

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М. І. ПИРОГОВА**

Навчально-науковий Інститут громадського здоров'я, біології,
контролю та профілактики хвороб
Кафедра менеджменту та маркетингу

УДК 616:355(477)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**«ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У
ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ ЦЕНТРАЛЬНОГО
РЕГІОНУ»**

Здобувач другого (магістерського) рівня
вищої освіти 2 курсу
заочної форми навчання
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент в охороні здоров'я»

Дмитро ЛУШНІКОВ

Науковий керівник:
д.е.н., завідувач кафедри
менеджменту та маркетингу

Юлія ГОЛОВЧУК

Вінниця – 2025

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота зорієнтована на комплексному вивченні організації системи надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону та оцінці ефективності функціонування цієї системи в умовах сучасних викликів.

Актуальність теми обумовлена необхідністю забезпечення високого рівня медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану та постійної потреби у реформуванні військової медицини відповідно до законодавчих змін та міжнародних стандартів. Ефективна організація медичного забезпечення є критичним фактором для збереження боєздатності особового складу та мінімізації негативних наслідків бойових дій.

В ході теоретичного аналізу було визначено поняття медичного забезпечення, ключові принципи та рівні надання медичної допомоги, а також розглянуто нормативно-правову базу та міжнародні стандарти у сфері військової медицини.

В рамках практичного дослідження здійснено аналіз організаційно-економічної характеристики, кадрового потенціалу та рівня професійної підготовки медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Особливу увагу було приділено аналізу структури санітарних втрат серед військовослужбовців, що дозволило ідентифікувати найбільш вразливі ланки у процесі планування медичного забезпечення.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що на основі отриманих результатів розроблено низку стратегій та практичних рекомендацій, спрямованих на покращення організації системи надання медичної допомоги в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Запропоновано посилення професійної компетентності медичного персоналу, що матиме прямий вплив на підвищення стійкості військово-медичної установи.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВІЙ СФЕРІ.....	7
1.1. Поняття, принципи та рівні організації медичної допомоги у Збройних Силах України.....	7
1.2. Нормативно-правове забезпечення діяльності військово-медичних установ.....	15
1.3. Міжнародний досвід організації медичної допомоги військовослужбовцям.....	19
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ.....	27
2.1. Організаційно-економічна характеристика Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.....	27
2.2. Аналіз кадрового потенціалу та рівня професійної підготовки медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.....	37
2.3. Оцінка ефективності функціонування системи медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону.....	45
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ.....	51
3.1. Оптимізація матеріально-технічного та кадрового забезпечення з метою удосконалення системи надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону.....	51
3.2. Імплементация міжнародного досвіду та інноваційних технологій в організацію медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону.....	58
3.3. Розробка комплексу заходів щодо підвищення ефективності надання медичної та реабілітаційної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону.....	64
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	78

ВСТУП

Актуальність теми. Організація системи надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону має вагоме значення для військової охорони здоров'я, оскільки забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги великій кількості поранених, травмованих (уражених) та хворих військовослужбовців. Будь-які недоліки в його функціонуванні безпосередньо впливають на три основні принципи медичного забезпечення та призводить до зниження ефективності надання медичної допомоги.

В умовах збройних конфліктів та воєнного стану це питання набуває особливого значення, оскільки Військово-медичні клінічні центри приймають великий потік санітарних втрат з метою надання вичерпної медичної допомоги. Тому розробка стратегій оптимізації надання медичної допомоги військовослужбовцям є важливою для підтримання функціональної спроможності Військово-медичного клінічного центру.

Гіпотеза дослідження. Організаційна ефективність надання медичної допомоги в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону обумовлені наявністю та оптимальністю використання кадрового потенціалу, рівень якого визначається структурою санітарних втрат та динамікою потреб у наданні спеціалізованої медичної допомоги за період повномасштабної агресії (2022-2024 роки).

Мета дослідження полягає у комплексному аналізі організації системи надання медичної допомоги в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час повномасштабної агресії, зокрема шляхом оцінки відповідності кадрового потенціалу динамічній структурі санітарних втрат, а також обґрунтувати науково-практичні підходи стосовно оптимізації цієї системи задля підвищення її якості та ефективності.

Для досягнення поставленої мети виконати поставлені *завдання дослідження:*

- ознайомитися з поняттям, принципами та рівнями організації надання медичної допомоги у Збройних Силах України;
- вивчити нормативно-правове забезпечення діяльності військово-медичних установ;
- здійснити аналіз міжнародного досвіду організації надання медичної допомоги військовослужбовцям;
- опрацювати організаційно-економічну характеристику Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону;
- здійснити аналіз кадрового потенціалу та рівня професійної підготовки медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону;
- оцінити ефективність функціонування системи медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону;
- запропонувати шляхи оптимізації та підвищення ефективності надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону.

Предмет дослідження – є організація надання медичної допомоги в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Об'єкт дослідження – система надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону як складова системи медичного забезпечення Збройних Сил України.

В ході виконання роботи було використано низку наукових та спеціальних *методів дослідження*:

- метод системно-структурного аналізу – для вивчення системи надання медичної допомоги військовослужбовцям;
- метод експертних оцінок – для вивчення принципів і рівнів надання медичної допомоги військовослужбовцям;
- документальний аналіз – для вивчення звітної медичної документації Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону;

- статистичний аналіз – для кількісної оцінки отриманих результатів з метою їх систематизації та об’єктивної оцінки;

- метод узагальнення – для узагальнення інформації та розробки практичних рекомендацій.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до оцінки організації системи надання медичної допомоги в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час воєнного стану та розробити стратегії оптимізації та підвищення ефективності надання медичної допомоги в закладі охорони здоров’я.

Практична цінність дослідження визначається можливістю на основі отриманих результатів запропонувати стратегії оптимізації кадрового забезпечення, пропозицій стосовно імплементації інноваційних технологій, а також підвищення ефективності надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного Центрального регіону під час воєнного стану.

Апробація результатів дослідження відображена в основних положеннях тез доповіді в рамках науково-практичної конференції:

Лушніков Д. С., Головчук Ю. О. Організація системи надання медичної допомоги. Форсайт розбудови України: стратегічні імпульси сталого розвитку в економіці, менеджменті, маркетингу та публічному управлінні : матеріали III міжнародної науково-практичної конференції (27 травня 2025 року) / Таврійський державний агротехнологічний університет імені Дмитра Моторного. Запоріжжя, 2025. С. 150-152.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел, а також додатків. Загальний обсяг становить 69 сторінок, використано 66 інформаційних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВІЙ СФЕРІ

1.1. Поняття, принципи та рівні організації медичної допомоги у Збройних Силах України

Медичні сили Збройних Сил України, як невіддільна складова всебічного забезпечення військ (сил), функціонують на основі єдиних організаційних принципів. Ключовою місією Медичних сил є медичне забезпечення особового складу Збройних Сил України, що охоплює як повсякденну діяльність, так і функціонування в умовах особливого періоду [44, с. 396].

Медичне забезпечення військ (сил) є системою комплексних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я особового складу, своєчасне надання спеціалізованої медичної допомоги, а також на відновлення боєздатності та працездатності поранених, травмованих (уражених) і хворих військовослужбовців. Цей комплекс включає кілька взаємопов'язаних складових: лікувально-евакуаційні та профілактичні заходи, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, постачання необхідного медичного майна, а також спеціальні медичні заходи із захисту особового складу від наслідків застосування зброї масового ураження [40, с. 16-26; 44, с. 396].

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України має чітку організаційну структуру, підпорядковану єдиному стратегічному завданню: збереженню життя та максимально швидкому відновленню боєздатності й працездатності найбільшої кількості поранених, травмованих (уражених) і хворих. Вона реалізується через проведення послідовних, своєчасних і спадкоємних лікувальних заходів, що починаються безпосередньо на полі бою та продовжуються на етапах медичної евакуації. Кінцева мета цієї системи – надання військовослужбовцям радикальної, а

бажано й вичерпної медичної допомоги з подальшим лікуванням до повного одужання [44, с. 396].

В сучасних оперативних умовах питання оптимізації організаційної структури підрозділів, частин та закладів медичної служби, а також їх раціональне використання, набуває виняткової гостроти. Досягнення максимально можливого наближення медичних сил та засобів до бойових порядків військ – стратегічного пріоритету, може бути реалізоване двома основними шляхами: створення у військах досить потужного штатного угруповання сил та засобів медичної служби; підсилення нижчої ланки медичної служби за рахунок вищої [44, с. 396; 48, с. 69-74; 52, с. 316]. Дана інформація відображені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Стратегії формування та підсилення медичного ресурсу

Модель	Призначення	Ключова характеристика
Посилення штатного угруповання	Формування у складі військових частин достатньо потужного штатного ресурсу сил і засобів медичної служби на постійній основі.	Постійний штатний ресурс
Динамічне підсилення	Здійснення оперативного посилення найнижчої (тактичної) ланки медичної служби за рахунок перерозподілу ресурсів з вищих ешелонів медичного забезпечення.	Оперативний перерозподіл ресурсів

Джерело: складено автором за матеріалами [44, с. 396]

Інтенсивне ведення бойових дій Збройними силами України актуалізувало гостру потребу у розбудові високоефективної системи медичного забезпечення. Ключове завдання цієї системи полягає у якнайшвидшому повному або частковому відновленні функціональних дефіцитів, спричинених бойовими травмами (ураженнями), пораненнями та набутими захворюваннями серед військовослужбовців [53, с. 572].

Сучасні збройні конфлікти є прямим наслідком трансформації характеру збройної боротьби, яка детермінується інноваційними технологіями ведення війни. Такі зміни формують низку ключових характеристик, серед яких

домінує технологічна насиченість. Вона проявляється у масштабному інтегрованому застосуванні новітніх систем озброєння, включаючи високоточні ударні комплекси, сучасні засоби повітряного нападу та інтелектуальні системи радіоелектронної розвідки та боротьби [49, с. 27-35; 50, с. 150-152]. Інформаційна війна є критичним чинником у сучасних збройних конфліктах, оскільки неухильно посилюється роль та значення протиборотства, що ведеться із застосуванням інноваційних інформаційно-комунікаційних технологій [32, с. 9-19; 58, с. 436].

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення ґрунтується на наступних принципах: своєчасність, послідовність, спадкоємність. Саме так побудована організація медичного забезпечення поранених, травмованих (уражених) та хворих військовослужбовців, що включає необхідні лікувальні заходи на полі бою та на етапах медичної евакуації у поєднанні з їх евакуацією до лікувальних частин і закладів, які забезпечують надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію [57, с. 406; 58, с. 436].

Лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил) є високоорганізованою та складною системою, ефективність та розвиток якої залежать від комплексу ключових умов. До них належать: розвинена матеріально-технічна база як військової, так і цивільної охорони здоров'я; уніфіковані принципи організації та єдина методика управління силами й засобами в умовах воєнного часу; а також достатнє забезпечення підготовленими керівними кадрами та кваліфікованими спеціалістами [44, с. 396].

Основу сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України формує концепція етапного лікування військовослужбовців (поранених, травмованих (уражених) та хворих). Вона передбачає їх послідовну евакуацію за призначенням та інтегрований підхід до подальшої реабілітації [44, с. 396; 54, с. 512].

Своєчасність медичної допомоги досягається організацією безперервного вивозу (виносу) поранених, травмованих (уражених) і хворих з поля бою (осередків масового ураження), швидкою їх доставкою на етапах медичної евакуації та правильною організацією їх роботи. Суттєве значення має також наближення етапів медичної евакуації до військ і своєчасне їх висування до районів і рубежів масових санітарних втрат. Своєчасність надання медичної допомоги є найважливішим чинником, який впливає на видужування і повернення до строю, тим самим визначаючи етапність системи лікувально-евакуаційних заходів [44, с. 396; 60, с. 5-16; 61, с. 5-10].

Послідовність у лікуванні поранених, травмованих (уражених) і хворих полягає у збільшенні обсягу медичної допомоги та в ускладненні технології її надання на послідовних етапах медичної евакуації [44, с. 396].

Спадкоємність у лікуванні поранених, травмованих (уражених) і хворих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, які проходять в організмі при пораненнях і захворюваннях, єдиними методами їх лікування та профілактики. Обов'язковою умовою спадкоємності медичної допомоги являється чітке ведення медичної документації, оскільки без неї неможливо знати, яка медичної допомоги вже надана на попередньому етапі медичної евакуації і, як наслідок, що потрібно робити далі [44, с. 396].

