимальної оптимізації медичного та організаційного етапів.

4.2 Інтеграційна модель організації медичного простору у площині функціонально-організаційної структури піклування про військовослужбовців та ветеранів ЗСУ

Комплексне дослідження стану здоров'я та організації лікувально-профілактичної роботи ветеранам Збройних Сил дозволило визначити першочергові проблеми та слугувало основою для розробки набору пропозицій щодо вдосконалення системи охорони здоров'я та профілактика для ветеранів.

Під час дисертаційного дослідження використовувався прототип удосконаленої системи охорони здоров'я та профілактики військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України, який зображено у додатку Б.

Запропонована структура, як і всі організаційні рішення, призначена для вдосконалення функціональних і структурних компонентів усіх організацій. У центрі уваги управління системи – здоров'я військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил. Предметом управління є амбулаторно-поліклінічні заклади Міністерства оборони України, які мають кабінети роботи з ветеранами, ці кабінети дозволять виявити та реалізувати координаційну та інтеграційну функцію між лікувально-профілактичними закладами Міністерства оборони України та установами соціального захисту населення. Блок інформаційної підтримки сприяє створенню медичного реєстру військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України. Основними цілями запропонованої моделі є: інтеграція.

Метою інтеграції є формування нових функціональних зв'язків між лікувально-профілактичними закладами Міністерства оборони України та закладами соціального захисту населення з метою створення єдиної цілісної системи, більш раціональної та опимальнішої у економічній

експлуатації. Координація. Метою цієї функції є забезпечення узгодженості дій усіх ланок (елементів) організаційної моделі шляхом створення раціональних зв'язків та обміну інформацією між ними; посилення визначення військовослужбовців та ветеранів, які потребують медико-соціальної допомоги, та передача цієї інформації до ТЦСО шляхом запровадження медичного реєстру ветеранів Збройних Сил; посилення медичної реабілітації літніх ветеранів Збройних Сил на всіх етапах медичної реабілітації; впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів Міністерства оборони України досягнень військової медицини: нові методи діагностики, лікування та профілактики раннього старіння та оцінка їх ефективності; поглиблене розслідування причин поранень, первинної аварії та смерті військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил.

Основною функціональною складовою запропонованої моделі є кабінет поліклінічного відділення, який відповідає за організацію та координацію медичного обслуговування військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил. Поряд із створенням кабінету запропонована модель передбачає створення медичного реєстру ветеранів Збройних Сил та осіб, які потребують медико-соціальної допомоги.

До медичного обліку вносяться такі відомості про військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил:

1. Загальна чисельність військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил регіону, відповідальних за лікувально-профілактичне обслуговування.
2. Кількість військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил, які визнані інвалідами (загальна інвалідність).
3. Чисельність військовослужбовців та ветеранів військової служби з числа осіб похилого віку Міністерства оборони України.

Інформація про військовослужбовців та ветеранів військової служби, які потребують медичної та соціальної допомоги. Дані щодо зазначених вище осіб пропонується передати до ЦОП, основні обов'язки якого задокументовано в методичних рекомендаціях [120].

Військова служба вважається унікальним видом людської діяльності, що супроводжується значним фізичним та емоційним навантаженням як у звичайний, так і у воєнний та мирний час. Результати 20-річного дослідження когорти військовослужбовців та ветеранів (The Millennium Cohort Study) показали, що під час виконання службових обов'язків існують потужні стресори, які впливають саме на військовослужбовців: участь у бойових діях, травматичні переживання, вплив токсинів, травми, які впливають на фізичне та психічне здоров'я під час та після військової служби [199]. Документально підтверджено, що участь у конфлікті пов'язана з розвитком артеріальної гіпертензії (АГ), депресії, тривоги, проблеми з травною системою, ішемічна хвороба серця (ІХС) [200]. Ці захворювання пов'язані з факторами ризику нездорової поведінки, зокрема, з почастищенням серцебиття, курінням, дисліпідемією та ожирінням [201]. Вони пов'язані з варіантами нездорової поведінки, зокрема, з підвищеним вживанням алкоголю, порушеннями сну, проблемами з травною системою. У учасників бойових дій підвищується стресова гіпертензія, яка характеризується млявим перебігом, резистентністю до антигіпертензивної терапії, швидким прогресуванням з розвитком гіпертонічних кризів, ураженням органів-мішеней, атеросклерозом, що сприяє розвитку ішемічної хвороби серця та його ускладнення, проблеми серцевого ритму та інсульт. З початком повномасштабного конфлікту в Україні у 2022 році очікується, що смертність від ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних захворювань та ендокринних захворювань у

найближчі роки підвищиться як серед цивільного населення, так і серед військових [202].

Також непокоїть збільшення кількості військовослужбовців із хронічними захворюваннями, яких призвали за мобілізацією. У зв'язку з цим першочерговим завданням військової медицини є впровадження та розвиток сучасних підходів до охорони здоров'я, які дозволять зберегти здоров'я та працездатність воїнів, а відтак – обороноздатність країни. Створення інноваційних продуктів з високотехнологічною складовою та їх інтеграція в систему медичного забезпечення Збройних Сил України з метою якнайшвидшого збереження здоров'я воїнів та підвищення їх боєздатності та працездатності, а також мобілізація наукових здібностей для підвищення якості медичного обслуговування, лікування та реабілітації вважається стратегічним напрямком військової медицини [203]. Для повної реалізації медичних прав військовослужбовців в Україні має відбутися консолідація сил і методів державної, комунальної, приватної та відомчої медицини, які базуються на єдиному медичному просторі. Це відповідає Воєнно-медичній доктрині. Темпи просування та впровадження військово-медичних стандартів у практику військово-медичного забезпечення Збройних Сил України, за словами В. Лівінського. Г. та спів [205] відсутні та не відповідають вимогам Медичного управління ЗС України. Найбільшої актуальності це питання набуває в період досягнення медичною службою Збройних Сил України стандартів медичного обслуговування збройних сил країн-членів НАТО та вимог Кабінету Міністрів України щодо Воєнно-медичної доктрини України. щоб «забезпечити сумісність сил, яка гарантувала б успішне колективне виконання ними завдань [206].

Тривалість і кінцеві результати лікування є значними, а довгострокові наслідки неякісної медичної допомоги важко подолати.

Профілактична увага та орієнтована на пацієнта допомога є найважливішою стратегією для організації медичної допомоги солдатам НАТО [207]. Впровадження моделі охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта, розглядається Всесвітньою організацією охорони здоров'я як найважливіший напрямок розвитку сучасної медицини. Пацієнт-орієнтований підхід став важливою складовою якості медичної допомоги та враховує індивідуальні бажання та цінності пацієнтів при виборі обсягу медичних послуг. Відповідно до рамкової стратегії ВООЗ [208], пацієнти мають стати як учасниками процесу надання допомоги, так і активними партнерами у прийнятті рішень, що реалізується шляхом спільного прийняття рішень.

Організація охорони здоров'я в Україні де пацієнтоорієнтований підхід регулюється Наказом МОЗ № «Порядок надання первинної медичної допомоги» з основною функцією, що передбачає забезпечення населення комплексним та інтегрованим набором послуг, які надаються одним, послідовним і орієнтованим постачальником послуг для кожного пацієнта. Стаття 3 Закону України «Про систему громадського здоров'я» [209] описує 11 принципів, які є основою системи громадського здоров'я в Україні, з них першочерговим є пріоритет підходів, орієнтованих на населення, у забезпеченні послуги з охорони здоров'я та безпеки населення. ВООЗ визнала довгострокові та короткострокові стратегії післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я, ці стратегії базуються на п'яти принципах, з яких важливість орієнтації на пацієнта (орієнтована на людину) є першорядною [210].

У документах, якими керується Міністерство оборони України, у Воєнно-медичній доктрині поняття пацієнтоорієнтованого підходу до охорони здоров'я не визначено, однак важливо в контексті «досягнення сумісності Збройних Сил України, інших складових сил оборони та

держав-членів НАТО» формується вимога створення нового підходу, який фокусується на задоволенні споживачів як складовій якості медичної допомоги [211]. Результати соціологічного дослідження засвідчили бажання та готовність військовослужбовців з ішемічною хворобою серця брати участь у процесі прийняття рішень щодо лікування: 85,6% з них готові спостерігати за станом свого здоров'я та брати участь у процесі прийняття рішень. Було задокументовано, що, за словами медичного персоналу, лікарі не завжди надають їм необхідну інформацію щодо їхнього здоров'я чи призначеного лікування, не завжди надають емоційну підтримку для вирішення проблем зі здоров'ям, що обґрунтовує необхідність підвищення кваліфікації та практичний досвід лікарів щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу, проведення медичного консультування. Для практичного вирішення цього питання на кафедрі військової сімейної медицини-загальної практики запроваджено школу лікарів, яка спеціалізується на лікуванні пацієнтів з ішемічною хворобою серця, які мають супутні захворювання.

Ця школа отримала назву «Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці» (Пацієнти з коронарною хворобою, які мали додаткові захворювання). Для практичної реалізації навичок клінічної емпатії було застосовано тренувальну схему з використанням N.U.R.S.E. [213]. Важливо визнати, що питання реалізації цього підходу є особливо актуальним під час бойових дій, коли гуманність медиків та співчуття до людини відіграють значну роль у формуванні особистих стосунків та налагодженні ефективної комунікації, що впливає на якість медичного обслуговування. Після проведення професійної школи «Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (пацієнти з ішемічною хворобою серця, які мають супутні захворювання)» лікарі зазначають, що з матеріалів школи професіоналів вони отримали корисну інформацію,

зокрема щодо оволодіння медичними технологіями та покращення комунікації в рамках пацієнт-орієнтованого підходу. Увага на кафедрі загальної військової практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії (УВМА) приділяється навчанню студентів пацієнтоорієнтованості щодо профілактичних медичних консультацій та стимулюючих бесід. Під час курсу студенти знайомляться з доказовою медициною, тактичною збереження здоров'я та профілактикою як основним первентивним заходом. Як наслідок, підвищення рівня освіти військових лікарів щодо принципів і цінностей підходу, орієнтованого на пацієнта, слід розглядати як частину зусиль щодо покращення організації охорони здоров'я військовослужбовців.

Медична допомога, орієнтована на пацієнта, передбачає особисту та активну участь військовослужбовців у збереженні здоров'я, що відповідає стандарту медичного захисту НАТО «Доктрина медичного захисту військ». Стандарт НАТО AJMedP-4 пропагує, зокрема, відповідальність військовослужбовців за виконання рекомендацій щодо охорони здоров'я та обережний підхід до збереження фізичного та психічного здоров'я. Тому вкрай важливо залучати військовослужбовців до активної участі у зміцненні здоров'я та профілактиці захворювань. Цей аспект має особливе значення, оскільки дослідження в УВМА продемонстрували низький ступінь дотримання військовослужбовцями вимог здорового способу життя, високий відсоток споживачів тютюну та недостатню налаштованість на лікування [214].

У результаті одна з найважливіших складових збереження і зміцнення здоров'я населення України, зокрема військовослужбовців, є «оздоровленням», передусім це стосується дітей та підлітків, оскільки вони є майбутнім резервом Збройних Сил України. У зміцненні здоров'я, поряд із підходами до комплексного охоплення, використовується підхід,

орієнтований на пацієнта, цей підхід зосереджується на точці зору людини, що полегшує ідентифікацію та вирішення її власних проблем щодо здорового способу життя [215]. Для формування особистісного ставлення військовослужбовців до здоров'я як до першочергового пріоритету необхідне усвідомлення проблем збереження здоров'я та відповідальне ставлення. З метою підвищення рівня знань військовослужбовців щодо сучасних наукових принципів збереження здоров'я, профілактики захворювань, впливу стресу та посттравматичного стресового розладу використовується інформаційний буклет «Збереження здоров'я: що потрібно знати і робити». Для кращого розуміння військовослужбовцями текст написаний зрозуміло, без використання спеціальної термінології. Враховуючи поширеність розвитку посттравматичного стресового розладу в умовах війни, створено окремий підрозділ для вирішення цієї проблеми.

Для більш практичної реалізації посібника використовуються сучасні інформаційні технології – стиль «Путівник у смартфоні». Як наслідок, науково задокументовано застосування пацієнт-орієнтованого підходу для максимізації функціонально-організаційної моделі збереження здоров'я та професійної працездатності військовослужбовців у воєнний та післявоєнний час (тобто сучасні наукові дослідження показали, що кількість В Україні під час конфлікту зросла кількість пацієнтів із психічними розладами, пов'язаними зі стресом, як серед учасників бойових дій, так і серед населення загалом і населення – це гострі стресові реакції, посттравматичні стресові розлади, депресії, тривога, проблеми з адаптацією, психосоматичні проблеми та проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин.