Кардинальна зміна парадигми воєнних дій призвела до втрати традиційних ознак збройних конфліктів минулого: широких фронтів, глибокого ешелонування військ і лінійного тилового забезпечення. Сучасні бойові дії набули асиметричного характеру, що проявляється у відсутності стабільної лінії зіткнення та швидкій зміні локалізації осередків збройного протистояння. Така динаміка вимагає виняткової мобільності як бойових частин, так і всіх служб забезпечення. В цих умовах авіація стає ключовим засобом сполучення між підрозділами та тиловими базами. З огляду на ці обставини, актуалізується доцільність переходу Збройних Сил України від застарілих форм медичного забезпечення до сучасних міжнародних стандартів, успішно апробованих у збройних конфліктах останніх років. Це

дало поштовх до формування доктрини окремих рівнів медичної допомоги з чітко регламентованими обсягами. Завдяки використанню авіаційних засобів, будь-який рівень забезпечення може бути оперативно розгорнутий там, де цього вимагає бойова обстановка. Більше того, можливе його підсилення мобільними передовими групами вищого рівня, що дозволяє максимально наблизити хірургічну допомогу до зони бойових дій. Це забезпечує виконання трьох ключових вимог військової медицини сьогодення: збереження життя, зору та кінцівок поранених [22, с. 58-68; 53, с. 572; 54, с. 512].

Відповідно до вимог Організації Об'єднаних Націй, медичне забезпечення особового складу, що залучається до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки, здійснюється за п'ятьма рівнями, які визначають якісну характеристику лікувально-евакуаційних заходів на етапах медичної евакуації, що задіяні для надання медичної допомоги, її вид і обсяг, а також евакуаційно-транспортні особливості [9; 34, с. 412; 43, с. 5-17; 44, с. 396; 46, с. 20-29; 47, с. 5-18].

Базовий рівень медичного забезпечення є критичним у процесі порятунку життя та передбачає негайне надання першої медичної допомоги безпосередньо в зоні ураження. Ключові функції цього етапу охоплюють: збір та оперативну евакуацію постраждалих з поля бою, проведення заходів профілактики бойового стресу, а також запобігання поширенню небойових травм та захворювань. Головне завдання на цьому рівні полягає у порятунку життя поранених у перші, критично важливі хвилини після травматичного впливу, стабілізації їхнього стану та якісній підготовці до подальшої евакуації на подальші етапи. Надання медичної першої допомоги на полі бою реалізується безпосередньо військовослужбовцями в порядку само- та взаємодопомоги, або ж санітарним інструктором [44, с. 396].

Перший рівень медичного забезпечення сфокусований на наданні першої лікарської допомоги в умовах медичних пунктах батальйонів або на базі медичних рот. Ключовим часовим стандартом є надання допомоги протягом однієї години після отримання поранення або травми (ураження).

Основні функціональні завдання включають: здійснення санітарно-гігієнічних заходів, запобігання бойовому стресу, організацію збору та сортування поранених, травмованих (уражених) і хворих, проведення реанімаційних заходів, стабілізації їх стану та підготовку до подальшої евакуації. Допомога може надаватися в мінімальному або повному обсязі: мінімальний обсяг охоплює лише невідкладні заходи, тоді як повний обсяг доповнюється відтермінованими заходами першої лікарської допомоги [44, с. 396].

Другий рівень медичного забезпечення здійснює надання медичної допомоги за невідкладними та терміновими показаннями, орієнтуючись на часовий норматив 4-6 годин з моменту поранення. Допомога розгортається у Військових мобільних госпіталях або передових хірургічних відділеннях та надається профільними лікарями-фахівцями (зокрема, хірургами і терапевтами). До основних функцій підрозділів другого рівня належать: самостійна евакуація та сортування пацієнтів; реанімаційні заходи, стабілізація та підтримуюче лікування тих, хто потребує подальшої евакуації; лікування поранених із коротким терміном відновлення боєздатності. Обсяг допомоги охоплює: регламентовані хірургічні втручання (націлені на збереження життя та кінцівок), інтенсивну терапію, надання стоматологічної допомоги, проведення лабораторних та інструментальних досліджень, а також переливання крові та кровозамінників згідно зі стандартами мирного часу. Цей рівень передбачає також мінімальний та скорочений обсяг кваліфікованої медичної допомоги, де мінімальний включає лише невідкладні заходи, а скорочений – невідкладні та термінові [44, с. 396].

Третій рівень медичного забезпечення передбачає надання хірургічної та терапевтичної допомоги в повному обсязі, а також спеціалізованої медичної допомоги у мінімальних чи повних обсягах. Цей етап функціонує з орієнтацією на часовий стандарт 12-24 години після поранення чи травми (ураження) та розгортається на базі Військових мобільних госпіталів або Військово-медичних клінічних центрів. Заклади третього рівня мають потужну діагностичну базу та здатні забезпечити широкий спектр спеціалізованих

втручань, включаючи нейрохірургічну, офтальмологічну, ЛОР, щелепно-лицеву, торако-абдомінальну, урологічну, травматологічну, судинну та комбустіологічну допомогу, а також інтенсивну терапію, післяопераційне лікування та сестринський догляд. При наданні медичної допомоги також застосовуються стандарти вторинної і третинної медичної допомоги мирного часу. Ключові завдання третього рівня охоплюють: евакуацію пацієнтів з першого і другого рівнів; сортування; реанімацію, стабілізацію та підготовку до подальшої евакуації; тимчасову госпіталізацію нетранспортабельних; лікування поранених, перспективних до повернення в стрій; підсилення (підтримку) другого рівня силами та засобами; а також санітарно-гігієнічні, протиепідемічні заходи та надання допомоги при бойовому стресі [22, с. 58-68; 44, с. 396; 49, с. 27-35].

Четвертий рівень медичного забезпечення передбачає спеціалізоване лікування із застосуванням високотехнологічного обладнання. Цей рівень допомоги надається у спеціалізованих клініках (відділеннях) Військово-медичних клінічних центрів та цивільних закладах охорони здоров'я відповідного профілю. Основним призначенням цих закладів є забезпечення вичерпної медичної допомоги, спрямованої на остаточне відновлення порушених структур і функцій, а також надання реабілітаційної допомоги пораненим, травмованим (ураженим) та хворим військовослужбовцям. На даному етапі лікуються пацієнти з термінами відновлення, що перевищують встановлені евакуаційною політикою, або ті, чиє лікування вимагає ресурсів, недостатніх на третьому рівні [44, с. 396].

В умовах сучасних бойових дій, що характеризуються виникненням масових санітарних втрат та їх нерівномірною локалізацією у різних елементах бойових порядків, принципове значення отримує стратегія широкого маневру силами і засобами медичної служби. Такий підхід, відомий як «маневр з глибини», реалізується вищою ланкою управління в інтересах нижчих підрозділів. Його сутність полягає у концентрації достатнього резерву медичних сил та засобів у розпорядженні старшого начальника для їх

подальшого централізованого та ефективного використання на підтримку всієї підлеглої служби [33, с. 28-37].

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення інтегрує до свого складу медичну реабілітацію. Вона являє собою комплекс інтегрованих заходів, які є життєво необхідними для поранених, травмованих (уражених) та хворих військовослужбовців. Впровадження цих заходів здійснюється у відповідь на їх стан здоров'я, що призвів або потенційно може призвести до обмеження здатності у повсякденному функціонуванні [29, с. 37-45]. Кінцева мета реабілітації полягає у максимальному відновленні втрачених функцій та реінтеграції особистості через оптимізацію її взаємодії з навколишнім середовищем [23, с. 7-16]. У випадках отримання інвалідності, реабілітація фокусується на максимальній адаптації особи до цивільного життя. Реабілітаційні заходи розпочинаються як невід'ємний елемент медичної допомоги вже на етапах медичної евакуації, а після завершення спеціалізованого лікування вони продовжуються у спеціалізованих реабілітаційних та санаторно-курортних закладах, підпорядкованих Міністерству оборони та Міністерству охорони здоров'я України в рамках функціонування єдиного медичного простору [9; 27; 29, с. 37-45; 64].

Отже, організація медичної допомоги у Збройних Силах України являє собою цілісну багаторівневу систему, що функціонує на основі принципів своєчасності, безперервності, наступності, доступності та максимальної наближеності медичної допомоги до місця поранення або захворювання військовослужбовця. Така система передбачає поетапне надання медичної допомоги — від домедичної та первинної медичної допомоги безпосередньо в підрозділах до спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги у військово-медичних та цивільних закладах охорони здоров'я, що дозволяє забезпечити ефективну медичну евакуацію, раціональне використання ресурсів та зниження рівня ускладнень і летальності.

1.2. Нормативно-правове забезпечення діяльності військово-медичних установ

Діяльність військово-медичних установ України, що є невід'ємною ланкою національної безпеки й оборони, підлягає регулюванню з боку комплексного масиву нормативно-правових актів [43, с. 5-17]. Ця нормативна база формує правове підґрунтя для здійснення медичної допомоги, організації лікування, медичної реабілітації та військово-лікарської експертизи військовослужбовців. При цьому вона гармонійно поєднує загальнодержавні стандарти охорони здоров'я зі специфічними вимогами та потребами, продиктованими умовами воєнного часу [46, с. 20-29].

Фундаментальні засади функціонування військово-медичних установ закладено у Конституції України, яка в статті 49 гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Так, вказане конституційне положення є відправною точкою для всіх спеціалізованих законів. Безпосередньо регулювання сфери охорони здоров'я визначається Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2]. Цей Закон встановлює правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в країні, поширюючи їх дію і на військову медицину, оскільки вона є частиною загальної державної системи. Зокрема, він вимагає дотримання єдиних стандартів і протоколів лікування [5; 31, с. 120].

Стратегічний оборонний бюлетень України є одним із ключових документів оборонного планування, який встановлює основні напрями, цілі, завдання та очікувані результати реформування та розвитку оборонного сектору України на середньострокову перспективу [41, с. 5-13]. Його роль у забезпеченні діяльності військово-медичних установ є фундаментальною. Стратегічний оборонний бюлетень визначає стратегічні пріоритети для військової охорони здоров'я, інтегруючи медичне забезпечення до загальної системи національної безпеки й оборони. Документ не лише констатує необхідність надання якісної медичної допомоги, а й встановлює загальні

доктринальні засади для переходу Збройних Сил України на стандарти НАТО (країн Альянсу) у сфері медичного забезпечення [24, с. 26; 30, с. 37-45].

Стратегічний оборонний бюллетень України слугує орієнтиром для подальшої деталізації в супровідних нормативно-правових актах, які вже безпосередньо регулюють фінансове [1], матеріально-технічне [7] та кадрове забезпечення [] військово-медичних установ. Саме положення Стратегічного оборонного бюллетня закладають основу для запровадження системи етапного лікування, формування Військових мобільних госпіталів [6] та розвитку системи медичної реабілітації, адаптованої до умов сучасних збройних конфліктів. Таким чином, Стратегічний оборонний бюллетень виступає як первинний регулятор, який задає вектор розвитку всієї військової медицини від організаційних структур до технічного оснащення.

Крім того, організаційний та стратегічний рівень забезпечення діяльності військово-медичних установ деталізується актами Кабінету Міністрів України. Ключовим документом тут є Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року № 910, якою затверджено Воєнно-медичну доктрину України [9]. Цей стратегічний директивний документ визначає сукупність науково обґрунтованих принципів, єдиних організаційних вимог та поглядів на організацію медичного забезпечення Збройних Сил та інших військових формувань. Доктрина встановлює стратегію розвитку системи військової охорони здоров'я, її завдання в мирний час та на особливий період, принципи взаємодії з цивільною охороною здоров'я на засадах єдиного медичного простору. Вона є основою для розробки всіх відомчих керівних документів. Інші постанови Кабінету Міністрів України можуть регулювати фінансове забезпечення [1; 3], матеріально-технічне оснащення [7] та порядок направлення на лікування або реабілітацію [57, с. 406; 58, с. 436].