Зростання поширеності посттравматичних стресових розладів, депресії та тривоги також спостерігалось у військовослужбовців, які брали

участь в антитерористичній операції Об'єднаних сил у с 2014-2021 [217]. Показовими є результати дослідження бійців, проведеного у 2023 році за лікарняною шкалою тривоги та депресії. Було задокументовано, що 70% солдатів із коморбідною тривогою та депресією мали травми та стани під час бою, які не були виявлені клінічною оцінкою. Ці стани не вважалися достатньо значущими для включення їх у клінічний діагноз [218]. Тому вкрай важливо, щоб лікарі усвідомлювали наявність психоемоційних розладів і надавали адекватну медичну допомогу. Медичні технологічні документи, які затверджуються МОЗ України, регламентують участь лікарів у наданні медичної допомоги хворим на депресію та посттравматичний стресовий розлад. Функціонування Медичних Сил Збройних Сил України та медичних служб інших складових Сил оборони в єдиному нормативно-правовому полі з питань охорони здоров'я України на основі єдиного медичного простору зумовлює необхідність єдиного підходу.

Вимога щодо застосування чинних у державі стандартів медичного обслуговування під час надання медичної допомоги військовослужбовцям є обов'язковою. Сьогодні в сучасній медицині, зокрема в США та Великобританії, широко використовується практика проактивної інтегрованої консультативної психіатрії, яка передбачає проведення систематичних оглядів усіх медичних карт пацієнтів та їх участь у клінічних оцінках та інтеграцію допомоги з первинною медичною допомогою. Ця модель вже практикується в Україні, враховуючи очікуване зростання психічних розладів серед військовослужбовців під час війни та після неї, ми вважаємо науково виправданим запровадження проактивного інтегрованого підходу до роботи з психіатрією, який оптимізував би функціонально-організаційну модель збереження здоров'я та професійної працездатності військовослужбовців.

Для реалізації підходу проактивної інтегрованої психіатричної допомоги пропонується проводити опитування всіх пацієнтів чоловічої статі, які перебувають на лікуванні чи реабілітації, незалежно від наявності скарг, з метою створення бази даних усіх медико-технологічних документів, які затверджені Міністерством охорони здоров'я України. З метою підвищення рівня знань військових лікарів щодо діагностики та лікування психопатологічних розладів у військовослужбовців, відповідно до принципів доказової медицини, розроблено рекомендації щодо діагностики та лікування цих розладів у військового лікаря загальної практики. Методичні пропозиції включають підходи, регламентовані МОЗ України щодо діагностики, лікування та профілактики депресії, а також останні рекомендації щодо призначення терапевта при виникненні тривожних розладів. Узагальнено пропозиції доказової медицини щодо призначення сучасних антидепресантів лікарями загальної практики при лікуванні асоційованої депресії, тривожності та посттравматичного стресового розладу.

У результаті враховано загальні результати аналізу законодавчих та нормативно-правових документів з питань охорони здоров'я та оборони України, а також документів із стандартизації та медичного забезпечення Збройних Сил України та інших складових Сил оборони. У функціональній моделі збереження здоров'я та професійної працездатності військових як у воєнний, так і в мирний (післявоєнний) час. Ця модель ґрунтується на засадах державної політики у сфері охорони здоров'я та наукових методах регулювання, які передбачають визначення цілей, встановлення об'єктів використання терапевтичних технологій та постачальників, розвиток системного та пацієнтоорієнтованого підходу до охорони здоров'я. Розроблена модель включає заходи, які вже є частиною медичної служби Збройних Сил щодо збереження здоров'я та професійних можливостей

військовослужбовців, а також запроваджує нові компоненти, які функціонально впливають на існуючу систему та сприяють послідовному досягненню мети, яка полягає в організації медичної допомоги на основі єдиного медичного простору, запровадженні принципів пацієнт-орієнтованої допомоги, сприянні інтегрованих психіатричній допомозі на основі стандартів НАТО та використанні медико-технологічних документів від МОЗ України.

Реалізація функціонально-організаційної моделі охорони здоров'я у воєнний та післявоєнний період передбачатиме наступні етапи: 1) на рівні міжгалузевої взаємодії (на основі принципу міжгалузевого підходу «Єдине здоров'я») сприятиме сприянню здоров'я дітей та підлітків як резерв майбутньої мобілізації; 2) на рівні МОЗ, МОН, НАМН, інших відомств і служб усі вони діятимуть за принципом «Єдиного медичного простору», це передбачатиме участь як громадськості, приватні особи, релігійні організації та інші юридичні особи. організації, що мають на меті оздоровлення та зміцнення здоров'я; 3) на рівні військового командування із залученням Збройних Сил України стандартно розроблено загальні маршрути для пацієнтів; 4) на рівні УВМА України: для слухачів УМВА України в навчальному модулі «Доказова медицина. Збереження та профілактика здоров'я» в темі «Консультування з підтримки здорового способу життя» включає навчальні питання про основні принципи пацієнт-орієнтованого підходу, комунікативні навички, клінічна емпатія, мотиваційне інтерв'ювання, визначення індивідуального етапу готовності пацієнта до змін окремих компонентів моделі нездорово поведінка; принципи проактивної інтегрованої психіатричної моделі охорони здоров'я військовослужбовців; та у форматі безперервної післядипломної підготовки лікарів загальної практики військові заклади охорони здоров'я первинної медичної допомоги; 5) на рівні територіальних центрів

комплектування виявлення та контроль факторів ризику у військовослужбовців і призовників, своєчасне направлення на лікування призовників (мобілізованих) з приводу хронічних захворювань; б) на рівні первинної медико-санітарної допомоги військові заклади охорони здоров'я: ресурсне забезпечення первинної медичної допомоги військових закладів охорони здоров'я відповідно до чинних стандартів; організація надання медичної допомоги відповідно до чинних медико-технічних документів з урахуванням вимог стандартів НАТО, впровадження стандартизованих маршрутів пацієнтів; під час проведення щорічних поглиблених медичних оглядів, під час виявлення, моніторингу хронічних неінфекційних захворювань та їх корекції у військовослужбовців, профілактичного консультування на основі ключових компонентів пацієнт-орієнтованого підходу з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. має бути здійснений етап готовності до змін окремих компонентів моделі нездорової поведінки; проведення мотиваційних бесід з військовослужбовцями щодо відмови від шкідливих звичок; залучення військовослужбовців до самоконтролю за станом свого здоров'я шляхом усвідомлення здорового способу життя та особистої відповідальності за своє здоров'я, участь у процесі виявлення та корекції поведінкових факторів ризику, підвищення обізнаності військовослужбовців щодо збереження здоров'я шляхом впровадження інформаційного посібнику для військовослужбовців: «Збереження здоров'я: що потрібно знати і робити», у тому числі залучення військовослужбовців до активної участі в прийнятті клінічних рішень щодо важливості медичних послуг для пацієнта та відповідно до цілей, пріоритетів та уподобань щодо лікування.

4.3 Медичне забезпечення вразливої категорії військовослужбовців та ветеранів ЗСУ, які потребують додаткової уваги

Правила відбору диспансерного контингенту за медичними ознаками розглядаються в Методичних рекомендаціях щодо розподілу військового постачання Збройних Сил України. Однак ці принципи стосуються в першу чергу діючих військовослужбовців Збройних Сил України. Незважаючи на чинне законодавство, ветерани військової служби, учасники бойових дій та причетні до них особи мають право щорічно проходити медичний огляд. Крім того, важливо усвідомлювати, що особливості стану здоров'я, способу та умов життя, а також потреби ВІЛ-інфікованих людей у медико-соціальних послугах вимагають унікального підходу до вибору контингенту потреб для спостереження в диспансері. При виборі умов для активного спостереження, крім медичної необхідності, слід враховувати соціальні характеристики ЛПСД. Критеріями відбору можуть бути: рухова активність; ступінь самообслуговування; необхідність соціальної допомоги.

Групи здоров'я пропонується визначати відповідно до загальної оцінки стану здоров'я та потреби в медико-соціальній допомозі.

I група – «здорові» особи, тобто особи, які не мають захворювань або мають незначні проблем зі здоров'ям, але не мають схильності до розвитку патологій, що впливає на їхню життєдіяльність. Здорові, оцінюють своє здоров'я як «добре». Вони потребують щорічного медичного огляду та отримання відповідних рекомендацій.

II група – «достатньо здорові», особи з хронічними захворюваннями, які істотно не впливають на функціонування органів і систем і незначно впливають на їх працездатність. Активні, зі збереженою здатністю до самообслуговування, вони оцінюють своє здоров'я як «добре» або

«задовільне». Кожного року обов'язкові медичні огляди. Іноді, за рекомендацією лікаря, відвідують профілактичні курси в медичних установах. Особам даного типу обліку пропонується вести здоровий спосіб життя та брати участь у волонтерській діяльності диспансеру.

III група – «хворі з тривалими захворюваннями». Пацієнти з компенсованими хронічними захворюваннями, які зберегли рухливість і здатні до самообслуговування. Стан свого здоров'я вони оцінюють як «задовільний». Кожного року обов'язкові медичні огляди. Періодично за рекомендацією медичного працівника їм проводяться медичні, фізичні та психологічні реабілітаційні процедури в закладах охорони здоров'я та центрах соціального страхування населення.

IV група – «особи з хронічними захворюваннями середнього або дефіцитного характеру, обмеженою рухливістю та нездатністю до самообслуговування». Свій стан здоров'я вони оцінюють як «поганий». Потреба допомоги членів сім'ї або соціального працівника необхідна протягом тривалого або короткого періоду часу. Вони потребують тривалого медичного догляду вдома, а також послуг з медичної, фізичної та психологічної реабілітації вдома, а також допомоги волонтерів. Зазначені особи перебувають під постійним наглядом сімейного лікаря, лікаря медико-соціальної організації закладу та занесені на медичний облік.

V група – «самотні військовослужбовців та ветерани Збройних Сил України», обмежено або нездатні до самообслуговування, довго хворіють і часто потребують допомоги. Вони потребують періодичного медичного догляду вдома, що передбачає медичну, фізичну та психологічну реабілітацію, допомогу соціальних працівників, сестер милосердя Товариства Червоного Хреста України, волонтерів. Зазначені особи перебувають під постійним медичним наглядом сімейного лікаря, лікаря з

організації медико-соціальної допомоги людям та перебувають на медико-соціальному обліку як амбулаторно-поліклінічної служби Міністерства оборони України, так і лікарів.

До категорії осіб, які потребують медико-соціальної допомоги, насамперед у закладах соціального захисту населення, належать: самотні, які не мають членів сім'ї, зобов'язаних їм допомагати та надавати необхідну допомогу; особи, які хронічно та невиліковно хворі (не менше двох місяців) на захворювання, що порушують здатність до самообслуговування та пов'язані з постільним режимом; особи з інвалідністю, які мають стійку втрату працездатності, що підтверджується відповідним висновком.

Виявлено, що сьогодні середня потреба у відновлювальному лікуванні становить у середньому $478 \pm 13,2\%$ для осіб старшої вікової групи та $736,3 \pm 37,5\%$ для осіб пенсійного віку. Проте медична реабілітація на санаторно-курортному етапі сьогодні доступна лише для 4,2% ветеранів Збройних Сил. Таким чином, значущим і перспективним напрямком покращення стану медичної реабілітації в Збройних Силах України є її доповнення до інших напрямів (стаціонар, поліклініка, вдома та направлення до відділень медико-соціальної реабілітації територіальної соціальної служби).

До основних обов'язків кабінету лікувально-профілактичних закладів амбулаторно-поліклінічних закладів Міністерства оборони України належить віднести організацію медичної реабілітації в амбулаторно-поліклінічному закладі, вдома та направлення до відділення медико-соціальної реабілітації.

У своїх дослідженнях на тему медичної реабілітації в амбулаторно-поліклінічних умовах лікар співпрацює з іншими фахівцями, які спеціалізуються на амбулаторно-поліклінічних питаннях (кардіолог,

невропатолог, хірург, фізіотерапевт). Поряд з ними створює індивідуальні плани та програми реабілітації ветеранів Збройних Сил.

При обмеженій фізичній активності пацієнтів, необхідності психологічної допомоги, а також за бажанням пацієнта лікар може повторно направити пацієнта на медико-соціальну реабілітацію.

Особливе право на участь у медико-соціальній реабілітації в ТЦСО мають: інваліди, учасники бойових дій та особи, на яких поширюється дія Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи та віднесеним до учасників аварії на Чорнобильській АЕС присвоєно I, II та III категорії. ветерани військової служби; самотні громадяни, які перебувають у системі військового пенсійного забезпечення.

У відділення в основному приймають людей після завершення гострої фази захворювання, загальний стан яких дозволяє самостійно відвідувати заняття.