Практична діяльність військово-медичних установ безпосередньо регулюється системою відомчих нормативно-правових актів. Насамперед, йдеться про накази Міністерства оборони України та Командування Медичних Сил Збройних Сил України. Відомчі документи слугують основою для

оперативного управління медичною службою. Вони деталізують порядок організації лікувально-евакуаційного забезпечення, встановлюють конкретні вимоги до матеріально-технічного оснащення, регламентують порядок направлення військовослужбовців на лікування, медичну реабілітацію та військово-лікарську експертизу, а також визначають критерії оцінки якості та своєчасності наданої медичної допомоги в умовах воєнного часу [62, с. 133-142]. Відомчі документи забезпечують практичну імплементацію стратегічних завдань, визначених вищими доктринальними актами.

Одним із найбільш важливих відомчих документів є Наказ Міністра оборони України, яким затверджується Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України [8]. Саме цей наказ містить детальний опис порядку проведення медичного огляду військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, визначає вимоги до їх стану здоров'я, які дозволяють або забороняють проходження військової служби, а також встановлює причинний зв'язок захворювань, поранень (уражень) чи травм із проходженням військової служби. Фактично, Положення про військово-лікарську експертизу є головним робочим інструментом військово-лікарських комісій, що діють у структурі військово-медичних установ [8; 44, с. 396].

Забезпечення повноцінної діяльності військово-медичних установ також опосередковано регулюється нормативно-правовими актами, що належать до сфери державних фінансів та публічних закупівель. Незважаючи на те, що Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та пов'язані з ним постанови Кабінету Міністрів України переважно стосуються цивільної системи охорони здоров'я, їх механізми суттєво впливають на військово-медичні установи [3]. Це відбувається через механізми взаємодії, зокрема, у частині фінансування та забезпечення надання окремих видів медичних послуг військовослужбовцям у цивільній мережі, а також через стандартизацію процесів управління коштами [5].

Окреме, ключове значення в умовах правового режиму воєнного стану, має Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження особливостей

здійснення публічних закупівель...» від 12 жовтня 2022 року № 1178 [1]. Даний акт, що встановлює спеціальні правила та спрощені процедури для закупівлі товарів, робіт і послуг, є критичним для забезпечення оперативності військово-медичних установ [4]. Завдяки цим особливостям закупівель, військові заклади охорони здоров'я отримують можливість швидко реагувати на нагальні потреби, пов'язані з лікуванням поранених та травмованих (уражених) військовослужбовців, оперативно поповнювати запаси витратного медичного майна та матеріально-технічного оснащення, що є невід'ємною умовою підтримання високої боєготовності медичної служби [45, с. 62-75].

На завершення аналізу нормативно-правового забезпечення діяльності військово-медичних установ слід підкреслити, що ця система регулювання є комплексною та багаторівневою. Вона формується від конституційних засад та стратегічних до оперативних відомчих наказів Міністерства оборони та Командування Медичних сил. Така ієрархічна структура дозволяє, з одного боку, гарантувати права військовослужбовців на якісну медичну допомогу та соціальний захист, а з іншого – забезпечувати гнучкість та швидкість реагування завдяки спеціальним фінансовим та закупівельним механізмам, адаптованим до умов воєнного стану.

Отже, нормативно-правове забезпечення діяльності військово-медичних установ є фундаментальною основою ефективного функціонування системи медичного забезпечення Збройних Сил України, оскільки визначає правові засади організації медичної допомоги, порядок управління, фінансування та взаємодії з цивільною системою охорони здоров'я. Чітке дотримання законодавчих і підзаконних актів, стандартів та відомчих нормативів забезпечує єдність підходів до надання медичної допомоги військовослужбовцям, захист їхніх прав, а також підвищує якість і безпеку медичних послуг в умовах мирного часу та особливого періоду.

1.3. Міжнародний досвід організації медичної допомоги військовослужбовцям

Для модернізації системи лікувально-евакуаційного забезпечення країн-членів Альянсу критично необхідним є розгортання уніфікованої та всебічної системи управління медичною допомогою, яка ґрунтується на загальній стандартизованій інформаційній базі. Впровадження такої системи має на меті спрощення ключових процесів, включаючи відстеження пацієнтів, медичне регулювання, ведення медичної документації та швидку обробку даних. Доступ до цієї інформаційної системи надається виключно уповноваженому персоналу через захищені канали зв'язку безпосередньо з театру воєнних дій [16, с. 117863292311681; 20; 22, с. 58-68; 26].

У контексті оптимізації процесу лікувально-евакуаційного забезпечення та з метою критичного скорочення терміну транспортування постраждалого (пораненого чи хворого) до військово-медичної установи, де військовослужбовцю буде надана вичерпна медична допомога, доктринально допускається проведення прямої евакуації [9; 11; 13; 14; 42, с. 35-47]. Сутність цього підходу полягає у пропуску одного або декількох проміжних ешелонів медичної допомоги. Застосування такої тактики не тільки пришвидшує доставку пацієнта до вищого рівня спеціалізації, але й є ключовим інструментом підвищення ефективності системи лікувально-евакуаційного забезпечення, оскільки дозволяє дотримуватися принципу пріоритетності лікування відповідно до тяжкості стану пораненого, травмованого (ураженого), хворого та медичної доцільності [15, с. 114; 44, с. 396].

Термінологія «рівень» (або «ешелон») застосовується на практиці для класифікації медичних закладів відповідно до їхнього функціоналу та наявних можливостей. Цей термін не має жорсткої прив'язки до конкретного типу медичних підрозділів чи певної оперативної зони. Доктринально встановлено, що вищі рівні (ешелони) успадковують функції та можливості, притаманні нижчим. У разі потреби функції та спроможності нижчого ешелону можуть бути оперативно підсилені медичними групами (бригадами) з вищих рівнів.

Ключовим доктринальним постулатом є забезпечення повернення до строю максимальної кількості поранених, травмованих (уражених) та хворих з найнижчого можливого рівня медичного забезпечення [15, с. 114].

У рамках Північноатлантичного альянсу схвалено уніфікований пакет принципів та стратегій медичного забезпечення, дотримання яких є імперативною вимогою для всіх країн-учасниць. Ця стандартизація стосується усіх спільних операцій, очолюваних Альянсом, незалежно від їх характеру (чи то воєнні, миротворчі, чи гуманітарні) [17, с. 288-303]. Функціонування комплексної системи медичного забезпечення охоплює весь ланцюжок: від моменту поранення, травмування (ураження) чи захворювання на полі бою до завершення лікування у віддалених госпіталях безпечних зон. Надання допомоги розпочинається з негайної першої реакції (самодопомога, допомога товаришу, дії бійця-рятувальника тощо). Подальший процес швидко проходить через ключові етапи догляду за пораненим у тактичній обстановці (допомога під вогнем, допомога в умовах тактичного бою, допомога під час евакуації з тактичної зони) та завершується наданням сучасного лікування травм, аж до стабілізаційної операції. Після цього пацієнт транспортується реанімобілем до медичного закладу вищого рівня, де стає можливим проведення складнішого та більш спеціалізованого лікування [18].

Однією з ключових характеристик сучасної організації військової охорони здоров'я є розподіл медичних ресурсів та функціональних можливостей між установами різних рівнів командування, які розташовані у різних локаціях та постійно вдосконалюють свої спроможності. Цей підхід отримав назву «чотири етапи допомоги». За загальним правилом, пропуск будь-якого етапу не допускається, окрім випадків, продиктованих медичною терміновістю, оперативною ефективністю та доцільністю. Дотримання цієї послідовності критично важливе, оскільки необхідно забезпечити стабілізацію та виживання пацієнта під час лікування і проведення первинних реанімаційних заходів перед його транспортуванням до наступного закладу охорони здоров'я. Кожен етап демонструє відмінності у можливостях та рівні

догляду, при цьому наступний етап інтегрує функціонал попереднього та суттєво його розширює [19, с. 5-9; 21; 28, с. 105479].

Початковою ланкою всього ланцюжка лікувально-евакуаційного забезпечення – є Етап 1, або догляд на місці поранення (Point of Injury Care). Його успішна реалізація є критично важливою для виживання постраждалого, оскільки охоплює так звану «золоту годину». Організаційно цей етап поділяється на два ключові рівні, що диференціюються за обсягом знань та кваліфікацією залученого медичного чи немедичного персоналу. Детальний розподіл функціональних обов'язків та виконавців Етапу 1 представлено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Функції персоналу з надання медичної допомоги у зоні ураження

Виконавці	Рівень догляду
Допомога персоналу з базовою підготовкою	Допомога та невідкладні заходи, спрямовані на збереження життя, які надаються самими військовослужбовцями в порядку самопомоги або допомоги товаришу, а також бійцями-рятувальниками (особами з немедичного складу, які пройшли відповідне навчання).
Кваліфікований догляд у тактичній обстановці	Допомога надається санітарними інструкторами чи санітарами, які володіють методиками догляду за пораненим у тактичному бою. Додатково можуть залучатися сержанти-медики військ особливого призначення, незалежні санітари-розвідники-диверсанти Сил спеціальних операцій, спеціальні корабельні санітари, парашутисти аварійно-рятувальної служби та медичні працівники молодшої та середньої ланки спеціальних військових підрозділів.

Джерело: складено автором за матеріалами [27]

Наведена таблиця 1.2 відображає поетапний та диференційований підхід до надання медичної допомоги у зоні ураження залежно від рівня підготовки виконавців. На базовому рівні медичний догляд забезпечується самими військовослужбовцями та особами немедичного складу, які пройшли відповідне навчання, що дозволяє оперативно здійснювати життєзберігаючі невідкладні заходи шляхом самопомоги або допомоги товаришу безпосередньо в осередку бойових дій. Це має вирішальне значення для зменшення втрат у перші хвилини після поранення.

Кваліфікований догляд у тактичній обстановці передбачає залучення спеціально підготовленого медичного та парамедичного персоналу, який

володіє навичками догляду за пораненими в умовах бою та здатний надавати розширений обсяг допомоги. Участь санітарних інструкторів, санітарів і фахівців спеціальних підрозділів забезпечує безперервність медичної допомоги, підвищує її ефективність.

У структурі Сухопутних військ, допомога, що відповідає вимогам Етапу 1, організовується на базі медичного пункту батальйону. Функціонал медичного пункту батальйону сфокусований на невідкладних заходах. Догляд за постраждалим у тактичній обстановці здійснюється лікарем, фельдшером або санітаром батальйону. Основна мета цих дій полягає у відновленні боєздатності військовослужбовця для повернення до строю (за можливості) або ж у стабілізації його стану для підготовки до евакуації до вищого рівня. Важливо підкреслити, що медичний пункт батальйону є неопераційним підрозділом і не має ресурсів для проведення хірургічних втручань чи тривалого утримання пацієнтів [28, с. 105479].

Етап 2 медичного забезпечення характеризується підвищеними порівняно з Етапом 1 медичними можливостями при збереженні 100% мобільності та обмеженої кількості ліжок для стаціонарного утримання. До його функціоналу входить базова перша лікарська допомога, інтенсивний догляд за тяжкими травматологічними пацієнтами, а також можливості здійснення стоматологічних та хірургічних маніпуляцій, проведення лабораторних і рентгенологічних обстежень. Додатково в межах цього етапу може надаватися оптометрія, а також здійснюватися регулювання бойового та робочого стресу й охорона ментального здоров'я. Медичні ресурси Етапу 2, які можуть бути представлені у медичній роті при батальйоні тилового забезпечення бригади або у медичній роті в групі підтримки, надають безпосередню допомогу збірним бригадам різних типів (бронетанковим, піхотним, Stryker-групам тощо) та підтримують вищестоящі формування. Основна мета Етапу 2 – забезпечення медичною допомогою тих пацієнтів, які мають перспективу повернення до виконання обов'язків протягом 72 годин, незважаючи на те, що його діагностичні можливості та ресурс для

профілактичної медицини [27] залишаються обмеженими, хоча й існує можливість доставки еритроцитарної маси (розчину) [28, с. 105479].