Стандартизоване надання медичної допомоги є одним із найефективніших методів впливу держави на якість медичної допомоги військовослужбовцям України та іншим особам Збройних Сил України, що має на меті сприяти оптимальному функціонуванню в системі військової охорони здоров'я за рахунок створенням і впровадженням правил, вимог, технологій і робіт. Проголошення стратегічного шляху, який приведе до повноправного членства в Організації Північноатлантичного договору (НАТО) і початок військового співробітництва з Альянсом, яке здійснювалося в рамках річних цільових [170] створили умови для напрацювання необхідних документів щодо стандартизації, однак через ряд об'єктивних і вагомих причин це відбувається дуже повільно. Ситуація кардинально змінилася з початком у 2022 році повномасштабної збройної агресії російської федерації проти України, яка спочатку була розгорнута

як гібридна війна на сході України, під час якої виникла низка суттєвих проблем із боєздатністю та боєготовністю Збройних сил України. Системні реформи у сфері національної безпеки і оборони України, які розпочалися після цього, поставили перед Збройними Силами України та іншими складовими сил оборони завдання набуття необхідних спроможностей для досягнення сумісності між собою під час спільного виконання завдань. завдань, а також з відповідними службами збройних сил держав-членів НАТО, а одним із шляхів набуття необхідних спроможностей було визначено впровадження стандартів НАТО в національне законодавство та нормативно-правові акти, що регулюють відносини у сфері безпеки та оборони [172-175].

Сьогодні процеси стандартизації у Збройних Силах України набули більш системного характеру і проводяться відповідно до законів України, указів Президента, законодавчих актів, розпоряджень та інших правових актів Кабінету Міністрів України. Процедура стандартизації медичної допомоги та надання її військовослужбовцям відбувається в рамках розроблення та впровадження у Збройних Силах України системи стандартів управління, застосування, навчання та всебічного забезпечення військовослужбовців. Ці стандарти спрямовані на забезпечення сумісності процедур зі збройними силами країн-членів НАТО. Враховуючи це, необхідно навести норми та положення деяких законодавчих та офіційних документів, а також вказівки Міністерства оборони України щодо стандартизації військової техніки Збройних Сил України. У результаті набув чинності Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо військових стандартів» [176], який створив підґрунтя для перегляду законів України щодо оборони та стандартизації. Його імплементація спрямована на регулювання розробки, прийняття, впровадження та розповсюдження військових стандартів, у тому числі тих,

що походять від стандартів НАТО, і мають безпосередню роль у реалізації політики НАТО щодо стандартизації військових процедур. Змінами до Закону України «Про оборону України» [177] відповідно до статті 1 Закону додано нові терміни, зокрема щодо стандартизації військової термінології. Крім того, перелік заходів щодо підготовки держави до оборони в мирний час, визначений статтею 3 Закону, доповнено новим заходом – виконанням військових стандартів. Крім того, обов'язки Міністерства оборони України та Генерального штабу Збройних Сил України щодо розробки та застосування військових стандартів чітко визначені та обмежені. Зокрема, обов'язками Міністерства оборони України є:

- забезпечення правового та нормативного контролю щодо стандартизації;
- створення порядку виконання, прийняття, зміни, скасування та стандартів;
- виділення військового органу стандартизації серед інших підпорядкованих органів військового управління.

Генеральний штаб Збройних Сил України відповідає за розробку та впровадження військових стандартів у сфері своїх повноважень. Змінами до Закону України «Про стандартизацію» [178] трансформовано сферу дії Закону України «Про стандартизацію», вилучено повноваження центрального виконавчого органу орган, до компетенції якого входить формування політики національної безпеки у воєнній сфері, сфері оборони та визначення порядку застосування національних стандартів і кодексів практики для забезпечення оборонних потреб України. Зараз цими питаннями займається Міністерство оборони України. Як наслідок, Законом України «Про внесення змін до деяких законів України щодо військових стандартів» було започатковано запровадження військової стандартизації в Україні, це було зроблено з метою забезпечення

якнайбільшої сумісності Міністерства оборони України та Генерального штабу Збройних Сил України з іншими військовими організаціями, правоохоронними органами та органами виконавчої влади щодо оборони, а також з іншими членами НАТО. Усі ці зміни стосуються системи медичного забезпечення військ, а також інших військових організацій.

Для дотримання вимог законодавства України щодо стандартизації Міністерство оборони України прийняло декілька офіційних правил та положень, які визначають мету військової стандартизації та описують порядок створення та впровадження стандартів у Міністерстві оборони України та Збройних Силах України. Як наслідок, наказом Міністерства оборони України «Про питання військової стандартизації» [179] визнано Положення про стандартизацію та порядок розроблення, прийняття, внесення змін, скасування та відновлення чинності, видання та запровадження військових стандартів. У наказі, зокрема, зазначено, що метою військової стандартизації є:

- досягнення, підтримання та покращення сумісності Збройних Сил України та інших компонентів збройних сил зі збройними силами НАТО та інших держав-членів;
- максимально оптимізація економічної складової;
- забезпечення безпеки та здоров'я цивільного населення;
- збереження довкілля.

Порядок розроблення стандартів у Збройних Силах України регулюється низкою документів нижчого рівня. Ці документи зокрема: визначають термінологію та дають визначення; встановлюють вимоги до створення, оформлення та оформлення військових зразків; подають глосарій скорочень, пов'язаних з документами та публікаціями НАТО;

встановлюють вимоги до створення, позначення та обліку стандартів, а також правила розробки термінології.

У 2016 році в Міністерстві оборони України створено єдину організацію зі стандартизації – Департамент стандартизації, кодифікації та каталогізації, який підпорядкований заступнику Міністра і відповідає за контроль за всім спектром стандартизації. Важливі функції цього офісу полягали у впровадженні законодавчих і нормативних положень щодо відносин між військовими у сфері стандартизації та кодифікації, встановлення порядку розробки, прийняття, зміни, скасування та відновлення стандартів, а також сприяння загальному управлінню та координації діяльності військового управління [180-184].

Процес виконання подібних проектів викладено в Тимчасових інструкціях з організації роботи в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України щодо впровадження стандартів НАТО, ці стандарти розроблено у зв'язку з положеннями Публікація Союзу НАТО AAR-03 «Розробка, підтримка та управління документами НАТО зі стандартизації» [185], які затверджені заступником Міністра оборони України. У цій інструкції зазначено, що стандарти НАТО впроваджуються шляхом створення: законодавчих актів; національних стандартів; офіційних документів, що використовуються у сфері діяльності військ. Усі запропоновані закони чи нормативні акти, які впливають із стандартів НАТО, мають бути затверджені військовою організацією зі стандартизації та відповідними юридичними департаментами. Наказом Міністерства оборони України «Про забезпечення функціонування системи військової стандартизації» [186] визнано Матрицю засобом розподілу відповідальності за співпрацю з НАТО в частині стандартизації та Перелік залучених організацій. Матрицею покладено на органи військового управління Збройних Сил України та організації, що спеціалізуються на

військовій стандартизації, відповідальність за співпрацю з уповноваженими органами управління НАТО або їх структурними підрозділами у сфері стандартизації, а також встановлення мети та окреслення першочергових завдань які здійснюються. Цей перелік містить назви організацій, які спеціалізуються на питаннях стандартизації в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України, а також напрями діяльності цих організацій. Зокрема, Матриця поклала Командування Медичних сил ЗСУ завдання виконувати, спільно з уповноваженим керівним органом НАТО або пов'язаними з ним структурами стандартизації, наступні основні функції:

- організація роботи зі стандартизації в медичній галузі;
- розробка стандартів для військово-медичної галузі;
- моніторинг, координація, оцінка та контроль діяльності робочих груп з медичних стандартів, а також управління їхніми зусиллями щодо розробки, впровадження та публікації медичних стандартів у всіх сферах НАТО;
- збір медичної інформації та звітність за нею; медична розвідка; санітарна обробка поля;
- стандартизація з питань медичного захисту військ (сил) від радіаційної, хімічної та біологічної загрози;
- навчання військовослужбовців з питань охорони здоров'я у військовій сфері для забезпечення плану дій щодо забезпечення високої бойової готовності військ (сил);
- функціонування медичних інформаційних систем і технологій, забезпечення інформаційної безпеки та обміну інформацією шляхом вдосконалення їх загальних принципів, доктрин, концепцій, процедур.

Українську військово-медичну академію (УВМА) включено до переліку організацій, які беруть участь у стандартизації Міністерства

оборони України та Збройних Сил України наказом Міністерства оборони України «Про забезпечення належного функціонування військової система стандартизації», на яку покладено виконання наукових досліджень за такими проблемними напрямками: організація медичного забезпечення; медичні технологічні документи/протоколи; медичне та матеріально-технічне забезпечення; навчання військовослужбовців тактичній медицині та підвищення кваліфікації медичних працівників; медичні інформаційні системи та технології. Для реалізації цих цілей у 2019 році в Науково-дослідному інституті проблем військової медицини УВМА створено відділ еталонно-метричних вимірювань, цей відділ об'єднаний з відділами УВМА, головних медичних спеціалістів Командування Збройних Сил України. Сьогодні стандарти НАТО, необхідні Міністерству оборони України та Збройним Силам України, визнані військовими (військово-медичними) стандартами шляхом перевидання та підтвердження. Крім того, використовується трирівнева система дотримання військових (військово-медичних) стандартів: ідентичний, змінений і неідентичний. Спосіб приймання обирається органом військового управління, відповідальним за кожен зразок окремо, враховуючи конкретні бажання та обставини. Повертаючись до основної мети та звіту, важливо зазначити, що впровадження військових технологій у секторі охорони здоров'я України та інших військових організаціях сучасної епохи призвело до розробки протоколів для лікування ран і надання медичних послуг, ці послуги тепер є стандартними в медичній галузі. Це було досягнуто за допомогою операційної цілі Стратегічного оборонного бюлетеня України, який був санкціонований Указом Президента України 6 червня 2016 року. Крім того, незважаючи на те, що поставлені завдання в цьому Стратегічному оборонному бюлетені не виконано в повному обсязі, а терміни їх виконання вичерпано, розроблення та впровадження стандартів у Збройних

Силах України та інших військових організаціях продовжується, що визначено новим Стратегічним оборонним бюлетенем України (2021) [187]. У Стратегії національної безпеки України зазначено, що з метою зміцнення особливого зв'язку з НАТО та набуття повноправного членства в Організації Північноатлантичного договору Україна має намір досягти найбільшого ступеня оперативної сумісності між Збройними Силами України та іншими акторами безпеки оборонного сектору в найкоротші терміни. Стратегія воєнної безпеки України описує цілі, пріоритети та відповідальність за реалізацію політики державної безпеки та оборони. Сили оборони України мають базуватися на національних та євроатлантичних цінностях, які є сумісними з відповідними організаціями членів НАТО та можуть зробити значний внесок в операції НАТО. У Військово-медичній доктрині України, яка затверджена відповідною постановою Уряду [188], одним із першочергових завдань медичного забезпечення військ є розробка та реалізація єдиного підходу до збереження здоров'я військовослужбовців, а також відновлення їх здатність вести боротьбу та надавати їм медичну допомогу в разі поранення чи захворювання. Призначення та роль стандартів у системі військової охорони здоров'я, а також місія їх розробки та впровадження також задокументована в доктрині та протоколах з охорони здоров'я військових та медичного забезпечення військ, зокрема, Збройних Сил України. У зв'язку з цим у Військовій доктрині медичного забезпечення Сил оборони [189] зазначено, що загальні принципи, правила і положення щодо організації та порядку медичного забезпечення здійснюються відповідно до закону.

Вони розроблені та застосовуються на основі законів про охорону здоров'я, стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) і клінічних протоколів, військово-медичних стандартів, а також Принципів і політики

НАТО щодо медичного забезпечення. У доктрині «Медичні сили Збройних Сил України» зазначено, що Медичні сили є учасниками єдиного медичного простору країни. За допомогою відповідних медичних процедур та клінічних протоколів, а також шляхом залучення системи охорони здоров'я цивільного населення до надання медичної допомоги військовослужбовцям. Одним із принципів військової охорони здоров'я в Україні, згідно з Доктриною військового здоров'я в Україні, є здійснення лікувально-профілактичних заходів, які відповідають національним медичним стандартам і протоколам клінічних досліджень [191].

Стратегія розвитку Медичних Сил Збройних Сил України на період до 2035 року, яка описує довгострокові цілі, які мають на меті поетапне створення Медичних Сил майбутнього, передбачає розробку та впровадження сучасних ефективних медичних технологій, що забезпечують охорону здоров'я, лікування та реабілітацію. Водночас, уже на першому етапі Стратегії (2020-2025 рр.) було створено план розвитку вітчизняних стандартів медичного забезпечення збройних сил відносно країн-членів НАТО, метою якого було мати ці стандарти до кінця року. Очікувалося, що ці стандарти повністю задовольнять медичні потреби військ і будуть сумісні з іншими службами збройних сил країн-членів НАТО. Важливо зазначити, що завдання Стратегії розвитку Медичних Сил Збройних Сил України, яка була затверджена у 2020 році, повністю узгоджуються з планом пріоритетних дій Уряду на 2023 рік, який спрямований на інтеграцію до НАТО та ЄС. Однією з першочергових цілей дій Уряду є «збільшення поширеності стандартів НАТО» [193]. Наразі стандартизація Збройних Сил України, зокрема в частині їх медичного забезпечення, проводиться за принципами стандартів НАТО, ці стандарти передбачають:

- виконання комплексу заходів, які включають вивчення та прийняття рішень щодо застосування стандартів (норм, вимог) НАТО до конкретної ситуації;

- прийняття стандарту для безпосереднього застосування або розроблення окремого законодавчого акта чи документа з військової стандартизації (доповнення та зміни до чинних документів), введення його в дію в установленому порядку та використання в діяльності складових безпеки і оборони. сектора України.

На даний момент видано 25 документів (разом з наказами, методичними вказівками, стандартами, методичними рекомендаціями, інструкціями, збірниками описів), що були впроваджені в галузі медичного забезпечення Збройних Сил України, вони походять від найважливіших стандартів медичного забезпечення для членів НАТО і, незважаючи на різноманітність назв, використовуються Збройними Силами України як медичні стандарти. З метою збереження життя та здоров'я військовослужбовців, зокрема за умов хімічної, біологічної, радіаційної та ядерної небезпеки, створено та впроваджено стандарти НАТО з медичної профілактики.

Ефективність медичного обслуговування військових та якість надання медичної допомоги пораненим, постраждалим і хворим, а також відповідна підготовка медичного персоналу та навчання військових тактичній медицині залежить від забезпечення стаціонарними та мобільними засобами. Медичні заклади та підрозділи, які мають необхідне медичне забезпечення та комплектне обладнання виконують свої функції набагато ефективніше. Методи надання першої допомоги, що носять долікарський характер, забезпечують виживання поранених на полі бою в перші хвилини після поранення. Для цього стандарти НАТО були дотримані та впроваджені в ЗСУ. Це призвело до розробки стандарту

забезпечення медичним приладдям і комплектним обладнанням. У збройних силах держав-членів увага приділяється розробці та впровадженню стандартів військово-медичної освіти та підготовки військовослужбовців з тактичної медицини, а також підготовки стандартів медичних закладів. Крім того, як уже зазначалося, значна частина цих документів позбавлена найменування стандарту, оформлена не згідно з вимогам військових стандартів і не зареєстровані в органах військової стандартизації, що вимагатиме додаткових зусиль для їх належного оформлення як військових стандартів.

Слід розуміти, що розробка та впровадження військово-медичних стандартів має свої позитивні моменти: сприяє систематичному підвищенню спроможності Медичних Сил Збройних Сил України та їх здатності взаємодіяти з військовими та медичними службами інших держав. країн, це також сприяє ефективному використанню державних ресурсів у сфері охорони здоров'я, покращує підготовку медичних формувань, що входять до складу міжнародних військових організацій, підвищує авторитет України на міжнародному рівні. Також об'єктивно доведено, що після впровадження «стандарту підготовки» для всіх військовослужбовців зросла обізнаність медичного та немедичного персоналу щодо найнебезпечніших аспектів бойової травми, як наслідок – якість догоспітальної допомоги. посилено допомогу пораненим бійцям, зменшилася смертність від бойових травм, навчено особовий склад прийомам надання першої медичної допомоги з використанням індивідуальних та групових засобів нового вміст сприяв покращенню віддалених результатів лікування воїнів.

Робоча програма військової стандартизації на наступні 3 роки [198] передбачає розробку та впровадження 51 стандарту медичного забезпечення Збройних Сил України та інших складових сил оборони, які

будуть впроваджуватися відповідно до тих же стандартів медичного забезпечення. підтримка членів НАТО. Проте у зв'язку з введенням в Україні воєнного стану виконання програми тимчасово призупинено, терміни виконання запланованих заходів подовжено, а терміни їх виконання перенесено на період після закінчення (скасування) воєнного стану. Однак у квітні 2023 року починання було відновлено.

Передбачено створення та впровадження близько 100 стандартів, які сприятимуть медичному забезпеченню Збройних Сил України відповідно до найважливіших стандартів медичного забезпечення збройних сил НАТО. Це підвищить ефективність системи медичного забезпечення Збройних Сил України. Висновки дослідження є актуальними з огляду на необхідність і можливість розвитку системи військово-медичного забезпечення (системи військово-медичних стандартів) Збройних Сил України та інших складових сил оборони. Передбачено створення та впровадження вітчизняних стандартів охорони здоров'я, а також впровадження міжнародних стандартів, принципів і політики щодо охорони здоров'я НАТО.

Висновки до розділу 4

Стандартизоване надання медичної допомоги є одним із найефективніших способів впливу держави на якість медичної допомоги військовослужбовцям. Для цього в Україні створена законодавча та нормативна база для врегулювання даної компоненти. Функціонування Медичних Сил Збройних Сил України та медичних служб інших складових Сил оборони в єдиному законодавчому та нормативно-правовому полі з питань охорони здоров'я України на основі єдиного медичного простору зумовлює необхідність обов'язкового застосування стандартів медичної

допомоги, прийнятих в державі. Створення стандартів медичного забезпечення Сил оборони України та інших складових частин Збройних сил України (військово-медичних стандартів) здійснюється шляхом вивчення стандартів медичного забезпечення держав-членів НАТО та впровадження їх у Збройні сили України.

Проведено якісний аналіз стандартів НАТО, які різним чином впроваджуються в діяльність Медичних Сил Збройних Сил України. Враховуючи особливості надання медичної допомоги військовим у бойових діях, які принципово відрізняються від типової ситуації, виникає необхідність у створенні системи медичних стандартів для армії, які стосуються застосування зброї масового ураження. Функціонально-організаційна модель збереження здоров'я та працездатності військовослужбовців як у воєнний, так і в мирний (післявоєнний) час базується на комплексному та системному підході до організації охорони здоров'я, який передбачає створення єдиного медичного простору, який присвячена вирішенню медичних проблем, запровадженню моделі охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта, а проактивна інтеграція психіатричної допомоги в систему охорони здоров'я має на меті максимізувати ефективність медичної та профілактичне обслуговування військовослужбовців відповідно до сучасних правил доказової медицини, медичних стандартів НАТО та медико-технічної документації МОЗ України.

Теоретично обґрунтовані функціонально-концептуальні підходи, що мають перспективне спрямування для розвитку функціональної організаційної моделі охорони здоров'я та професійної діяльності військовослужбовців як у воєнний, так і в повоєнний час (що стосується всіх складових: правової, організаційної, кадрової, матеріально-технічної, інформаційної, комунікаційної, контролю, моніторингу та оцінки

діяльності системи на галузевому рівні). Розглянуто декілька рівнів реалізації функціонально-організаційної моделі збереження здоров'я та професійних здібностей військових як у воєнний, так і в післявоєнний період, а саме: на рівні взаємодії різних секторів на рівні МОЗ, Міноборони, НАН України, інших організацій і служб.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження було вирішено наукове завдання щодо обґрунтування теоретико-методологічних засад вдосконалення системи охорони здоров'я військовослужбовців і ветеранів ЗСУ.

1. Актуальність дослідження обґрунтовується необхідністю цілеспрямованих змін у системі охорони здоров'я та соціального забезпечення, адже поточний стан цієї системи визнано неоптимальним відповідно до нових економічних та політичних умов, пов'язаних з веденням повномасштабної війни Збройними Силами України в умовах вторгнення держави-агресора, що призвело до збільшення захворювань, поранень та інвалідності військовослужбовців. Результатом дослідження стали рекомендації оптимізації процесів інтеграції та координації в системі охорони здоров'я України.

2. На даному етапі розвитку важливість здоров'я є першочерговою, мета його збереження та зміцнення є фундаментальною, особливо в контексті виміру громадського здоров'я як суспільної потреби. Це призводить до нового розуміння ролі науки і практики в державному управлінні як засобу організації як процедур, так і органів, які б забезпечували цю потребу, а також як простору для формування нових ціннісних основ. Складні умови сьогодення призвели до того, що стан охорони здоров'я в Україні не відповідає ні запитам суспільства, ні вимогам часу. Зазначене зумовлює необхідність реформування системи військової охорони здоров'я як складової системи охорони здоров'я населення України, для досягнення мети наближення до європейських стандартів. Україна, яка йде шляхом інтеграції до європейського та інших суспільств, історично перебувала у фактичному дихотомічному стані та не була до кінця однорідна у векторі руху та розвитку. Сьогодні держава має високий ступінь залежності від зовнішніх сил і потребу у максимальному

використання свого потенціалу, насамперед з огляду на обмежену кількість доступних медичних ресурсів.

На основі аналізу нормативно-правового, організаційного механізмів публічного управління у сфері надання медичних послуг військовослужбовцям та ветеранам ЗСУ, можна говорити про їх потенціал та спроможність, яка теоретично визначається величиною порогового навантаження на них в умовах воєнного стану. Як наслідок, для досягнення стратегічної мети збереження здоров'я військовослужбовців і ветеранів Збройних Сил, максимальної ефективності медичного забезпечення військ необхідним є об'єднання ресурсів і зусиль медичних служб і цивільних систем охорони здоров'я. Це буде досягнуто шляхом інтеграції системи медичного забезпечення військових в єдиний медичний простір України, що призведе до раціонального та ефективного використання можливостей закладів охорони здоров'я.

3. Проведене дослідження потенційної ефективності системи охорони здоров'я населення в частині створення системи медичного забезпечення в рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я населення України дозволило зробити висновок, що держава має потенціал для успішної реалізації наміченої мети. Потенціал ринку медичних послуг в Україні достатньо великий для створення функціональної системи. Сьогодні найважливішим пріоритетом створення медичного простору для військових та ветеранів ЗСУ є: оптимізація та адаптація законодавчої та нормативно-правової бази, проведення окремого зовнішнього оцінювання діяльності спеціалістів, створення системи відбору медичних та управлінських кадрів та їх прозоре призначення на посади. Загалом існує нагальна потреба просувати реформи до європейської моделі, що передбачає складний перехід до нового формату ринку медичних послуг.

В умовах війни в Україні кожен військовослужбовець вважається надзвичайно важливим як військовий спеціаліст, вимоги до його роботи,

здоров'я значно зростають. За цих умов зростає відповідальність медичної служби за якість відбору військових, стан їх здоров'я, проведення щоденних медичних оглядів, за своєчасне, у разі потреби, надання медичних та реабілітаційних послуг.

Раціональною, економічно вигідною, доцільною та перспективною для високого рівня ефективності та функціональної усієї медичної системи вважається функціонально-організаційна модель охорони здоров'я військовослужбовців, яка базується на єдиному медичному просторі та використовує ресурси цивільних закладів охорони здоров'я в особливий період.

4. Обґрунтована модель інтеграції та координації в медико-соціальній системі, основою якої є поєднання складових існуючої системи медичного забезпечення з організацією спеціалізованих кабінетів у військових лікувально-профілактичних закладах, плануванням та проведенням диспансеризації, медичної реабілітації, ведення медико-соціального обліку та організації безпосередньої взаємодії зі службами соціального захисту населення, що дозволяє інтегрувати та координувати використання ресурсів охорони здоров'я та послуг соціального захисту. Перевага цієї інтеграції полягає в тому, що вона забезпечує гнучкість і здатність змінювати систему відповідно до реальних умов життя та вимог воєнного стану. Функціонально-організаційна модель охорони здоров'я військовослужбовців на основі єдиного медичного простору офіційно легітимізована нормативно-правовими актами України, доктриною та методиками Міністерства оборони України, Головнокомандувача Збройних Сил України та Генерального штабу Збройних Сил України.

У процесі розбудови медичного забезпечення за логікою даної моделі варто посилити її ресурсність, зокрема засоби (адміністративні, організаційні, економічні, правові, соціально-психологічні) та технологічні способи впливу, контролю у медичній системі. На відміну від попередніх

форм модернізації, запропонована модель дозволяє здійснювати інтегрований комплексний вплив на всі напрямки діяльності: це і потенціал цивільного захисту здоров'я, і самозабезпечення суспільства, що призводить до зниження рівня захворюваності, зменшення рівня інвалідизації, скорочення періоду повернення поранених (хворих), розширення функціоналу мережі денних і стаціонарних закладів.

На створення медичного простору для військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України додатково впливають особливості військової медицини та функціонування армії. Відтак, реалізація стратегічних завдань військової охорони здоров'я у Збройних Силах України у контексті створення ефективної системи можлива лише за допомогою міжвідомчого підходу. Однією з першочергових проблем є об'єднання всіх дій в напрямку єдиного вектору, який детермінує здоров'я як складне явище, суть якого полягає не у вирішенні проблем дефіциту, а у створенні системи, яка запобігатиме виникненню проблем і буде зосереджена на профілактиці.