В рамках оперативних дій на Етапі 2 може розгортатися Передова хірургічна група підсилення. Цей мобільний підрозділ швидкого реагування приписується до медичного командування або медичної бригади, і може бути закріплений за польовим госпіталем, якщо не задіюється безпосередньо з медичною ротою. Передова хірургічна група підсилення надає критично важливі хірургічні можливості для стабілізації та рятувальної реанімаційної хірургії тяжкопоранених пацієнтів, які не підлягають транспортуванню на значні відстані без негайного втручання. Основна увага зосереджена на постраждалих із політравмами, при цьому спектр втручань охоплює загальні, ортопедичні та обмежені нейрохірургічні процедури [27]. Особовий склад Передової хірургічної групи підсилення зазвичай налічує 20 фахівців, включаючи одного хірурга-ортопеда, трьох хірургів загальної практики, двох медсестер-анестезисток, медсестер і техніків по догляду за тяжкохворими. Оперативні спроможності групи включають можливість безперервної роботи до 72 годин, використовуючи два операційні столи для проведення загалом до 30 хірургічних втручань (з розрахунку мінімум 10 пацієнтів на добу). Передова хірургічна група підсилення також здатна забезпечити післяопераційну інтенсивну терапію для 8 пацієнтів протягом до 6 годин. Адміністративне забезпечення, логістична підтримка, а також надання рентгенологічних та лабораторних послуг для Передової хірургічної групи підсилення покладається на медичну роту підтримки [28, с. 105479].

Етап 3 медичного забезпечення характеризується суттєвим розширенням функціоналу порівняно з попередніми ланками і передбачає лікування пацієнтів у медичному закладі, що має повне оснащення та кваліфікований персонал для надання медичної допомоги усім категоріям постраждалих. Основним функціоналом є реанімація, хірургія первинних ран, спеціалізоване хірургічне лікування політравм та післяопераційний догляд. Розташовуючись найближче до лінії зіткнення (де це дозволяє тактична обстановка), Етап 3 є

критичною ланкою для тих пацієнтів, транспортування яких на значні відстані без негайного хірургічного втручання та стабілізації є неприпустимим. Додатковою функцією є організація евакуаційних заходів та забезпечення територіальної підтримки підрозділам, які не мають власних медичних ресурсів. Для реалізації цих завдань може розгортатися польовий госпіталь з потенціалом до 248 ліжок, який складається зі штабного підрозділу та двох повнофункціональних медичних рот; його ліжковий фонд включає чотири палати інтенсивного догляду (на 48 місць) та 100 палат проміжного рівня (на 200 пацієнтів) для госпіталізації та амбулаторного лікування в межах театру воєнних дій [46, с. 20-29; 47, с. 62-75; 56, с. 87-90].

В рамках оперативних дій на Етапі 2 може розгортатися Польовий госпіталь є ключовим медичним закладом, що має необхідні ресурси для прийому, сортування та операційної підготовки пацієнтів. Його хірургічні можливості є широкими і охоплюють загальні, ортопедичні, торакальні, урологічні, гінекологічні та щелепно-лицеві втручання. Для виконання цих завдань госпіталь оснащений шістьма операційними столами та має персонал, здатний забезпечити 96 операційних годин на добу. Окрім хірургії, госпіталь надає консультаційні та допоміжні послуги як для стаціонарних, так і для амбулаторних пацієнтів, включаючи підтримку підрозділів, що не мають власних медичних ресурсів. Спектр послуг включає забезпечення діяльності фармацевта, психіатра, фізіотерапевта, клінічної лабораторії, радіології, заготівлі крові та консультації дієтолога і валеолога. З метою розширення функціоналу та збільшення пропускнуєї спроможності, Польовий госпіталь може бути підсилений додатковими медичними загонами або бригадами. Таке посилення може включати залучення медичних загонів мінімальної допомоги, спеціалізованих польових хірургічних груп, а також вузькопрофільних додаткових медичних груп [46, с. 20-29; 47, с. 62-75; 56, с. 87-90]. До таких груп належать [27; 28, с. 105479]:

– додаткова медична група (голова і шия) – єдина організація, яка має право на комп'ютерний томограф;

- додаткова медична група (спеціального догляду);
- додаткова медична група (клінічні лабораторні дослідження);
- медична бригада (нирковий гемодіаліз);
- медична бригада (інфекційні хвороби) – має медсестру профілактичної медицини [27] у разі необхідності вжиття запобіжних заходів з охорони здоров'я.

Медична допомога Етапу 4 являє собою кінцеву ланку лікувально-евакуаційного процесу. Вона надається у стаціонарних військово-медичних закладах, які розташовані у віддалених та безпечних зонах, далеко від театру воєнних дій. Цей етап характеризується забезпеченням вичерпної спеціалізованої медичної допомоги, необхідної для остаточного відновлення втрачених функцій та проведення тривалої реабілітації пацієнтів. З огляду на необхідність масштабування медичних ресурсів під час великомасштабних збройних конфліктів, світові доктрини, зокрема досвід Сполучених Штатів Америки, передбачають стратегічну інтеграцію цивільного сектору. У разі мобілізації або виникнення надзвичайних ситуацій відбувається розширення функціональних можливостей військових госпіталів шляхом залучення ресурсів резерву ліжкового фонду цивільних лікарень. Таке об'єднання ресурсів до єдиної системи медичного забезпечення дозволяє ефективно відповідати на різко збільшені потреби, які виникають внаслідок масової евакуації пацієнтів, які потребують тривалого та високоспеціалізованого лікування [21].

Доктрина Північноатлантичного альянсу чітко розмежовує обсяги медичної допомоги, що надається в умовах театру воєнних дій, визначаючи їх як мінімальний (базовий) та розширений. При цьому мінімальний обсяг допомоги встановлюється як обов'язковий для виконання і не підлягає скороченню за жодних оперативних чи тактичних обставин. Розширений обсяг, натомість, реалізується шляхом виділення додаткових сил та ресурсів певній лікувальній установі, що дозволяє їй виконувати заходи більш високого рівня складності [24, с. 26].

Функціональна відповідальність за планування та організацію ефективної системи медичної евакуації покладається безпосередньо на медичний штаб об'єднаних Збройних Сил Північноатлантичного альянсу. Цей штаб здійснює координацію евакуаційного процесу в межах театру воєнних дій, діючи у тісній взаємодії з оперативним відділом та відділом матеріально-технічного забезпечення. Водночас військове командування несе відповідальність за ресурсне забезпечення, виділяючи необхідні транспортні літаки для аеромедичної евакуації, а також визначаючи безпечні маршрути та забезпечуючи їх захист від потенційного ураження з боку противника. Критичну роль у системі лікувально-евакуаційних заходів виконує координаційний центр з питань проведення евакуації. Цей центр, який повинен бути інтегрований до координаційної структури театру воєнних дій, підтримує постійний зв'язок з усіма ключовими суб'єктами системи та активно співпрацює з національними групами медичної взаємодії. Координаційний центр знаходиться у прямому підпорядкуванні начальнику медичної служби театру воєнних дій [21].

Таким чином, комплексний аналіз міжнародного досвіду у сфері організації медичної допомоги військовослужбовцям виявляє низку ключових тенденцій та ефективних моделей, які заслуговують на увагу. Узагальнення вивчених матеріалів свідчить про глибоке розуміння провідними країнами критичної важливості безперервної та високоякісної медичної підтримки військовослужбовців на всіх етапах медичної евакуації [27]. Така система демонструє єдність підходів щодо швидкого розгортання медичних потужностей, інтеграції цивільної та військової медицини, а також впровадження інноваційних технологій для забезпечення найкращих результатів на всіх рівнях медичного забезпечення. Зрештою, успішність організації військової медицини прямо корелює з рівнем боєготовності та обороноздатності, а також соціального захисту особового складу, що підкреслює її стратегічну роль.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ

2.1. Організаційно-економічна характеристика Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону було в 2009 році як одну з провідних закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України. Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону (далі ВМКЦ ЦР) – багатoproфільний клінічний, лікувально-діагностичний та науковий центр в якому лікуються поранені, травмовані та хворі військовослужбовці, ветерани Збройних Сил України, а також охочі цивільні пацієнти (за винятком воєнного стану), що здійснює свою діяльність згідно затвердженого Положення [63].

Основними завданнями ВМКЦ ЦР є:

- забезпечення постійної бойової та мобілізаційної готовності ВМКЦ ЦР та підпорядкованих закладів охорони здоров'я до виконання завдань за призначенням та керівництва ними під час здійснення заходів з медичного забезпечення застосування військ (сил);
- забезпечення надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
- здатність надання спеціалізованої медичної допомоги у ВМКЦ ЦР, а також організацію та надання встановлених видів медичної допомоги особовому складу Збройних Сил України у визначеній зоні відповідальності;
- організація та проведення медичної реабілітації (в умовах профільних відділень) та санаторно-курортного лікування військовослужбовців та осіб, які законодавчо мають право на лікування у закладі охорони здоров'я;
- організація управління системою медичного забезпечення в зоні відповідальності, керівництво діяльністю військово-медичних закладів та

підрозділів медичної служби військової ланки у зазначеній зоні, надання їм методичної і практичної допомоги;

- організація медичного забезпечення бойової підготовки та інших видів повсякденної діяльності особового складу Збройних Сил України в зоні відповідальності;

- здійснення заходів медичного забезпечення військ (сил) в зоні відповідальності Збройних Сил України;

- надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та організація етапного лікування хворих і постраждалих;

- організація та проведення амбулаторного, стаціонарного і відновлювального лікування військовослужбовців та осіб, які законодавчо мають право на лікування у закладі охорони здоров'я;

- організація та проведення лікувально-профілактичних заходів щодо військовослужбовців та працівників Збройних Сил України, які працюють у шкідливих для здоров'я умовах;

- організація та забезпечення медичним майном та технікою закладів охорони здоров'я та військ (сил) в зоні відповідальності;

- участь у заходах оборонного планування, у тому числі підготовці пропозицій до проектів програми розвитку спроможностей Медичних сил Збройних Сил України, інших державних цільових програм, здійсненні їх реалізації та звітуванні про їх виконання;

- здійснення внутрішнього контролю за витратами та списанням медичного та іншого майна;

- дотримання гарантованої державою якості надання медичних послуг;

- організація та проведення військово-лікарської (лікарсько-льотної) експертизи особового складу Збройних Сил України;

- аналіз, оцінка результатів роботи, розробка пропозицій щодо покращення розвитку та удосконалення системи проведення лікарсько-льотної експертизи;

- керівництво діяльністю закладів охорон здоров'я зони відповідальності, надання методичної та практичної допомоги під час проведення лікувально-профілактичних заходів та медичного контролю за умовами служби і побуту військ;

- реалізації державної політики з інформатизації системи охорони здоров'я та забезпечення захисту інформації і кібербезпеки в інформаційно-телекомунікаційних системи медичного забезпечення в зоні відповідальності;

- організація та контроль за поточним і перспективним плануванням роботи закладів охорон здоров'я в зоні відповідальності, контроль за виконанням планів;

- організація перепідготовки та підвищення кваліфікації особового складу медичної служби, його атестування, управління кар'єрою та професійним зростанням медичного персоналу, підбір та розстановка медичних кадрів;

- участь у проведенні підготовки слухачів Української військово-медичної академії та авіаційних лікарів з авіаційної та космічної медицини на базі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону;

- організація та раціоналізаторської роботи;

- наукової, дослідницької проведення та організація взаємодії та співробітництва з питань військової медицини з закладах охорони здоров'я інших складових сил оборони, Міністерства охорони здоров'я України, а також відомчої, комунальної та приватної форм власності;

- забезпечення умов щодо постійного підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги в клініках та відділеннях, а також інших структурних підрозділів Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону під час виконання завдань за призначенням взаємодіє органами державної влади, місцевого самоврядування, з органами управління, інших складових сил оборони, органами військового управління видів, родів військ (сил) Збройних

Сил України, а також підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності.

Організаційна структура Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону побудована за ієрархічним та функціонально-орієнтованим принципом, що забезпечує ефективне управління багатoproфільним медичним закладом. На верхівці управлінської вертикалі знаходиться Начальник Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Він несе персональну відповідальність за загальне керівництво, стратегічне планування та функціонування Центру, а також за готовність закладу військово-медичної установи до виконання завдань як у мирний, так на в особливий період. Безпосереднім виконавчим органом, що здійснює оперативне управління лікувально-діагностичним процесом, є заступник начальника Центру з медичної частини – начальник медичної частини, який знаходиться у прямому підпорядкуванні. Саме начальник медичної частини забезпечує координацію та взаємодію між ключовими клінічними спеціалістами Центру. Центральне місце у цій структурі займають провідний хірург (регіону) та провідний хірург терапевт (регіону). Така система звітності гарантує прозорість, контроль і є підґрунтям для прийняття коригувальних рішень вищим військовим командуванням та начальником Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону [63; 65].