Новизна дослідження полягає в запропонованому теоретико-методологічному підході до планування реалізації заходів щодо створення цілісної медичної системи в рамках єдиного медичного простору України. На відміну від існуючих методів, запропонований підхід є специфічним для конкретної локації, гарантує його ефективність за наявності фінансової невизначеності у зовнішньому середовищі. Ми вважаємо оптимізаційне планування потужним засобом реалізації місії розбудови системи охорони здоров'я військових та ветеранів Збройних Сил України в сучасних несприятливих умовах. У дисертації продемонстровано можливості оптимізації державного регулювання ринку надання медичних послуг військовослужбовцям та ветеранам Збройних Сил України. У своїй сукупності державне управління розвитком ринку медичних послуг має

включати державне регулювання, муніципальне (регіональне) управління ринком та партисипаторний вплив громадськості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002. Report of the Second World Assembly on Ageing Madrid, 8-12 April 2002. United Nations New York, 2002. Режим доступу: http://www.un.org/ageing/madrid_intlplanaction.html
2. Ebrahim S. Agein, health and society / S. Ebrahim // Int.J.Epidemiol. 2002. 31, №4. P. 715-718.
3. Population agein 2006 / United Nations publication, Sales № E.06.XIII.2. Режим доступу: <http://www.un.org/esa/population/publications/age>
4. Wilson M. Looking forward to a general theory on population aging. Commenyary: Clash of the Titans: death, old age and the devil's advocate / M. Wilson, M. Robine, S. Mishel //J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci. 2004. 59. № 6. P. M612-M615.
5. World population aging 2007. New York: United Nations. Режим доступу: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/wpp2007.htm>
6. World population aging 1950-2050. New York: United Nations. 2002. 483 p. Режим доступу: <http://www.un.org/esa/population/publications/>
7. Розподіл постійного населення України за статтю та віком. Станом на 1 січня 2007 року. Статистичний збірник. К.: Державний комітет статистики України, 2007. 416 с.
8. Пономаренко В. М. Аналіз медико-демографічних характеристик країн пострадянського простору і країн членів Євросоюзу на основі мета-аналізу міжнародних баз даних / В. М. Пономаренко, О. М. Очередько, В. П. Клименюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2006. №3. С. 62-75.
9. Безруков В. В. Стан здоров'я і надання медичної допомоги літнім людям. / В. В. Безруков, Н. В. Вержиковська, Чайковська. В. В. // Вісник

- соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000. № 3. С. 53-60.
10. Підготовка волонтерів для роботи з людьми літнього віку: [навч. посіб. / упоряд.: Л. Стадник, В. Чайковська]. К., 2006. 144 с.
 11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під ред. Ю. В. Вороненка та В. Ф. Москаленка. Тернопіль.: „Укрмедкнига”, 2000. 673 с. С. 269-270; 133-134; 157-158. ISBN 966-7364-81-X.
 12. Медико-демографічна ситуація як індикатор громадського здоров'я центрального регіону України / С. С. Карташова, І. А. Бондарень, В. В. Елагін [та ін.] // Медичні перспективи. 2005. Т.Х. №1. С. 122-127.
 13. Buescher P. Years of Potential Life Lost in North Carolina / P. Buescher // North Carolina Medical Journal (NCMJ) 2002. №2. Vol. 63. Режим доступу: www.ncmedicaljournal.com
 14. Гайдаєв Ю. О. Дослідження демографічних процесів та проблем системи охорони здоров'я України / Ю. О. Гайдаєв // Укр.мед.часопис 2007. №5. Т. 61 С. 3-8.
 15. World Health Statistics 2007/World Health Statistics Organization. Geneva: WHO, 2007. 86 p. (World Health Organization).
 16. World Health Statistics 2009/World Health Statistics Organization. Geneva: WHO, 2009. 147 p. (World Health Organization).
 17. Галієнко Л. І. Порівняльний аналіз сучасної демографічної ситуації в Україні та країнах Європейського регіону / Л. І. Галієнко // Охорона здоров'я України. 2008. №1 (29). С. 45-51.
 18. Чайковська В. В. Геріатрична допомога населенню України: сучасний стан та перспективи розвитку / В. В. Чайковська // Журнал практичного лікаря. 2007. № 5-6. С. 2-5.
 19. Медико-демографічний атлас України /В. П. Войтенко, В. В. Поворознюк Київ. 2003: Фіто центр, 2003. 38 с.

20. Карташова С. С. Методологія оцінки здоров'я: співставлення результатів, отриманих за допомогою інтенсивних показників та показників потенційної демографії / С. С. Карташова, О. І. Тимченко // Довкілля та здоров'я. 2009. №1 (48). С. 24-29.
21. Безруков В. В. Передчасна смертність в Україні: чинники формування і шляхи подолання / В. В. Безруков, Н. А. Фогт // Журн. АМН України. 2007. Т.13. № 3. С. 503-515.
22. Безруков В. В. Старіння // Вісник фармакології та фармації. 2008. № 9. С. 9-14.
23. World Population Prospects. The 2006 Revision Executive Summary Department of Economic and Social Affairs Population Division ST/ESA/SER.A/261/ES United Nations New York, 2007. Режим доступу: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/English.pdf>
24. Human Development Report 2007/2008 Copyright (United Nations Development Programme, New York, 10017, USA). Режим доступу: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/> ISBN 978-0-230-54704-9
25. Chronic Disease Epidemiology Surveillance and Evaluation. Florida Department of Health. Режим доступу: www.floridashealth.com.
26. CSG is partnerships to promote public health. Trends Alert-Costs of Chronic Diseases: What Are States Facing? // Table of Contents. 2006 Officer. с.23. Режим доступу: <http://www.healthystates.csg.org/NR/rdonlyres/DA24108E-B3C7-4B4D-875A-74F957BF4472/0/ChronicTrendsAlert120063050306.pdf>
27. Безруков В. В. Організація довготривалої допомоги людям літнього віку / В. В. Безруков, Н. В. Вержиковська, В. В. Чайковська // Журн. АМН. України. 2005. 11. №2. С.326-345.

28. Вікова поліморбідність і медикаментозна терапія: матеріали наук.-практ. конф., 11-12 жовт. 2007 р. / Ін-т геронтології АМН України. К.: 88 с.
29. Lee J. Medical illnesses are more important than medications as risk factors of falls in older community dwellers? A cross-sectional study / J. Lee, T. Kwok, P. Leung, J. Woo // *Age and Ageing* 2006 35(3):246-251; Режим доступу: <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/>
30. Rossi M. Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. / M. Rossi, A. Young, R. Maher [et al.] // *Am. J. Geriatr. Pharmacoter.* 2007 Dec; 5 (4): 314-316.
31. Pilotto A. Comorbidity and polypharmacy in elderly / A. Pilotto, M. Franceschi, V. Niro [et al.] // *J. Gerontol.* 2005. № 53. P. 57-62.
32. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid disease implications for pay for performance / C. M. Boyd, J. Darer, C. Boult [et al.] // *JAMA* 2005; 294: 716-724.
33. Безруков В. В. Стандарти лікування та формуляри лікарських засобів для гериатрії / В. Безруков, Л. Купраш // *Вісник фармакології та фармації*. 2008. № 11-12. С. 46-49.
34. Голик Л. А. Система оптимізації медичної допомоги в Збройних Силах України (наукове обґрунтування та реалізація): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.02.03 „Соціальна медицина” / Л. А.Голик. 2004. 45 с.
35. Disability and rehabilitation who action plan 2006-2011. Режим доступу:http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf.
36. "Disability, including prevention, management and rehabilitation": WHA Resolution (WHA58.23) Режим доступу: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-en.pdf.

37. Support for UK Veterans [Електронний ресурс] // The Commons Library. 2022. Режим доступу до ресурсу: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7693/CBP-7693.pdf>.
38. Afghanistan statistics: UK deaths, casualties, mission costs and refugees [Електронний ресурс] // House of Commons Library. 2021. Режим доступу до ресурсу: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9298/>.
39. Велика Британія офіційно оголосила про виведення військ з Афганістану [Електронний ресурс] // Слово і Діло. Аналітичний портал. 2021. Режим доступу до ресурсу: <https://www.slovoidilo.ua/2021/07/09/novyna/svit/velyka-brytaniya-oficijno-oholosyla-pro-vyvedennya-vijsk-afhanistanu>.
40. Afghanistan statistics: UK deaths, casualties, mission costs and refugees [Електронний ресурс] // House of Commons Library. 2021. Режим доступу до ресурсу: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9298/>.
41. Statistics [Електронний ресурс] // Career Transition Partnership. 2022. Режим доступу до ресурсу: <https://www.ctp.org.uk/>
42. Annual Population Survey: UK Armed Forces Veterans residing in Great Britain, 2017 [Електронний ресурс] // Ministry of Defence. 2019. Режим доступу до ресурсу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/774937/20190128_-_APS_2017_Statistical_Bulletin_-_OS.pdf.
43. Veterans Factsheet 2020 [Електронний ресурс] // The Office for Veterans' Affairs. 2020. Режим доступу до ресурсу: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads>

- s/attachment_data/file/874821/6.6409_CO_Armed-Forces_Veterans-Factsheet_v9_web.pdf.
44. Veterans Factsheet 2020 [Электронный ресурс] // The Office for Veterans' Affairs. 2020. Режим доступа до ресурсу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/874821/6.6409_CO_Armed-Forces_Veterans-Factsheet_v9_web.pdf.
 45. Veterans Factsheet 2020 [Электронный ресурс] // The Office for Veterans' Affairs. 2020. Режим доступа до ресурсу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/874821/6.6409_CO_Armed-Forces_Veterans-Factsheet_v9_web.pdf.
 46. Offender management statistics quarterly [Электронный ресурс] // Ministry of Justice, HM Prison Service, and HM Prison and Probation Service. 2020. Режим доступа до ресурсу: <https://www.gov.uk/government/collections/offender-management-statistics-quarterly>.
 47. The ex-Service community [Электронный ресурс] // Royal British Legion. 2014. Режим доступа до ресурсу: <https://www.britishlegion.org.uk/get-involved/things-to-do/campaigns-policy-and-research/policy-and-research/the-uk-ex-service-community-a-household-survey>.
 48. Rough sleeping in London (CHAIN reports) [Электронный ресурс] // London Datastore. Режим доступа до ресурсу: <https://data.london.gov.uk/dataset/chain-reports>.
 49. Veterans Factsheet 2020 [Электронный ресурс] // The Office for Veterans' Affairs. 2020. режим доступа до ресурсу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/874821/6.6409_CO_Armed-Forces_Veterans-Factsheet_v9_web.pdf.

50. Armed Forces Covenant [Электронный ресурс] // Official site. Режим доступа до ресурсу: <https://www.armedforcescovenant.gov.uk/>.
51. The Strategy for our veterans. Valuede. Contributing. Supported [Электронный ресурс] // the Secretary of State for Defence by Command of Her Majesty. 2018. Режим доступа до ресурсу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/755915/Strategy_for_our_Veterans_FINAL_08.11.18_WEB.pdf.
52. Veterans' Strategy Action Plan: 2022 to 2024 [Электронный ресурс] // Office for Veterans' Affairs. 2022. Режим доступа до ресурсу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1103936/Veterans-Strategy-Action-Plan-2022-2024.pdf.
53. Office for Veterans' Affairs [Электронный ресурс] // UK Government. Режим доступа до ресурсу: <https://www.gov.uk/government/organisations/office-for-veterans-affairs/about>.
54. Help for service leavers from Defence Transition Services [Электронный ресурс] // Ministry of Defence and Veterans UK. 2020. Режим доступа до ресурсу: <https://www.gov.uk/guidance/help-and-support-for-service-leavers-and-their-families>.
55. Veterans' Gateway [Электронный ресурс] // Official site. Режим доступа до ресурсу: <https://www.veteransgateway.org.uk/>.
56. Combat Stress [Электронный ресурс] // Official site. Режим доступа до ресурсу: <https://combatstress.org.uk/>.
57. Ex-forces entrepreneurs: How veterans can start and grow businesses [Электронный ресурс] // Startups. 2022. Режим доступа до ресурсу: <https://startups.co.uk/blog/ex-forces-entrepreneurs/>.

58. Ex-forces entrepreneurs: How veterans can start and grow businesses [Електронний ресурс] // Startups. 2022. Режим доступу до ресурсу: <https://startups.co.uk/blog/ex-forces-entrepreneurs/>.
59. What Support is Available for Military Veterans Starting a Business? [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://www.companydebt.com/what-support-is-available-for-military-veterans-starting-a-business/>.
60. Veteran Owned UK [Електронний ресурс] // Official site. Режим доступу до ресурсу: <https://veteran-owned.uk/about/>.
61. What Medical Benefits are Available for Veterans and Their Families? [Електронний ресурс] // Benefits.gov. 2021. Режим доступу до ресурсу: <https://www.benefits.gov/news/article/429>.
62. Veterans Factsheet 2020 [Електронний ресурс] // The Office for Veterans' Affairs. 2020. Режим доступу до ресурсу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/874821/6.6409_CO_Armed-Forces_Veterans-Factsheet_v9_web.pdf.
63. Canadian Veterans with Disabilities, 2017 [Електронний ресурс] // Statistics Canada. 2019. Режим доступу до ресурсу: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2019077-eng.htm>.
64. Australian Defence Veterans' Covenant [Електронний ресурс] // Australian Government. Режим доступу до ресурсу: <https://recognition.dva.gov.au>.
65. VA Loans [Електронний ресурс] // Military.com. Режим доступу до ресурсу: <https://www.military.com/money/va-loans>.
66. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

67. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII.
68. Положення про Міністерство у справах ветеранів України, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2018 № 117581
69. Інформаційна довідка до засідання Громадської ради при Міністерстві у справах ветеранів України від 30.11.2021. URL: <https://drive.google.com/file/d/1bUDJCosJxik5AX4ZLTHuPmdtutB28bhX/view> (дата звернення: 01.11.2022).
70. Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України: Постанова Каб. Міністрів України від 12.06.2020 р. №471. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/471-2020-п#Text> (дата звернення: 03.07.2023).
71. Про обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення: Постанова Каб. Міністрів України від 05.08.1994 р. №532. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/532-94-п#Text> (дата звернення: 09.05.2022).
72. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. №504: станом на 22 груд. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 09.05.2022).
73. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань: Постанова Каб. Міністрів України від 17.08.1998 р. №1303: станом на 14 серп. 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-п#Text> (дата звернення: 09.05.2022).
74. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення: Постанова Каб. Міністрів України від

- 25.03.2009 р. №333. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-p#Text> (дата звернення: 09.05.2022).
75. Інформаційна довідка до засідання Громадської ради при Міністерстві у справах ветеранів України від 30.11.2021. URL: <https://drive.google.com/file/d/1bUDJCosJxik5AX4ZLTHuPmdtutB28bhX/view> (дата звернення: 09.05.2022).
76. Про внесення змін у додаток 2 до постанови Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 №1303: Проект постанови Каб. Міністрів України від 28.10.2020. URL: <https://mva.gov.ua/ua/npa/proyekt-postanovi-kabinetu-ministrivukrayini-pro-vnesennya-zmin-u-dodatok-2-do-postanovi-kabinetu-ministriv-ukrayini-vid-17-serpnya-1998-r-1303> (дата звернення: 09.05.2022).
77. Урядова програма “Доступні ліки”. Міністерство охорони здоров’я України. URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liky> (дата звернення: 09.05.2022).
78. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році: Постанова Каб. Міністрів України від 29 грудня 2021 року №1440. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#top> (дата звернення 18.03.2023).
79. Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення: Паспорт бюджетної програми на 2021 рік №2308060, затверджений Наказом МОЗ від 25.02.2021 №352. URL: <https://moz.gov.ua/article/economicsand-finance/nakaz-moz-ukraini-vid-30122021--2946-pro-vnesennja-zmin-do-pasporta-bjudzhetnoi-programi-na2021-rik> (дата звернення 18.03.2023).
80. Про Державний бюджет України на 2022 рік: Закон України від 02.12.2021 №1928-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1928-20#top> (дата звернення 18.03.2023).

81. Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України: Наказ МОУ від 14.08.2008 №402. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#top> (дата звернення 19.03.2023).
82. Стратегічний оборонний бюлетень України: Указ Президента України від 17.09.2021 №473/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/473/2021#n11> (дата звернення 18.03.2023).
83. Про затвердження паспортів бюджетних програм на 2021 рік: Наказ МОУ від 13.02.2021 №42. URL: https://www.mil.gov.ua/content/mou_orders/mou_2021/42_nm.pdf (дата звернення 17.12.2021).
84. Про внесення зміни до статті 13 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” щодо посилення соціального захисту окремих категорій осіб з інвалідністю внаслідок війни: проєкт Закону від 29.08.2019 №1198. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=66502 (дата звернення 07.10.2022).
85. Про внесення зміни до статті 13 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” щодо посилення соціального захисту окремих категорій осіб з інвалідністю внаслідок війни: Закон України від 20.12.2019 №431-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/431-IX#Text> (дата звернення 09.12.2021).
86. Що було зроблено Верховною Радою 9 скликання для ветеранів та військових у 2019 році? ГО “ВПО” Юридична сотня”. Аналітичний звіт. 2019. 12 с. URL: https://legal100.org.ua/wp-content/uploads/2019/12/zvit_rada_9.pdf (дата звернення 09.12.2021).

87. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги:
Наказ МОЗ від 19.03.2018 №504. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#top> (дата звернення
09.12.2021).
88. Медична допомога у госпіталях ветеранів війни: які послуги можна
отримати за Програмою медгарантій. Національна служба здоров'я
України. URL: [https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/daily-
news/medichna-dopomoga-ugospitalyah-veteraniv-vijni-yaki-poslugi-59](https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/daily-news/medichna-dopomoga-ugospitalyah-veteraniv-vijni-yaki-poslugi-59)
(дата звернення 09.12.2021).
89. Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти
в закладах охорони здоров'я для ветеранів війни: Постанова Каб.
Міністрів України від 27.01.2016 р. №34. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2016-п#Text> (дата звернення:
09.12.2021).
90. У ветерана війни, як правило, існує “букет” хвороб: поєднання
фізичних, психічних та медико-соціальних проблем”, Всеволод
Стеблюк. АрміяInform. URL: [https://armyinform.com.ua/2020/09/u-
veterana-vijny-yak-pravyloisnuye-buket-hvorob-poyednannya-fizychnyh-
psyhichnyh-ta-medyko-soczialnyh-problem-vsevolod-steblyuk/](https://armyinform.com.ua/2020/09/u-veterana-vijny-yak-pravyloisnuye-buket-hvorob-poyednannya-fizychnyh-psyhichnyh-ta-medyko-soczialnyh-problem-vsevolod-steblyuk/) (дата
звернення 09.12.2021).
91. Про недопущення зупинення функціонування госпіталів ветеранів
війни під час запровадження другого етапу медичної реформи:
Постанова Верховної Ради України від 16.06.2020 №706-IX. URL:
[https://zakon.rada.gov.ua/ laws/show/706-IX#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/706-IX#Text) (дата звернення:
09.12.2021)
92. Про заходи щодо забезпечення належного функціонування госпіталів
ветеранів війни та удосконалення надання медичних послуг ветеранам
війни: проєкт Постанови Верховної Ради України від 15.04.2021
№5384. URL: <http://>

- w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=71677 (дата звернення: 09.12.2021).
93. Для лікарень розроблять “ветеранський пакет”. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3215422-dla-likaren-rozroblaut-veteranskij-paket.html> (дата звернення 09.12.2021).
94. Проєкт Постанови про Програму діяльності Кабінету Міністрів України. Верховна Рада Україна. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=68573 (дата звернення: 17.07.2022).
95. Мінветеранів разом з Міноборони опрацьовують систему переходу з військової кар’єри до цивільного життя. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/ua/news/minveteraniv-razom-z-minoboroniopracovuyut-sistemu-perehodu-z-vijskovoyi-karyeri-do-civilnogo-zhittya?fbclid=IwAR2Ip1DK2TUouztlzYUljcBZERQ31aF3qozIyUvAVzAXaOivTAjMhkpYD8E> (дата звернення: 05.02.2022).
96. Структура Міністерства у справах ветеранів України. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/ua/pro-ministerstvo/struktura-ministerstva-u-spravah-veteraniv-ukrayini> (дата звернення: 05.02.2022).
97. Оголошення про проведення конкурсів на зайняття вакантних посад. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/ua/pro-ministerstvo/kadrova-politika-rozdil-na-etapi-rozrobki/dobir-personalu/konkursi-tavakantni-posadi-derzhavnih-sluzhbovciv/ogoloshennya> (дата звернення: 05.02.2022).
98. Результати конкурсу. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/ua/pro-ministerstvo/kadrova-politika-rozdil-na-etapi-rozrobki/dobir-personalu/konkursi-ta-vakantni-posadi-derzhavnih-sluzhbovciv/rezultati-konkursu> (дата звернення: 05.02.2022).

99. Безкоштовне житло для військових - реальність чи захмарна мрія? Таїсія Алексєєва. Національний антикорупційний комітет з питань оборони. URL: <https://nako.org.ua/blogs/bezkoshtovne-zhytlo-dlia-viyskovykh-real-nist-chyzakhmarna-mriia/> (дата звернення: 05.02.2022)
100. Положення про Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/ua/pro-ministerstvo/polozhennay-pro-ministerstvo-u-spravah-veteraniv-ukrainy> (дата звернення: 05.02.2022).
101. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року №1013-р “Про схвалення Концепції оптимізації системи центральних органів виконавчої влади”. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/1013-2017-%D1%80?fbclid=IwAR23NVyxun5gMruTEs4q9Meh_FTJNCPKUcOcdjrZEeSWlTlhDcNq8VFvuX4 (дата звернення: 05.02.2022)
102. Система інформаційних сервісів “Е-ветеран”. URL: <https://sis.mva.gov.ua/> (дата звернення: 05.02.2022).
103. Звіт про виконання паспорта бюджетної програми 1501010 за 2020 рік. URL: <https://mva.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/1%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2%201501010.pdf> (дата звернення: 05.02.2022).
104. Звіт про виконання паспорта бюджетної програми на 2020 рік. URL: <https://www.msp.gov.ua/files/zvitu/z-2020.doc> (дата звернення: 05.02.2022).
105. Заявнику. URL: <https://ombudsman.gov.ua/ua/page/applicant/> (дата звернення: 05.02.2022).
106. Мінветеранів та Секретаріат Уповноваженого ВРУ з прав людини об’єднують зусилля щодо захисту прав ветеранів. URL: <https://mva.gov.ua/ua/news/minveteraniv-ta-sekretariat-upovnovazhenogo-vru-z-prav-lyudini-obyednayutzusillya-shchodo-zahistu-prav-veteraniv> (дата звернення: 05.02.2022).

107. Створення інституту ветеранського Омбудсмена доповнить повноваження вже існуючих правозахисних структур, Олексій Ілляшенко. URL: <https://mva.gov.ua/ua/news/stvorenniya-institutu-veteranskogo-ombudsmena-dopovnitpovnovazhennya-vzhe-isnuuyuchih-pravozahisnih-struktur-oleksij-illyashenko> (дата звернення: 22.12.2021).
108. Щорічна доповідь Уповноваженого ВРУ з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні. 2020. URL: https://dpsu.gov.ua/upload/file/zvit_2020_rik.pdf (дата звернення: 22.12.2021).
109. Львівський центр надання послуг учасникам бойових дій. URL: <https://www.facebook.com/LCNPUBD/posts/5105538536130190> (дата звернення: 22.12.2021)
110. Інформація про виплату одноразової матеріальної допомоги до Дня захисника України 14 жовтня. URL: <https://haivoron-miskrada.gov.ua/news/1631696280/> (дата звернення: 22.12.2021).
111. Рішення щодо коштів на виплату грошового забезпечення військовослужбовцям Збройних Сил України може бути прийняте найближчим часом», Ганна Маляр. URL: <https://www.mil.gov.ua/news/2021/09/17/rishennya-shhodokoshtiv-na-viplatu-groshovogo-zabezpechennya-vijskovosluzhbovczyam-zbrojnih-sil-ukraini-mozhe-buti-prijnyatenajblizhchim-chasom-ganna-malyar/> (дата звернення: 22.12.2021).
112. Мінветеранів разом з Міноборони опрацьовують систему переходу з військової кар'єри до цивільного життя. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/ua/news/minveteraniv-razom-z-minoboroniopracovuyut-sistemu-perehodu-z-vijskovoyi-karyeri-do-civilnogo-zhittya> (дата звернення: 22.12.2021).
113. Нагорна А. М. Здоров'я: фундаментальні і прикладні аспекти / Нагорна А. М. Монографія. Норд-Прес, 2006. 336с. ISBN 966-380-090-9

114. Закон України Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту № 3551-ХІІ від 22.10.1993 р. Режим доступу <http://www.uapravo.net/data2008/base64/ukr64554/page5.htm>.
115. Закон України Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб № 2262-ХІІ від 09.04.1992. / Відомості Верховної Ради (ВВР). 1992. N 29. 399 с.
116. Закон України Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і деяких інших осіб та їх соціальний захист № 203/98-ВР від 24.03.1998р. Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.0>
117. Закон України Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей № 2011-ХІІ від 20.12.1991р. Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2011-12>
118. Закон України Про державні гарантії соціального захисту військовослужбовців, які звільняються із служби у зв'язку з реформуванням Збройних Сил України, та членів їхніх сімей № 1763-IV від 15.06.2004р. / Відомості Верховної Ради (ВВР). 2004. N 36. ст.444. Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1763-15>
119. Бадюк М. І. Стан лікувально-профілактичної допомоги пенсіонерам МО України (за даними медико-соціологічного опитування) / М. І. Бадюк, Т. А. Бібік, Ю. А. Романюк // Військова медицина України. 2008. Т. 8. №3. С. 5-12.
120. Організація медико-соціального обслуговування пенсіонерів Міністерства оборони України з використанням інтеграційно-координаційної моделі: метод. рекомендації / [Бадюк М. І., Романюк Ю. А., Егорова Л. В., Серебряков О. М., Трінька І. С.] ; УВМА; ДУ «Інститут геронтології АМН України». К.: РВВ УВМА, 2009. 33 с.