Матеріальне та фінансово-економічне забезпечення діяльності військово-медичних установ, включаючи Військово-медичний клінічний Центр Центрального регіону, регулюється визначеними відомчими актами. Ключовим документом у цій сфері є Правила організації фінансового забезпечення військових частин, установ та організацій Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту. Ці Правила, затверджені Наказом Міністерства оборони України № 280 від 22 травня 2017 року (у редакції Наказу МОУ № 44 від 25 січня 2023 року), встановлюють уніфікований алгоритм розподілу бюджетних асигнувань, обліку та контролю за цільовим використанням коштів [1].

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону функціонує як розпорядник бюджетних коштів третього рівня, що свідчить про його правову та фінансову автономію у межах оборонного відомства. Управління фінансами Центру здійснюється згідно з національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку у державному секторі. Заклад зобов'язаний своєчасно формувати та подавати фінансову та бюджетну звітність у встановленому порядку [3].

Фінансова стабільність Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону підтримується через диверсифіковані джерела надходжень. Основним джерелом є кошти Державного бюджету України, які цільовим призначенням виділяються Міністерству оборони для забезпечення утримання та операційної діяльності військово-медичних установ. Додатково фінансування поповнюється за рахунок власних надходжень від господарської діяльності (наприклад, надання платних послуг, що не суперечать профілю) та інших джерел, дозволених чинним законодавством [37].

Вивчення фінансових показників є критично необхідним для розуміння ефективності управління ресурсами та забезпечення стабільності закладу []. Слід зазначити, що у зв'язку з правовим режимом воєнного стану та особливим статусом військових установ, фінансова звітність Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є інформацією з обмеженим доступом. Це унеможлиблює проведення повного аналізу фінансового стану закладу за період після початку повномасштабного вторгнення [66]. Зважаючи на це обмеження, для досягнення об'єктивної оцінки фінансової стійкості та платоспроможності ми сфокусуємося на відкритих даних, що відображають діяльність Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону до початку повномасштабного вторгнення, а саме за 2019 та 2020 рік. Аналіз буде проведено на основі двох ключових розрахункових показників: коефіцієнті фінансової автономії (демонструє незалежність установи) та коефіцієнті поточної ліквідності (відображає

здатність своєчасно покривати короткострокові зобов'язання). Ці дані знайшли відображення в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Показники стійкості та платоспроможності Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2019-2020 роки, частка одиниці

Показник	Роки		Абсолютний приріст, +,-	Відносний приріст, %
	2019	2020		
Фінансова автономія	0,93	0,96	0,02	2,53
Поточна ліквідність	0,96	0,97	0,01	0,55

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я [66]

Показник фінансової автономії відображає частку активів, які фінансуються за рахунок власних джерел закладу, демонструючи його фінансову незалежність від зовнішніх зобов'язань [35; 36]. Протягом досліджуваного періоду коефіцієнт фінансової автономії перебував на високому рівні, становлячи 0,93 у 2019 році та зростаючи до 0,96 у 2020 році. Значення, близькі до одиниці (1,0), свідчать про надзвичайно високий рівень фінансової стійкості та незалежності. Практично всі активи Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону фінансувалися за рахунок бюджетних асигнувань або власних фондів, що є позитивною ознакою для військово-медичної установи, оскільки мінімізує залежність від комерційних кредиторів. Абсолютний приріст склав +0,02, а відносний – +2,53%. Невелике зростання підтверджує тенденцію до посилення фінансової стійкості, хоча вихідне значення вже було майже максимальним.

Показник поточної ліквідності відображає здатність закладу своєчасно та в повному обсязі погасити свої короткострокові зобов'язання за рахунок найбільш ліквідних активів (грошових коштів, дебіторської заборгованості тощо) [25; 59]. Коефіцієнт поточної ліквідності також демонструє високий, але стриманий рівень. У 2019 році він становив 0,96, а у 2020 році зріс до 0,97. Значення, близькі до одиниці (1,0), свідчать про те, що поточних активів Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону було практично достатньо для покриття усіх короткострокових зобов'язань. Хоча показник не

досягає рекомендованого для комерційних підприємств рівня (часто $>1,0-1,5$), для бюджетної установи, яка має гарантоване державне фінансування і мінімальні комерційні борги, дане значення свідчить про задовільну платоспроможність та відсутність ризиків невиконання зобов'язань. Абсолютний приріст склав $+0,01$, а відносний – $+0,55\%$. Це мінімальне зростання вказує на стабільність фінансового менеджменту в частині управління поточними активами та пасивами.

Аналіз показників за 2019-2020 роки підтверджує, що Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону мав високий рівень фінансової стійкості та задовільну платоспроможність до початку широкомасштабної агресії. Обидва ключові показники знаходяться поблизу нормативного значення (1,0), демонструючи, що військово-медична установа переважно фінансувалась власними силами (бюджетними коштами) і була здатною покривати свої поточні зобов'язання.

Структура фінансових та не фінансових активів Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2019-2020 роки знайшла своє відображення на рис. 2.1.

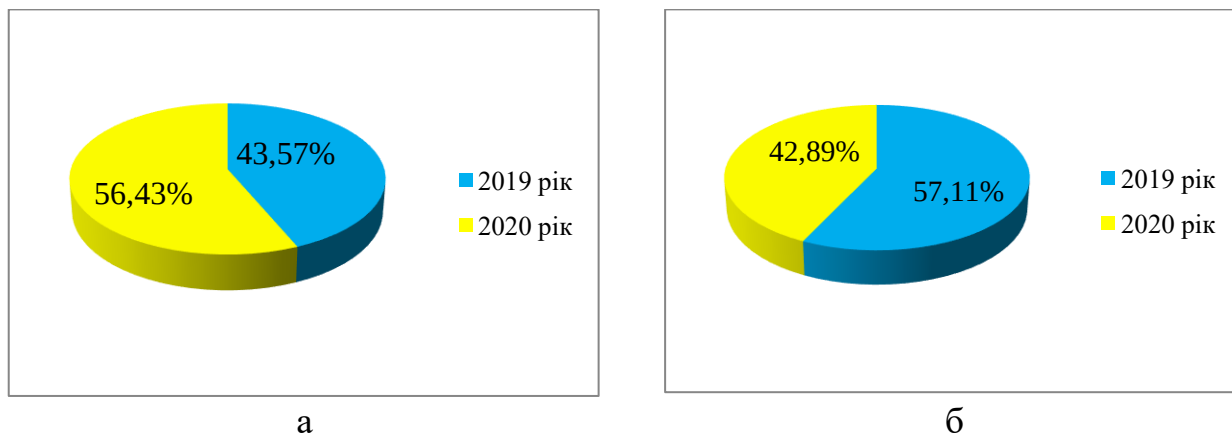


Рис. 2.1. Структура активів Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2019-2020 роки (а – нефінансові активи, б – фінансові активи), %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я [66]

Рис. 2.1а відображає розподіл загальної суми нефінансових активів Військово-медичного клінічного центру за 2019-2020 роки (сукупно 100%),

свідчить про значно вищу динаміку нарощування цих активів у другому році досліджуваного періоду. Зокрема, на 2019 рік припало 43,57% від загального обсягу нефінансових активів за два роки, тоді як у 2020 році ця частка зросла до 56,43%. Такий розподіл, де частка 2020 року перевищує частку 2019 року на 12,86%, є ключовим фінансовим показником. Він вказує на інтенсивне інвестування та пріоритетне спрямування ресурсів на зміцнення матеріально-технічної бази військово-медичної установи саме у 2020 році. Ймовірно, це стало результатом реалізації великих інвестиційних програм, надходження цільового фінансування або ж оперативним реагуванням на підвищення потреб, що підкреслює пріоритетність матеріального забезпечення над іншими статтями активів у цей період.

Рис. 2.16 ілюструє розподіл загальної суми фінансових активів Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2019-2020 роки (сукупно 100%) та свідчить про суттєве зниження динаміки нарощування цих активів у 2020 році порівняно з попереднім періодом. На 2019 рік припала переважна частка фінансових активів, що становила 57,11% від загального обсягу за два роки. Натомість, у 2020 році частка фінансових активів знизилася до 42,89%. Така структура є ключовим фінансовим індикатором і показує, що основна активність або найбільші надходження фінансових ресурсів (грошові кошти, поточні фінансові інвестиції, дебіторська заборгованість) були зосереджені саме у 2019 році. Частка 2020 року менша за частку 2019 року на 14,22%, що свідчить про скорочення припливу або зменшення залишків цих активів. Це може бути результатом кількох фінансових чинників, наприклад, інтенсивного використання фінансових ресурсів (грошових коштів) [38; 39] у 2020 році для інвестування в інші активи, зокрема, у нефінансові, або ж зменшення обсягу цільового фінансування та скорочення ліквідних засобів у порівнянні з 2019 роком.

Надалі було прийнято рішення проаналізувати елементи витрат за обмінними операціями за 2019-2020 роки. Ці дані наведеі в таблиці 2.2.

Елементи витрат за обмінними операціями Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2019-2020 роки, грн

Показник	Роки	
	2019	2020
Витрати на оплату праці	203103056	214579087
Відрахування на соціальні заходи	38188420	39834887
Матеріальні витрати	42297804	46433045
Амортизація	23279619	30018101
Інші витрати	1268736	948118
Всього	308137635	331813238

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я [66]

Загальний обсяг витрат за обмінними операціями Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону у 2020 році зріс порівняно з 2019 роком на приблизно 7,68%. Це загальне зростання було зумовлене майже всіма основними статтями, однак їх динаміка була досить неоднорідною. Найбільший приріст серед усіх статей витрат зафіксовано за показником амортизація, який збільшився майже на 29%. Такий значний темп зростання чітко свідчить про інтенсивне введення в експлуатацію нових основних засобів, зокрема нового медичного обладнання у 2019-2020 роках, що вказує на активну інвестиційну політику та модернізацію матеріально-технічної бази військово-медичної установи.

Також вагоме зростання продемонстрували матеріальні витрати, які зросли майже на 10%. Це відображає збільшення обсягів використання ресурсів, необхідних для поточної діяльності, таких як лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, продукти харчування або комунальні послуги, що може бути пов'язано зі зростанням навантаження на військово-медичну установу.

Витрати на персонал також зросли, але помірнішими темпами. Витрати на оплату праці збільшилися майже на 6%, а пов'язані з ними відрахування на соціальні заходи – трохи більше, ніж на 4%. Таке зростання є типовим і, ймовірно, обумовлене індексацією заробітної плати, преміями або розширенням штату військово-медичної установи. Єдиною статтею, що зазнала

скорочення, є інші витрати, які зменшилися одразу на понад 25%. Таке різке падіння може свідчити про успішну оптимізацію адміністративних чи непрямих витрат, перегляд договірних умов або усунення неефективних статей видатків у 2020 році.

Загальна динаміка фінансових показників Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону у 2020 році свідчить про виразний позитивний розвиток та активну інвестиційну політику. Значне зростання частки нефінансових активів, високі темпи приросту амортизації та матеріальних витрат (на тлі скорочення фінансових активів) підтверджують пріоритетне інвестування коштів у матеріально-технічне забезпечення та модернізацію військово-медичної установи. Одночасне зміцнення фінансової автономії та стабільна ліквідність вказують на те, що ці витрати здійснювалися без підриву фінансової стійкості установи.

Отже, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону є багатопрофільним закладом охорони здоров'я системи Міністерства оборони України, який поєднує лікувальну, діагностичну, реабілітаційну та організаційно-управлінську діяльність, забезпечуючи надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям і іншим визначеним категоріям пацієнтів. Організаційна структура центру та особливості його фінансово-економічного забезпечення сприяють раціональному використанню матеріальних, кадрових і фінансових ресурсів, що в умовах підвищеного навантаження та особливого періоду дозволяє забезпечувати стабільність функціонування закладу, належний рівень якості медичних послуг і виконання покладених на нього завдань.

2.2. Аналіз кадрового потенціалу та рівня професійної підготовки медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону

Нестабільна соціально-економічна обстановка на світовій арені та нові глобалізаційні виклики доводять необхідність масштабного реформування Збройних Сил України [7; 12, с. 4374]. Будь-яка інституційна реформа, що спричиняє структурну перекомпоновку, вимагає значної уваги до людського капіталу. Ці зміни безпосередньо стосуються й закладів охорони здоров'я Міністерства оборони, зокрема Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Успішність функціонування Військово-медичного клінічного центру Центрального безпосередньо залежить від кількісної та структурної стійкості його персоналу. Тому першочерговим етапом є аналіз фактичного кадрового забезпечення штату та розподілу медичних працівників, що дозволяє визначити наявну ресурсну базу та готовність до виконання завдань, покладених на заклад в умовах воєнного стану.