121. Офіційний веб-портал Київської міської влади. Програма «Здоров'я киян» на 2003-2011 рр. Режим доступу: <http://www.kmv.gov.ua/print/news.asp?Id=94198>
122. European hospital morbidity database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Режим доступу: <http://data.euro.who.int/hmldb/index.php>. Системні вимоги: About 200 MB free space on hard disk. Windows XP or Windows 2000 with installed Microsoft Jet database engine version 4.0 or later
123. Закон України від 21 червня 2018 року № 2469- VIII «Про національну безпеку України».
124. Указ Президента України від 25 березня 2021 року № 121/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 березня 2021 року «Про Стратегію воєнної безпеки України».
125. Указ Президента України від 17 вересня 2021 року № 473 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 серпня 2021 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України».
126. Білий В.Я. Розвиток системи лікувальноевакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період / В.Я. Білий, В.О. Жаховський, В.Г. Лівінський, М.В. Кудренко, І.П. Мельник // Україна. Здоров'я нації (науковопрактичний журнал) К.:2016. Вип. № 3(39) С. 5-11
127. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 року. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141.
128. Указ Президента України від 14 вересня 2020 року № 392/2020 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ» (3. 2022, Т.3) 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України».

129. Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Ковида Д.В. / Методичні підходи до визначення потреби в силах і засобах медичної служби за умовними сценаріями застосування Збройних Сил України. // Збірник наукових праць УВМА «Проблеми військової охорони здоров'я» Випуск 44. 2019. С. 140-159. Таємно. Інв. № 966. 8.
130. Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Ковида Д.В. / Методичні підходи до формування системи медичного забезпечення Збройних Сил України в особливий період // Журнал «Труди Національного університету оборони України» / № 2 (152), 2019. С. 30-41. 9.
131. Наукова розробка «Обґрунтування перспективної моделі Медичних сил Збройних Сил України» (розробники: Жаховський В.О., Лівінський В.Г.). Вих. УВМА № 13,14т від 25.01.2021.
132. Жаховський В.О. Єдиний медичний простір як парадигма військової охорони здоров'я / Жаховський В.О., Лівінський В.Г. // Збірник наукових праць НВМКЦ «ГВКГ» «Сучасні аспекти військової медицини» Випуск 25. 2018. С. 37-60.
133. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України».
134. Жаховський В.О. Єдиний медичний простір як елемент формування медичного потенціалу держави / В.О. Жаховський // Україна. Здоров'я нації № 4 (41), 2016 р. С. 82-86. 13.
135. Жаховський В.О. Єдиний медичний простір як елемент національної безпеки України // Проблеми військової охорони здоров'я. К.:2017. Вип. 47. С. 40- 48. 14.
136. Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Єдиний медичний простір та військова медицина / Монографія. ISBN 978-617-7638-00-0 / Київ: «Видавництво Людмила». 2018. 336 с.

137. Закон України від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19.
138. Закон України від 20 грудня 1991 року № 2011- ХІІ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1992, № 15, ст. 191.
139. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 року № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях» (зі змінами).
140. Наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України від 07.02.2018 року № 49/180 «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного стану» (зі змінами, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.02.2018 року за № 252/31704).
141. Методичні рекомендації з організації роботи цивільних закладів охорони здоров'я щодо надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України та інших військових формувань / В.О. Жаховський, В.Г. Лівінський / Київ, видавництво «Людмила» 2019. 137 с.

142. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 жовтня 1999 року № 1923 «Про затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями» (із змінами).
143. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 року № 819 «Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань України із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини».
144. Наказ Міністерства оборони України від 13.08.2010 р. № 423 «Про готовність сил та засобів медичної служби збройних Сил України до виконання завдань з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру».
145. Принципи і політика медичного забезпечення Сил оборони, затверджено Головнокомандувачем Збройних Сил України 15.11.2021 р., № 3050/НВГШ від 16.11.2021 р.
146. Доктрина медичного забезпечення Сил оборони, затверджена Головнокомандувачем Збройних Сил України 11.11.2021 року, № 3007/НВГШ від 11.11.2021 р.
147. Закон України «Про оборону України» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1992, № 9, ст.106).
148. Указ Президента України «Питання Головнокомандувача Збройних Сил України» від 27 березня 2020 року № 123/2020.
149. NATO Principles and Policies of Medical Support : MC 0326/4. 2018. 26 p.
150. Allied joint doctrine for medical support. Edition C. Version 1 : NATO standard AJP-4.10(C). 2019. 170 p.
151. AJMedP-1. Medical Planning Doctrine. NATO standard AJP-4.10(C). 2019. 189 p.
152. AJMedP-2. Doctrine for Medical Evacuation. NATO standard AJP-4.10(C). 2019. 111 p.

153. 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>.
154. 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}.
155. 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».
156. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».
157. 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.
158. 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.
159. 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.
160. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я від 16.12.2022 № 1462.
161. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» від 16.11.2022 № 2083.

162. 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».
163. 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.
164. Про стандартизацію : Закон України від 05.06.2014 р. № 1315-VII / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. Офіц. вид. 2014. № 31. С. 240.
165. 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.
166. 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».
167. 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.
168. Михайлов Б.В., Гічун В.С., Михайлік О.П. та ін. Медикопсихологічна 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.
169. 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.

170. Впровадження стандартів НАТО та їх застосування у діяльності Збройних Сил України : навч. посіб. К. : НУОУ ім. Івана Черняховського, 2018. 112 с.
171. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 року. (Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1996. № 30. ст. 141).
172. Указ Президента України від 24 вересня 2015 року № 555/2015 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України».
173. Указ Президента України від 6 червня 2016 року № 240/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України».
174. Указ Президента України від 14 вересня 2020 року № 392 «Про Стратегію національної безпеки України».
175. Указ Президента України від 25 березня 2021 року № 121 «Про Стратегію воєнної безпеки України».
176. Закон України від 06 червня 2019 року № 2742-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо військових стандартів». Відомості Верховної Ради (ВВР). 2019. № 29. ст. 117.
177. Закон України від 6 грудня 1991 року № 1932-XII «Про оборону України». Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1992. № 9. ст. 106.
178. Закон України від 5 червня 2014 року № 1315-VII «Про стандартизацію». Відомості Верховної Ради (ВВР). 2014. № 31. ст. 1058.
179. Наказ МО України від 24.02.2020 р. № 56 «Про питання військової стандартизації» (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 р. за № 240/34523).
180. ВСТ 01.001.004 2017 (03) Військова стандартизація. Вимоги до побудови, викладення та оформлення військових стандартів (чинний з 27.12.2017 (зміни 1-2019).

181. ВСТ 01.001.009 2017 (01) Військова система стандартизації. Глосарій аббревіатур, що використовуються в документах та публікаціях НАТО (AAP-15 (2016) NATO GLOSSARY OF ABBREVIATION SUSED IN NATO DOCUMENTS AND PUBLICATIONS, MOD) (чинний з 14.09.2017).
182. ВСТ 01.001.010 2018 (01) Військова стандартизація. Технічні специфікації Міністерства оборони України. Вимоги до підготовки, оформлення, позначення та обліку (чинний з 23.03.2018).
183. ВСТ 01.001.002 2020 (03) Військова стандартизація. Терміни та визначення (чинний з 04.01.2021).
184. ВСТ 01.001.011 2020 (01) Військова стандартизація. Правила розроблення термінологічних військових стандартів (чинний з 04.01.2021).
185. Наказ МО України від 10.05.2016 р. № 242 «Про затвердження положення про Управління стандартизації, кодифікації та каталогізації».
186. Наказ МО України від 26.12.2019 р. № 670 «Про забезпечення функціонування системи військової стандартизації».
187. Указ Президента України від 17 вересня 2021 року № 473/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 серпня 2021 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України».
188. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України».
189. Доктрина з медичного забезпечення сил оборони. ВКП 4-00(35)01.01. Затверджена Головнокомандувачем Збройних Сил України 11.11.2021 р. (зареєстровано за № 3007/НВГШ від 11.11.2021 р.) Київ. 2021. 64 с
190. Доктрина «Медичні сили Збройних Сил України». ВКП 4-35(36).01. Затверджена Головнокомандувачем Збройних Сил України 13.11.2020 р. (зареєстровано за № 3491 НВГШ від 16.11.2020 р.) Київ. 2020. 46 с.

191. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 20.12.2017 р. № 445 «Про затвердження Доктрини медичного забезпечення Збройних Сил України».
192. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 12.03.2020 р. № 100 «Про затвердження Стратегії розвитку Медичних сил Збройних Сил України до 2035 року».
193. Уряд затвердив План пріоритетних дій на 2023 рік / URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-zatverdyvplan-priorytetnykh-dii-na-2023-rik> (дата звернення: 14.03.2023).
194. Стандарт підготовки І-СТ-3 (видання 2): підготовка військовослужбовця з тактичної медицини. Затверджено наказом Центру ОСМП ЗС України від 26.02.2015 р. № 17. К. : МП «Леся». 2015. 148 с.
195. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї) (видання 1). К. : МП «Леся». 2015. 416 с.
196. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.01.2017 р. № 6 «Про затвердження переліків лікарських засобів та медичних виробів, які повинні бути в складі аптечок медичних загальновійськових індивідуальних, аптечки автомобільної загальновійськової, наплічника медичного загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора» (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 25 sichenya 2017 roku za № 113/29981).
197. Звіт про науково-дослідну роботу «Обґрунтування стандартизації системи медичного забезпечення Збройних Сил України в ході застосування військ (сил)», «Стандарт» 2018. на 243 арк.
198. Програма робіт з військової стандартизації на 2021-2023 роки (з урахуванням змін № 1 та № 2). Затверджена наказом начальника Управління стандартизації, кодифікації та каталогізації МО України від 30.12.2020 р. № 80 / URL:

- <https://www.mil.gov.ua/diyalnist/vijskovastandardizacziya/programa-robit-z-vijskovoistandardizaczii.html> (дата звернення: 26.01.2023)
199. The Millennium Cohort Study: The first 20 years of research dedicated to understanding the long- term health of US Service Members and Veterans / Belding J. N. et al. *Annals of epidemiology*. 2022. Vol. 67, P. 61-72. URL: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2021.12.002>
 200. Impact of combat deployment and posttraumatic stress disorder on newly reported coronary heart disease among US active duty and reserve forces N.F. Crum-/Cianflone et al. *Circulation*. 2014. Vol.129 (18). P. 1813-1820.
 201. Impact of armed conflict on cardiovascular disease risk: a systematic review / Jawad M. et al. *Heart*. 2019. Vol. 105. Issue 18. P. 1388-1394. DOI: 10.1136/heartjnl-2018-314459.
 202. Estimating indirect mortality impacts of armed conflict in civilian populations: panel regression analyses of 193 countries, 1990-2017 / Jawad M. et al. *BMC Med*. 2020. Vol. 18. P. 266. DOI: 10.1186/s12916- 020- 01708-5.
 203. Остащенко Т. М., Савицький В. Л., Швець А. В. Становлення та розвиток військово-медичної науки: виклики сьогодення: (до тридцятирічного ювілею створення Української військово-медичної академії). *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (4). С. 5-25. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-005)
 204. Погляд на систему медичного забезпечення сил оборони України / Білий В. та ін. *Український журнал військової медицини*. 2019. № 19 (3). С. 5-14. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/45>
 205. Стандартизація медичного забезпечення у Збройних Силах України: стан та перспективи розвитку / Лівінський, В. Г. та ін. *Український журнал військової медицини*. 2023. № 4 (1). С. 21-34. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1\(4\)-021](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1(4)-021)
 206. Стандартизація медичного забезпечення у збройних силах держав-членів НАТО / Лівінський В. Г. та ін. *Український журнал військової*

- медицини. 2022. № 3 (2). С. 5-18. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-005)
207. STANAG 2561 Ed: 2 /AJMedP-4 EDITION A ALLIED JOINT MEDICAL FORCE HEALTH PROTECTION DOCTRINE (2018): https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-4_EDA_V1_E_2561.pdf
208. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf
209. Про систему громадського здоров'я: Закон України № 2573-IX від 06.09.2022/ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
210. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. 62 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?amp;isAllowed=y&sequence=2>
211. Оцінка якості надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах стаціонару військового госпіталю / Бадюк М. та ін. Український журнал військової медицини. 2018. № 18 (3). С. 13-22. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/16>
212. Patient-centered care and self-management opinion of military personnel with coronary artery disease / Galina Moroz, Taras Kutch, Iryna Tkachuk, Anastasiya Sokoluk, Olexandr Tkalenko. Wiadomości Lekarskie Medical Advances. 2023. Vol. 76 (7). P. 1594- 1599.
213. Людяність та емпатія в охороні здоров'я / Леухіна А. Г. та ін. Посібник для викладачів. Київ: Майстер книг, 2022. 363 с.
214. Patient-centered care and self-management opinion of military personnel with coronary artery disease / Galina Moroz, Taras Kutch, Iryna Tkachuk,

- Anastasiya Sokoluk, Olexandr Tkalenko. Wiadomości Lekarskie Medical Advances. 2023. Vol. 76 (7). P. 1594- 1599.
215. Дворник М. Промоція здорового способу життя особистості в умовах війни: концептуальні засади дослідження. Проблеми політичної психології. 2023 № 13 (27). С. 57-64. DOI: <https://doi.org/10.33120/popp-Vol13-Year2023-127>.
 216. Омелянович В., Чабан О С, Хаустова О. Психічні розлади воєнного часу. 2023. Київ: Мед книга, 232 с.
 217. Коморбідні тривожні та депресивні розлади у військовослужбовців у загальномедичній практиці / Савицький В.Л., Ткаленко О.М., Латищенко С.В., Косянчук А.С. Проблеми військової охорони здоров'я: зб.наук.праць Української військово-медичної академії К.: РВВ УВМА, 2017. Вип. 47. С.242-248.
 218. Поширеність коморбідних тривожних та депресивних синдромів у військовослужбовців, які зазнали травм і поранень / Ткаленко О. М., Мороз Г. З., Заремба О. Н., Сорока І. О. Український журнал військової медицини. 2023. № 4 (3). С. 63-69. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.3\(4\)-063](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.3(4)-063).
 219. Романюк Ю. А. Наукове обґрунтування оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства оборони України : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03. Київ, 2010. 169 с.

ДОДАТКИ

Додаток А



**БЛАГОДІЙНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«БЕРДИЧІВСЬКИЙ БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД
«ОБЕРІГ-26»**

Україна, 13306, Житомирська обл.,
м. Бердичів, вул. Європейська, буд. 81
ЄДРПОУ 39452692
р/р UA933052990000026003046403616
в АТ КБ «Приватбанк»
тел. +380 (97) 250-87-11, e-mail: oberig.26@ukr.net

Вих. 140826
від «14» 09 2023р

Результати НДР «Механізми управління розвитком системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби Збройних Сил України» використовується благодійною організацією «Бердичівський Благодійний фонд «ОБЕРІГ – 26»».

Зокрема, положення дисертаційного дослідження Томака О. О. в частині управління розвитком системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби Збройних Сил України знайшли відображення у оптимізації роботи Бердичівського гарнізону та Сил територіальної оборони Збройних Сил України, в контексті функціонування центру комплексної реабілітації.

Результати дисертаційного дослідження Томака О. О., які отримані під час виконання його наукового пошуку було використано під час оптимізації окремих аспектів функціонування системи медичного забезпечення.

Впровадження результатів дослідження Томака О. О. має прикладний характер та цінні напрацювання для покращення функціонування системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України у контексті функціонування єдиного здоров'язбережувального простору України.

Керівник
БО «Бердичівський благодійний
фонд «Оберіг-26»



І.Л.Піскун



**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ
УКРАЇНИ**

**КОМАНДУВАННЯ СИЛ
ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ОБОРОНИ
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

Код 26629511

19.12.2024 № 760/22/28223

04116 м. Київ

ДОВІДКА

Про впровадження результатів наукового дослідження
Томака Олександра Олександровича
“Механізми управління розвитком системи медичного забезпечення
військовослужбовців та ветеранів військової служби Збройних Сил України”,
що представлена на здобуття наукового ступеня доктора філософії
У галузі “Публічне управління та адміністрування”
за спеціальністю 281 “Публічне управління та адміністрування”

Результати НДР “Механізми управління розвитком системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби Збройних Сил України”, використовується командуванням Сил територіальної оборони Збройних сил України.

Зокрема, положення дисертаційного дослідження Томака О. О. в частині оптимізації системи медичного забезпечення знайшли відображення у реалізації програми надання медичних послуг для військовослужбовців та ветеранів ЗСУ в єдиному медичному просторі охорони здоров'я населення України.

Впровадження результатів дослідження Томака О. О. має прикладний характер і актуальне для покращення публічного управління у сфері охорони здоров'я військовослужбовців Збройних сил України, а саме дія оптимізації системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів ЗСУ.

Тимчасово виконуючий обов'язки Командувача
Сил територіальної оборони Збройних Сил України
генерал-майор



Олександр В'ЮННІК

049865

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, Frometiv's'ka Str., 03039 Kyiv, Ukraine,
Tel. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

« 17 » жовтня 20 24 № 4303/1

ДОВІДКА

про участь у науково-дослідній роботі
аспіранта кафедри публічного адміністрування
Томака Олександра Олександровича

Дослідження на тему «Механізми управління розвитком системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів військової служби Збройних Сил 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 був проведений аналіз системи медичного забезпечення військовослужбовців та ветеранів Збройних Сил України. У дослідженні були виявлені ключові проблеми, що виникають при реалізації взаємодії ветеранів з дотичними компонентами системи, а також визначені ключові точки можливого впливу на систему з метою оптимізації.

Автор дослідження розглянув проблемні аспекти нормативно-правового регулювання розбудови єдиного медичного простору для військовослужбовців та ветеранів військової служби. Було запропоновано імплементувати в структуру медичного забезпечення більш прагматичні структурні елементи, які суттєво впливають на якість надання медичних послуг для військовослужбовців та ветеранів військової служби ветеранів ЗСУ. Запропоновані компоненти зорієнтовані на оптимізацію взаємодії військовослужбовців, ветеранів військової служби з установами медичного забезпечення. У представленій роботі автором проаналізований курс на європейські стандарти та модель медичного забезпечення країн-членів Організації Північноатлантичного договору.

Науковий керівник теми НДР,
доктор наук з державного управління,
професор



Інна СЕМЕНЕЦЬ-ОРЛОВА

МАУП

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації у наукових фахових виданнях України з державного управління

1. Томак О. О. Вплив резильєнтності на прийняття управлінських рішень медичною службою ЗСУ в умовах ризику та невизначеності здоров'язбережувального простору. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування. 2023 № 7. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-05>.
2. Томак О. О. Базові підходи до прийняття управлінських рішень для функціонування медичної служби територіальної оборони Збройних Сил України в особливий період. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2022 № 32. С. 59-64. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2022.32.11>.
3. Томак О. О. Інтеграція системи організації медичного забезпечення територіальної оборони Збройних Сил України в єдиний здоров'язбережувальний простір України. Публічне управління та митне адміністрування. 2023 № 3 (38). С. 65-69. DOI: <https://doi.org/10.32782/2310-9653-2023-3.9>
4. Томак О. О. Проблемні аспекти організації надання медичних послуг в територіальних громадах в умовах війни. Публічне управління та адміністрування в Україні. 2024 № 41. С. 272-276. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2024.41.39>.

а. Тези конференцій

5. Томак О. О. Забезпечення організації медичного забезпечення Сил територіальної оборони Збройних Сил України у єдиному медичному просторі України. Травневі наукові зібрання – 2023, СХХІV Міжнародна

науково-практична інтернет-конференція – м. Івано-Франківськ, 15 травня 2023 року. С. 186-188.

6. Томак О. О. Аспекти реалізації структурних особливостей медичного забезпечення у Силах територіальної оборони Збройних Сил 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. 287-288.

7. Томак О. О. Функціонування засобів реалізації права на медичне забезпечення в Силах територіальної оборони Збройних Сил України в рамках єдиного здоров'язбережувального простору. VI Міжнародний правничий форум «Права людини та публічне врядування в сучасних умовах», 9 червня 2023 року. С. 248-249. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-314-2-65>.

8. Томак О. О. Реалізація структурних особливостей реабілітації у Силах територіальної оборони Збройних Сил України в рамках єдиного медичного простору України. Збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції «Мультидисциплінарний підхід до реабілітації: реалії та перспективи», 23-24 лютого 2023 р. С. 74-76.

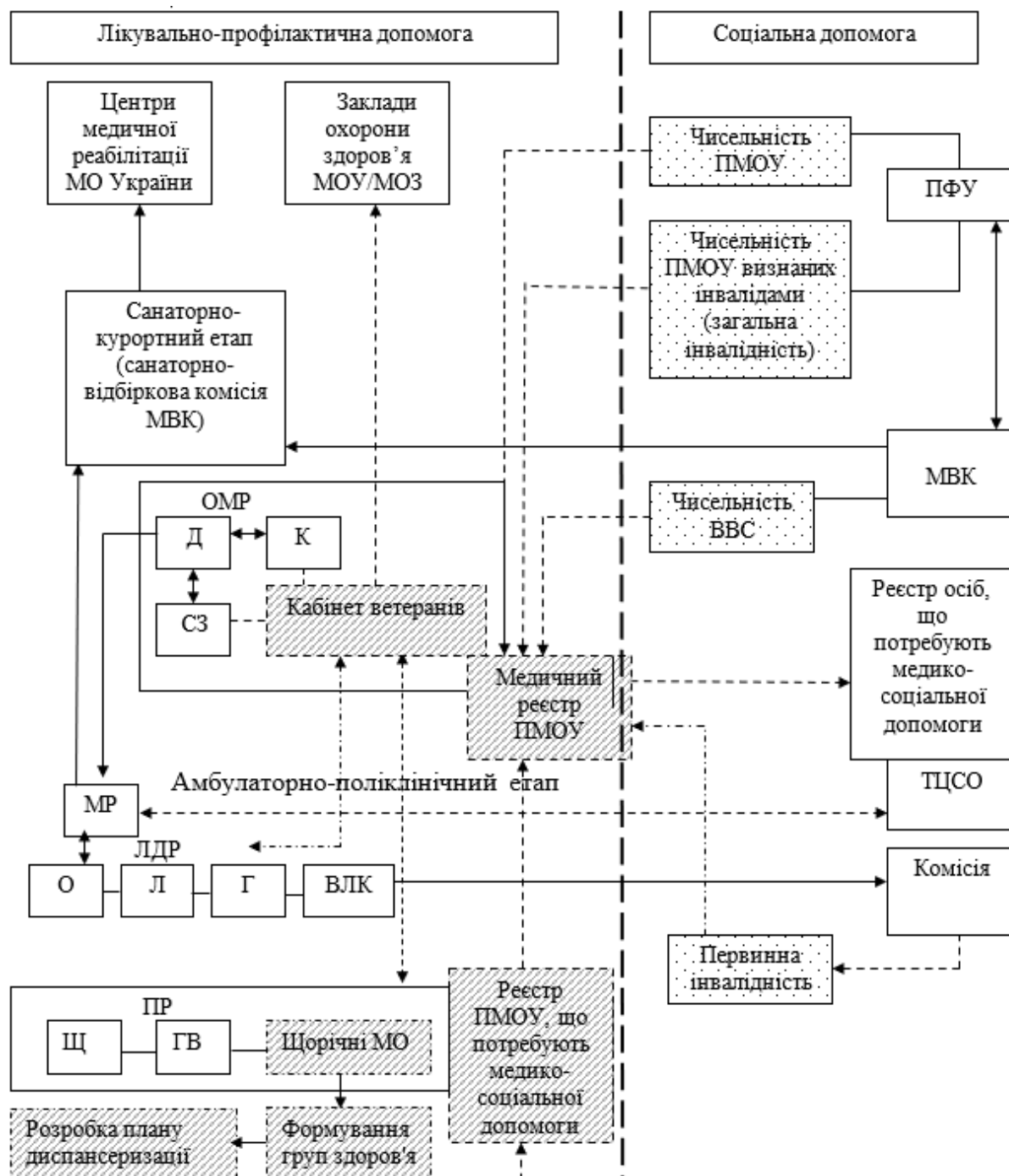
9. Томак О. О. Проблемні аспекти організації механізму державного управління медичним забезпеченням на рівні громади в контексті воєнного стану. Збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції «Наука, технології, інновації: актуальні проблеми теорії та практики» (м. Рига, Латвійська Республіка, 2024 р.). С. 87-89.

Додаток В

Категорії пенсіонерів України	Пільги						Законодавство України
	Користування закладами ОЗ МО України	Забезпечення ліками	Медичне обстеження, диспансеризація, госпіталізація	Зубопротезування	Забезпечення протезно-ортопедичними виробами	Право забезпечення СКЛ в санаторіях МО України	
Ветерани військової служби	+	+	+	+	+	+	Закон України Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і деяких інших осіб та їх соціальний захист № 203/98-ВР від 24.03.1998
Учасники бойових дій та особи прирівнені до них	+	+	+	+	-	+	Закон України Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту № 3551-ХІІ від 22.10.1993
Інваліди війни та прирівнені до них особи	+	+	+	+	+	+	
ЗСУ не менш як 20 календарних років.						групи	військовослужбовців та членів їх сімей від 20.12.1991 № 2011-ХІ
Звільнені із служби у зв'язку з реформуванням Збройних Сил України	+	-	-	-	-	-	Закон України Про державні гарантії соціального захисту військовослужбовців, які звільняються із служби у зв'язку з реформуванням Збройних Сил України, та членів їхніх сімей від 15.06.2004 № 1763-ІV
Учасники аварії на ЧАЕС 1 категорії	+	+	+	+	-	+	Закон України Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи від 28.02.1991 № 796-ХІІ
Категорія 2						+	При не використанні СКЛ одержання компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування.
Категорія 3,4						+	

Розроблено на основі [219]

Додаток Г



Інтеграційно-координаційна модель системи лікувально-профілактичного та соціального забезпечення ветеранів ЗСУ:

ПР – профілактична робота; Щ – щеплення; ГВ – гігієнічне виховання; МО – медичні огляди; ЛДР – лікувально-діагностична робота; О – обстеження; Л – лікування; Г – госпіталізація; ОМР – організаційно-методична робота; СЗ – аналіз стану здоров'я; К – кваліфікація персоналу; Д – диспансеризація

Розроблено автором на основі [219]



Власна розробка автора