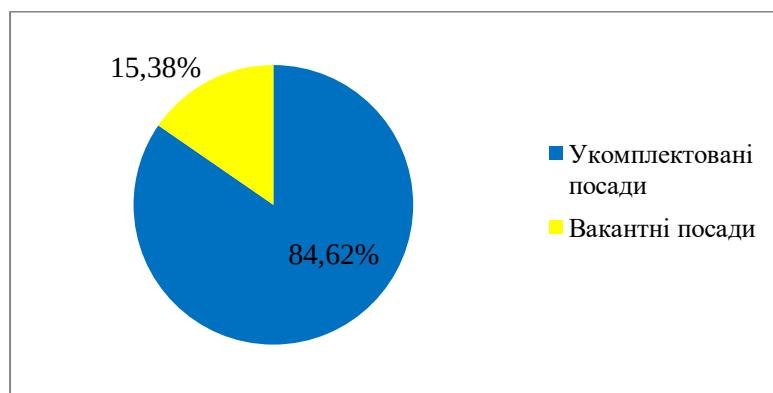


Рис. 2.2. Структура кадрового забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону медичним персоналом за 2024 рік, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

З рисунка видно, що рівень кадрового забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону медичним персоналом складає 84,62%. Цей показник, хоч і свідчить про загальну стійкість та можливість виконувати основні клінічні функції ($p=0,00001$), водночас фіксує

наявність 15,38% вакантних посад, що сигналізує про помірний кадровий дефіцит.

В умовах воєнного стану та системного реформування Збройних Сил України, такий резерв вакантних посад набуває критичного значення. З одного боку, існуючий рівень кадрового забезпечення дозволяє створити умови для повноцінного лікування та реабілітації поранених, травмованих (уражених) та хворих військовослужбовців. З іншого боку, підвищене навантаження на установу в умовах воєнного стану, а також необхідність регулярних відряджень медичного персоналу для наближення елементів спеціалізованої медичної допомоги до переднього краю оборони [31, с. 120; 44, с. 396], суттєво виснажує штат, що залишається у Центрі.

Таким чином, наявний дефіцит створює потенційні ризики для ефективного функціонування Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону в тилу, особливо в умовах інтенсифікації бойових дій. Для мінімізації цих ризиків, забезпечення максимальної готовності до реагування та повноцінного виконання завдань за призначенням необхідним є прийняття комплексних стратегічних рішень, спрямованих на ефективне доукомплектування штату та його подальше закріплення відповідно до вимог.

Провівши попередній огляд загальної штатної структури Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, варто перейти до більш сфокусованого вивчення показників. Для повноцінного розуміння кадрового забезпечення військово-медичної установи, життєво важливо розмежувати та проаналізувати ситуацію в розрізі ключових професійних груп. Наступний рисунок демонструє не агреговані дані, а відокремлені показники укомплектованості за двома основними категоріями: лікарським персоналом, який відповідає за прийняття ключових клінічних рішень, та середнім медичним персоналом, що забезпечує безперервність догляду та виконання лікарських призначень. Ці дані знайшли відображення на рис. 2.3.

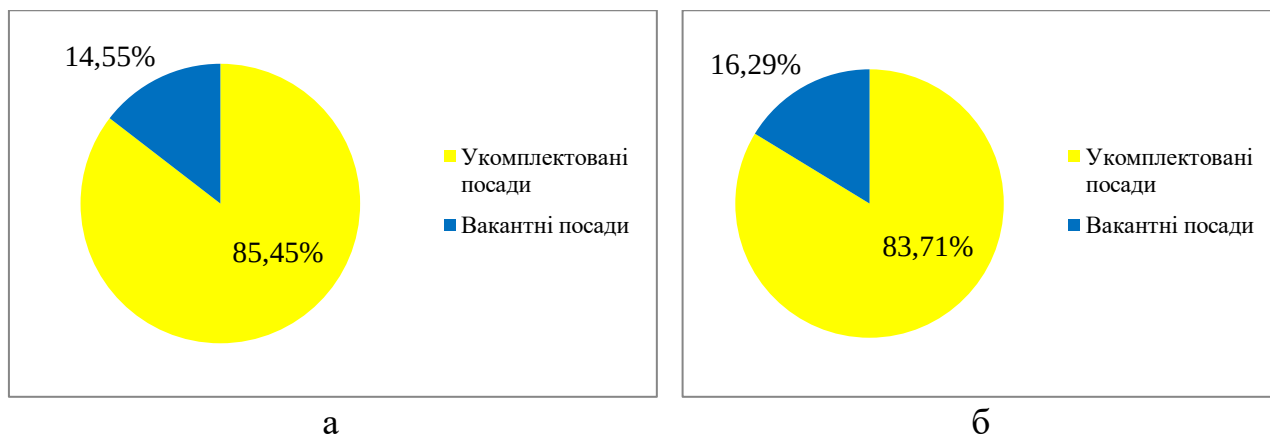


Рис. 2.3. Структура кадрового забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону лікарським (а) та середнім медичним (б) персоналом за 2024 рік, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

Аналіз кадрового забезпечення серед ключової ланки Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону – лікарського персоналу – виявив, що 85,45% штатних посад є укомплектованими. Цей показник підтверджує, що більшість клінічних та діагностичних відділень мають достатню кількість спеціалістів для забезпечення поточних потреб пацієнтів та підтримки високої інтенсивності робочого навантаження. Водночас, наявність 14,55% вакантних посад серед лікарського персоналу формує помірний, але значущий ($p=0,00001$) кадровий дефіцит. Така частка вакантних штатних одиниць створює додаткове, нерівномірне навантаження на існуючий штат. Тривале функціонування в умовах постійного перевантаження є прямим фактором ризику розвитку професійного вигорання серед лікарів, що може потенційно негативно вплинути на якість надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, травмованим (ураженим) та хворим військовослужбовцям та вимагає оперативного втручання шляхом активізації рекрутингових програм.

Оцінка кадрового забезпечення серед середнього медичного персоналу, що є опорною ланкою для безперервного догляду за пацієнтами, також демонструє високий рівень заповнюваності, який становить 83,71%. Така частка укомплектованості свідчить про спроможність Центру виконувати

основний обсяг процедурних та доглядових функцій. Проте, показник 16,29% вакантних посад у цій категорії є незначно ($p < 0,05$) більшим, ніж серед лікарів. Такий дефіцит створює суттєве ($p = 0,00001$) оперативне перевантаження на середній медичний персонал, оскільки їхній обсяг роботи часто не може бути перерозподілений автоматично. Надмірне щоденне навантаження, викликане нестачею медичного персоналу, так само є високим каталізатором професійного вигорання у цій ключовій групі, що може призвести до зниження уваги, збільшення кількості помилок та вимагає негайної розробки заходів для повного укомплектування цих критично важливих штатних одиниць.

Таким чином, результати аналізу, які відображають рівень кадрового дефіциту як серед лікарського персоналу (14,55% вакантних посад), так і серед середнього медичного персоналу (16,29% вакантних посад), свідчать про системну проблему комплектування, а не про вибірковий дисбаланс у певній професійній категорії. Загальний рівень укомплектованості хоча і є високим, однак не відповідає стратегічній меті – досягнення 100% кадрового забезпечення, яке є критично важливим для гарантування безперервності та максимальної ефективності надання медичної допомоги в умовах військово-медичної установи. Для нівелювання цього сумарного дефіциту та утвердження повної штатної стійкості Центру, необхідно сформувати комплексні та універсальні стратегії комплектування, які будуть однаково ефективними для залучення як висококваліфікованих лікарів, так і необхідної кількості середнього медичного персоналу.

Хоча досягнення 100% кадрового забезпечення є стратегічною ціллю, ефективність Військово-медичного клінічного центру не може бути оцінена лише за часткою укомплектованості штатних посад. Поруч з тим, важливим кроком є аналіз рівня професійної підготовки наявного медичного персоналу. Специфіка військової медицини вимагає не просто наявності фахівців, але і їх високої кваліфікації, здатності до швидкого прийняття рішень та володіння

сучасними протоколами лікування. Рівень професійної підготовки медичного персоналу відображено на рис. 2.4.

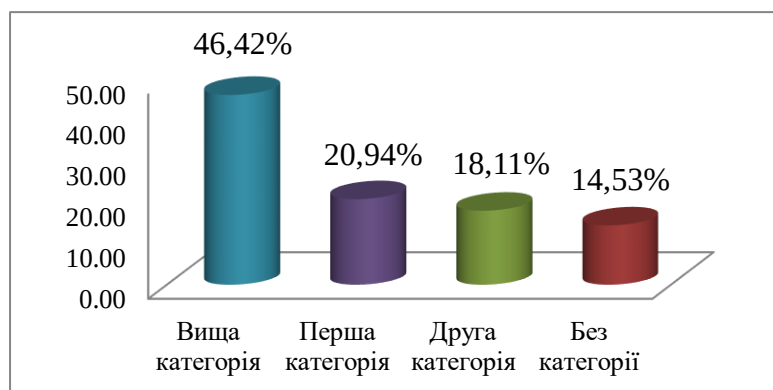


Рис. 2.2. Структура рівня професійної підготовки медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2024 рік, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

Аналіз структури рівня професійної підготовки серед загальної чисельності лікарського та середнього медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону демонструє його високий кваліфікаційний потенціал [10; 30, с. 35-43]. Найбільша частка медичного персоналу, а саме 46,42%, має вищу кваліфікаційну категорію. Це свідчить про значний рівень досвіду, компетентності та експертності, що є критично важливим для надання спеціалізованої медичної допомоги. Крім того, на додачу медичний персонал із першою (20,94%) та другою кваліфікаційною категорією (18,11%), отримуємо, що переважна більшість (85,47%) персоналу є атестованою та підтвердила свою високу кваліфікацію ($p=0,00001$). При цьому, 14,53% персоналу наразі не мають кваліфікаційної категорії. Ця частка зазвичай представлена молодими спеціалістами або тими, хто проходить первинну спеціалізацію, і потребує підтримки та планування їх професійного розвитку для подальшої атестації. Однак, в цілому розподіл вказує на зрілу та висококваліфіковану медичну команду, готову виконувати поставлені завдання професійно та ефективно.

В ході подальшого аналізу стає необхідним диференціювати цей аналіз за ключовими кадровими групами. Ці дані наведені на рис. 2.5.

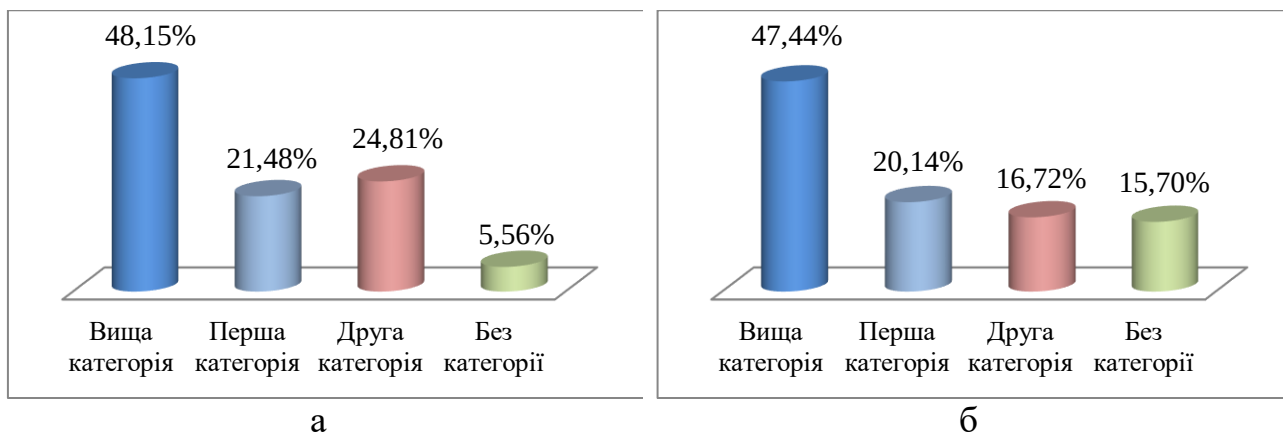


Рис. 2.3. Структура рівня професійної підготовки лікарського (а) та середнього медичного медичного (б) персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2024 рік, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

Структура кваліфікації лікарського складу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону демонструє надзвичайно високий рівень професійної зрілості та досвіду. Переважна більшість лікарів, а саме 48,15%, володіє вищою кваліфікаційною категорією. До них додається значна частка спеціалістів із першою категорією (21,48%) та другою категорією (24,81%). Таким чином, понад 94% лікарів є атестованими фахівцями ($p=0,00001$), що є ключовим показником якості надання спеціалізованої медичної допомоги. Мінімальна частка лікарів, які не мають жодної кваліфікаційної категорії, становить лише 5,56%. Це свідчить про ефективну систему атестації та планування кар'єрного розвитку, оскільки відсутність категорії є переважно тимчасовим станом для молодих лікарів.

Розподіл кваліфікації серед середнього медичного персоналу також відображає високі стандарти професійності. Частка фахівців із вищою категорією є домінуючою і становить 47,44%, що майже ідентично показникам лікарського складу. Спеціалісти з першою категорією (20,14%) та другою категорією (16,72%) разом формують міцну основу якісного сестринського догляду. Сукупно, це підтверджує, що більшість середнього персоналу володіє необхідними знаннями та навичками, підтвердженими атестацією ($p=0,00001$). Однак, серед середнього медичного персоналу фіксується вищий відсоток

осіб, які не мають кваліфікаційної категорії, – 15,70%. Цей показник, що втричі перевищує аналогічний серед лікарського персоналу, вказує на необхідність посилення уваги до атестаційної роботи та створення додаткових стимулів для своєчасного підвищення кваліфікації та проходження атестації серед середнього медичного персоналу.

Таким чином, аналіз якісної структури підготовки демонструє сильний професійний потенціал медичного персоналу у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону. Переважна частка лікарського та середнього медичного персоналу має підтверджену кваліфікаційну категорію, причому найбільша частка володіє вищою категорією. Такий високий рівень професійної підготовки є надійною основою для забезпечення якісного надання медичної допомоги пораненим, травмованим (ураженим) та хворим військовослужбовцям. Однак, для підтримки та подальшого розвитку високого рівня професійної кваліфікації необхідно розробити індивідуалізовані та ефективні стратегії заохочення до професійного зростання як для лікарського, так і для середнього медичного персоналу, що дозволить забезпечити постійну динаміку підвищення кваліфікації в обох ланках.

Проведений глибокий аналіз кадрового стану Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону переконливо демонструє, що установа володіє потужним та стійким кадровим потенціалом, який є основою її операційної надійності. Ключовою ознакою цього потенціалу є значний рівень загального кадрового забезпечення та, що є особливо важливим, суттєва перевага висококваліфікованих спеціалістів із підтвердженими кваліфікаційними категоріями. Ці позитивні показники не лише свідчать про високу якість надання медичних послуг, але й підтверджують операційну стійкість та здатність військово-медичної установи ефективно функціонувати навіть в умовах підвищеного навантаження.

Проте, незважаючи на загальну позитивну картину, виявлено й певні аспекти, що потребують подальшої уваги та цільового втручання. Зокрема, ідентифікована наявність помірного дефіциту вакантних посад вказує на певні

кадрові прогалини, які, хоча й не є критичними, можуть уповільнювати оптимальне надання спеціалізованої допомоги. Крім того, тенденція щодо поповнення штату персоналом, який ще не має кваліфікаційної категорії, підкреслює необхідність активізації процесів швидкої адаптації та професійного зростання нових медичних працівників. Ці чинники сигналізують про те, що для досягнення максимальної ефективності потрібні подальші цільові та систематичні дії.

З огляду на це, стратегічні зусилля керівництва та профільного відомства мають бути невідкладно сфокусовані на розробці універсальних та високоефективних механізмів управління людськими ресурсами. Головна мета цих механізмів полягає у досягненні абсолютного показника (100%) як у площині загального кадрового забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, так і у забезпеченні максимального охоплення медичного персоналу вищою кваліфікаційною категорією.

Отже, кадровий потенціал Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону характеризується достатнім рівнем укомплектованості, професійної компетентності та спеціалізації медичного персоналу, що забезпечує надання якісної та безперервної медичної допомоги в умовах підвищеного навантаження. Наявність фахівців різного профілю, їх систематичне підвищення кваліфікації, участь у навчаннях і практичний досвід роботи в умовах особливого періоду сприяють ефективному виконанню лікувально-діагностичних завдань, водночас виявлені окремі кадрові виклики зумовлюють необхідність подальшого розвитку системи професійної підготовки та кадрового резерву.

2.3. Оцінка ефективності функціонування системи медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону

Основним завданням будь-якої військово-медичної установи полягає у забезпеченні військовослужбовців високоякісною медичною допомогою [56, с. 87-90]. Видатні українські науковці у сфері військової охорони здоров'я [46, с. 20-29; 47, с. 5-18; 58, с. 436], наголошують на потребі формування такої системи медичного забезпечення, котра здатна ефективно функціонувати як у період мирного часу, так і в умовах збройних протистоянь низької інтенсивності (без додаткового залучення сил та засобів). Водночас ця система повинна гарантувати провідну позицію серед медичних служб інших військових формувань, інтегруючись у єдиний медичний простір держави [9].

Деякі дослідники [4; 45, с. 62-75] вважають, що здійснення систематичного аналізу індикаторів санітарних втрат, а отже, і моніторинг ефективності системи лікувально-евакуаційного забезпечення загалом стає можливим виключно за умови налагодженого військово-медичного обліку та відповідної звітності.

Локальний збройний конфлікт на Сході України, що розпочався у 2014 році, справді виявив певні проблеми із злагодженістю та повнотою ведення первинної медичної документації на початковому етапі. Це створило труднощі для достовірного відслідковування структури і точної кількості санітарних втрат у перші місяці протистояння [45? с/ 62-75]. Однак, накопичений досвід тієї фази конфлікту став вирішальним чинником: під час повномасштабного вторгнення (з 2022 року) система військово-медичного обліку була суттєво оптимізована та вдосконалена з урахуванням попередніх недоліків.

Ефективна оцінка функціонування системи надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону в умовах повномасштабного вторгнення неможлива без глибокого та системного аналізу структури санітарних втрат, адже саме санітарні втрати є основним

індикативним показником в ході планування медичного забезпечення військ (сил) [45, с. 62-75].

В умовах збройних конфліктів докорінно змінюється структура санітарних втрат, де превалюють бойові. За таких умов зростає частка осіб зі специфічними бойовими травмами, які вимагають хірургічних втручань. Тому важливого значення набуває вивчення структури санітарних втрат, оскільки такий ретроспективний аналіз дозволить об'єктивно оцінити масштаб і характер медичних викликів, з якими періодично стикаються військово-медичні установи. Структура санітарних втрат за 2022 рік наведена на рис. 2.6.

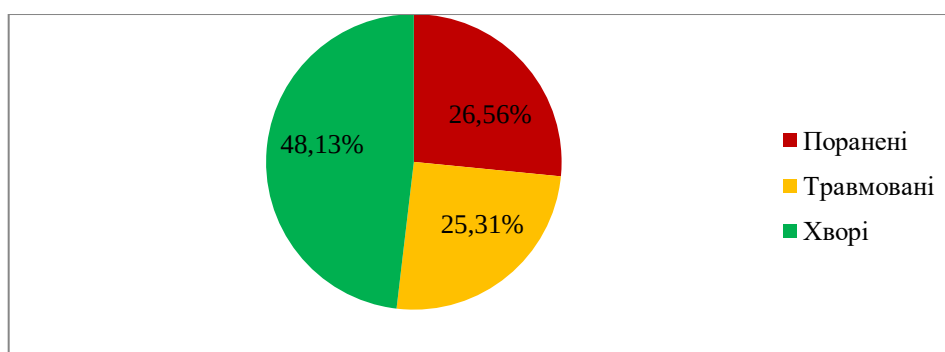


Рис. 2.6. Структура санітарних втрат серед військовослужбовців відповідно до характеру ураження, яким була надана спеціалізована медична допомога у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону за 2022 рік, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

Аналіз структури санітарних втрат військовослужбовців, які надійшли до Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону протягом 2022 року, є ключовим елементом оцінки функціонального навантаження закладу в перший рік повномасштабної агресії. Згідно з отриманими даними, найбільшу частку серед усіх категорій склали саме хворі військовослужбовці – 48,13%. Такий стан справ вказує на значний вплив екстремальних умов проходження військової служби в бойових умовах та високого рівня психоемоційного перенапруження особового складу. Поруч з тим, 51,87% військовослужбовців зазнали поранень та травм (уражень) і потребували, в першу чергу, надання спеціалізованої хірургічної допомоги.

Структура санітарних втрат за 2023 рік наведена на рис. 2.7.

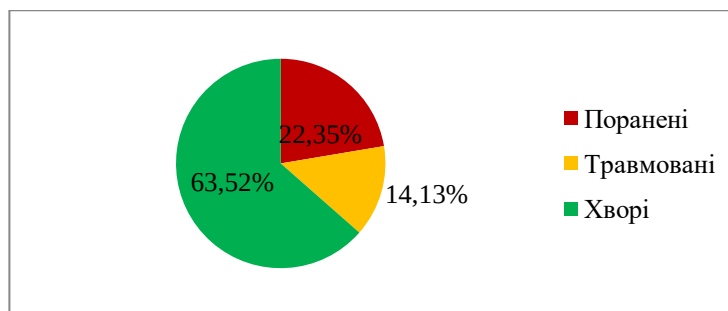


Рис. 2.7. Структура санітарних втрат серед військовослужбовців відповідно до характеру ураження, яким була надана спеціалізована медична допомога у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону за 2023 рік, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

У 2023 році структура санітарних втрат, які надійшли до Військово-медичного клінічного центру, продемонструвала суттєві зміни, що відображають нову фазу збройного конфлікту. Найбільшою частиною контингенту стали хворі військовослужбовці, частка яких в загальній структурі зросла на 15,39% порівняно з 2022 роком. Такий стан справ може підтверджувати або приріст частки небойових санітарних втрат серед особового складу внаслідок перебування в екстремальних умовах, або на інтенсивність збройного конфлікту, тобто зниження інтенсивності його. У будь-якому випадку це вимагає від керівництва зміщення акцентів з організації хірургічної допомоги, до нарощування сил з боку терапевтичних та реабілітаційних підрозділів.

Структура санітарних втрат за 2024 рік наведена на рис. 2.8.

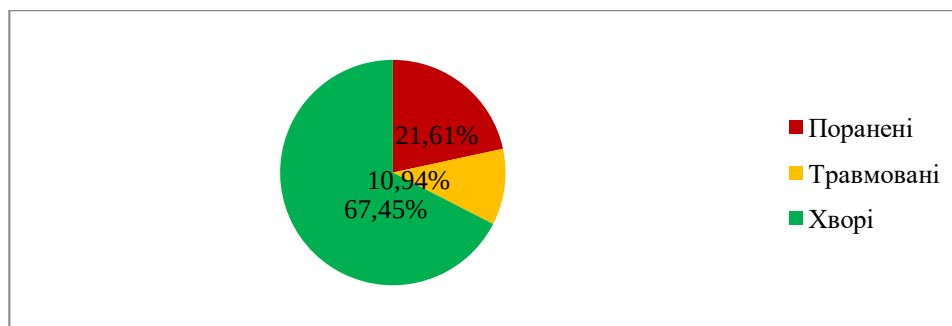


Рис. 2.8. Структура санітарних втрат серед військовослужбовців відповідно до характеру ураження, яким була надана спеціалізована медична допомога у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону за 2024 рік, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

В структурі санітарних втрат Військово-медичного клінічного центру, зафіксованих у 2024 році, спостерігається подальше значне домінування захворюваності. Частка хворих військовослужбовців досягла 67,45%, що є найвищим показником за аналізований період повномасштабної агресії. Це стійке зростання свідчить про кумулятивний ефект тривалого стресу, фізичного виснаження та ускладнень хронічних захворювань в умовах військової служби. Однак динамічне зниження поранень та травм (уражень) в структурі санітарних втрат з 2022 по 2024 рік все ж таки наштовхує на думку про зменшення інтенсивності збройного конфлікту.

Мінімізація частки травм, підтверджує тенденцію до зменшення безпосередньої інтенсивності контактних боїв, характерних для попередніх років, та закріплення пріоритету небойової патології у структурі потреб медичного забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Цей розподіл підкреслює необхідність стратегічного зміщення фокусу організаційних ресурсів військово-медичної установи на терапевтичний та реабілітаційний напрямки.

Таким чином, системний аналіз структури санітарних втрат Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за період 2022-2024 років дозволяє зробити обґрунтований висновок щодо зміни характеру медичного навантаження. Загальна частка пацієнтів із пораненнями та травмами (ураженнями) у структурі санітарних втрат продемонструвала чітку низхідну динаміку: від 51,87% у 2022 році до 36,48% у 2023 році та 32,55% у 2024 році ($p=0,00001$).

Така стійка тенденція значного зниження сумарної частки бойових санітарних втрат однозначно вказує на поступове зниження інтенсивності збройного конфлікту та зміщення активних бойових дій на інші напрямки або перехід до позиційної війни протягом аналізованого періоду. Ця динаміка доводить необхідність кардинальної переорієнтації організаційної структури та ресурсного забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону: від переважної орієнтації на спеціалізовану хірургічну

допомогу до зміцнення терапевтичних та особливо реабілітаційних підрозділів. Це забезпечить адекватне реагування на домінуючу частку небойової (соматичної) патології та гарантує спадкоємність лікування в умовах тривалої військової кампанії.

Отримані дані про профіль санітарних втрат (співвідношення хірургічної, травматологічної та терапевтичної патології) мають критичне значення для подальшої верифікації відповідності кадрового забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону потребам воєнного часу.

Варто підкреслити, що низхідна динаміка, зафіксована у структурі санітарних втрат корелює із чітко простежуваною тенденцією зменшення загальної кількості оперативних втручань, виконаних у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону за аналізований період ($p=0,0001$). Ця паралель є прямим доказом зниження інтенсивності бойових дій. Однак, незважаючи на загальне зменшення хірургічної активності, варто акцентувати увагу ще й на зміні її профілю, що має глибоке прогностичне значення. Якщо у 2022 році більшість оперативних втручань була спрямована на надання невідкладної хірургічної допомоги – дії, критично необхідні для зупинки кровотечі, боротьби з шоком та профілактики інфекційних ускладнень відповідно до концепції *Damage Control Surgery*, – то вже у 2023 та 2024 роках вагомою часткою серед усіх оперативних втручань стали реконструктивні оперативні втручання.

Таким чином, збільшення питомої ваги реконструктивної хірургії, спрямованої на корекцію відтермінованих наслідків важких поранень та травм, достовірно підтверджує перехід військової медицини від етапу первинного порятунку життя (*life-saving*) до етапу планового відновлення втрачених функцій (*limb-saving* та *function-restoring*). Ця зміна відображає зниження поточної потреби у високоургентних втручаннях та збільшення кількості пацієнтів, які успішно пройшли гостру фазу і тепер потребують високоспеціалізованої хірургічної та реабілітаційної допомоги. Така

трансформація хірургічної активності остаточно доводить, що інтенсивність збройного конфлікту та гостра фаза бойових дій достовірно зменшується, що вимагає перегляду стратегій управління хірургічними ресурсами Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Отже, результати оцінки ефективності функціонування системи медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону свідчать про її загальну результативність та здатність забезпечувати своєчасне, безперервне й якісне надання медичних послуг в умовах підвищеного навантаження та особливого періоду. Налагоджена організаційна структура, чіткий розподіл функцій між підрозділами, ефективна система маршрутизації пацієнтів і медичної евакуації сприяють оперативному реагуванню на потреби поранених і хворих військовослужбовців, зменшенню часу очікування допомоги та підвищенню рівня виживаності.

Аналіз ключових показників діяльності центру засвідчує достатній рівень використання ліжкового фонду, ефективність лікувально-діагностичного процесу та відповідність наданої медичної допомоги чинним стандартам і клінічним протоколам. Вагому роль у забезпеченні ефективності системи відіграє кадровий потенціал закладу, зокрема професійна підготовка персоналу, міждисциплінарна взаємодія та здатність працювати в умовах дефіциту часу й ресурсів. Разом із тим, виявлені окремі проблемні аспекти, пов'язані з високим психоемоційним навантаженням персоналу, нерівномірністю розподілу ресурсів і потребою в подальшій модернізації матеріально-технічної бази.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ

3.1. Оптимізація матеріально-технічного та кадрового забезпечення з метою удосконалення системи надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону

В умовах повномасштабної збройної агресії та високої інтенсивності бойових дій, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону виступає не просто як військово-медична установа, а як стратегічний елемент у системі життєзабезпечення Сил оборони України [9]. Ефективність надання спеціалізованої медичної допомоги, особливо під час масових поступлень поранених, травмованих (уражених) та хворих військовослужбовців, прямо залежить від надійності та еластичності його матеріально-технічного забезпечення [63]. Незважаючи на те, що кількісний та якісний аналіз кадрового потенціалу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону демонструє високі показники, безперебійне функціонування системи лікування та реабілітації є неможливим без інноваційної стратегії управління матеріально-технічним забезпеченням в умовах перманентного дефіциту та швидкої зміни потреб.

Враховуючи специфіку воєнного часу, де традиційні ланцюги медичного постачання можуть бути порушені, стратегія оптимізації матеріально-технічного забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону повинна базуватися на принципах автономності, пріоритетності та цифровізації. Одним із ключових напрямків є впровадження дворівневої системи резервування.

– перший рівень – недоторканий мобілізаційний запас лікарських засобів, витратних матеріалів та засобів життєзабезпечення, який формується на основі прогностичного аналізу структури санітарних втрат;

– другий рівень – оперативний змінний запас, що постійно ротується і забезпечується за рахунок поточних поставок та благодійної допомоги.

Такий підхід мінімізує ризики у разі порушення функціонування логістичного ланцюга і гарантує стійкість роботи хірургічної та реанімаційної ланок на критично важливий період.

Крім того, для уникнення хаотичного накопичення та забезпечення прозорості, вкрай необхідна повна цифровізація обліку та розподілу матеріально-технічних засобів. Це передбачає створення єдиної електронної платформи, яка у режимі реального часу відстежує рух кожного найменування – від складу до операційного столу чи палати. Така система дозволить медичному персоналу заздалегідь прогнозувати вичерпність критичних запасів, а керівництву закладу – оперативно перерозподіляти наявні ресурси між структурними підрозділами, уникаючи дисбалансу та простою дороговартісного обладнання.

Ефективне управління також потребує розвитку внутрішньої логістичної стійкості. Зокрема, доцільно створити «координаційний штаб» з питань матеріально-технічного забезпечення, який відповідатиме за три ключові функції: аналіз потреб (на основі структури санітарних втрат, проаналізованої раніше), диверсифікація джерел поставання (державні закупівлі, міжнародна допомога, волонтерські організації) та нарощування ремонтно-технічної бази. Нарощування ремонтно-технічної бази також є надзвичайно важливою: замість відправки складного медичного обладнання на тривалий ремонт у цивільні структури, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону повинен укомплектувати мобільну команду інженерів-біомедиків, здатних швидко відновлювати працездатність життєво необхідного оснащення на місці та без додаткових часових і фінансових затрат.

Для ілюстрації цілей та пріоритетів, які стоять перед системою матеріально-технічного забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону в умовах бойових дій, можна використовувати

модель, що відображає ієрархію забезпечення за принципом «терміновості та критичності». Дана модель знайшла своє відображення в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Ієрархічна модель матеріально-технічного забезпечення

Пріоритетний рівень	Критичність	Приклад	Мета
Забезпечення I	Невідкладне життєзабезпечення	Кровоспинні засоби, анестетики, апарати ШВЛ, хірургічні набори	Забезпечення стандарту «золотої години» та реанімаційних заходів
Забезпечення II	Підтримка роботи військово-медичної установи	Антибіотики широкого спектру дії, апарати зовнішньої фіксації, діагностичне обладнання	Підтримка безперервності хірургічних втручань та інтенсивної терапії
Забезпечення III		Перев'язувальні матеріали, засоби гігієни, енергетичне забезпечення	Гарантування функціонування військово-медичної установи в умовах тривалого автономного режиму

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

Впровадження запропонованих стратегічних рішень від впровадження цифрового контролю запасів та диверсифікації логістичних каналів до створення власної ремонтної бази дозволить Військово-медичному клінічному центру Центрального регіону не лише витримувати високе навантаження, але й удосконалити систему надання медичної допомоги, підвищуючи шанси на успішний результат лікування кожного військовослужбовця, що є надзвичайно важливим для досягнення кінцевої мети – якнайшвидше повернення військовослужбовців до строю.

Ефективне функціонування Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та забезпечення надання високоякісної медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану напряму залежить від 100% кадрового забезпечення висококваліфікованим медичним персоналом. В умовах виявленої нестачі, як у загальному кадровому забезпеченні, так і серед лікарського та середнього медичного персоналу,

необхідна розробка та впровадження комплексної стратегії оптимізації, що поєднує фінансові, мотиваційні та освітні стимули.

Для досягнення загального підвищення рівня кадрового забезпечення необхідно сфокусуватися на загальносистемних мотиваційних програмах. Це включає забезпечення конкурентного рівня заробітної плати, що відповідає складності та ризикам роботи в умовах воєнного стану, а також гарантування повного соціального пакету, що перевершує цивільні аналоги. Важливим є створення чітких перспектив кар'єрного зростання та прозорості системи просування по службі, що стимулюватиме саме військовий медичний персонал вбачати перспективи у своїй військово-медичній установі. Слід також впровадити систему преміювання за особливі досягнення та виконання поставлених завдань в екстремальних умовах, що підкреслить важливість їх внеску.

Перш ніж ініціювати фазу стратегічного пропозиціонування та формулювати комплексні заходи з оптимізації кадрового потенціалу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, необхідно закласти фундамент об'єктивного аналізу. Розробка ефективних, цілеспрямованих та ресурсно-обґрунтованих рішень вимагає чіткого прогнозу поточної ситуації, а не лише емпіричних або інтуїтивних припущень.

Тут певного значення набуває декомпозиція загальної проблеми недоукомплектованості медичним персоналом шляхом структурного аналізу частки вакантних посад у штатному розписі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з урахуванням розмежування між лікарським та середнім медичним персоналом. Саме відсоткове співвідношення вакантних посад у цих двох критичних категоріях медичного персоналу слугує індикатором функціонального дефіциту та визначає першочергові цільові групи для втручання. Дана інформація відображена на рис. 3.1.

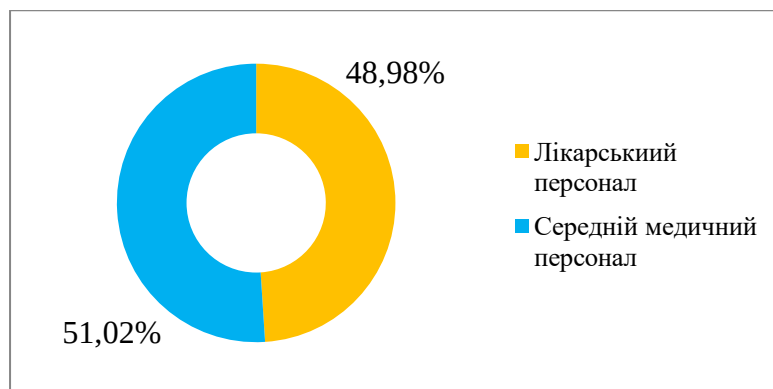


Рис. 3.1. Структура часток вакантних посад у штаті Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону між лікарським та середнім медичним персоналом, %.

Джерело: складено автором за матеріалами закладу охорони здоров'я

Проведений детальний аналіз частки вакантних посад у штатному розписі Військово-медичного клінічного центру Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону засвідчив схожість рівня кадрового дефіциту між основними категоріями медичного персоналу. Зокрема, встановлено, що 48,98% від загальної кількості всіх вакантних посад припадає на лікарський персонал, тоді як 51,02% – на середній медичний персонал. Такий майже паритетний розподіл вакансій серед лікарів та медсестер вказує на системний характер проблеми неукомплектованості, а не на вибірковий дефіцит в одній конкретній ланці.

Статистичний аналіз підтверджує, що достовірної різниці між часткою вакантних посад серед лікарського та середнього медичного персоналу не виявлено ($p > 0,05$). Це означає, що, хоча кількісно дефіцит є фактично однаковим, однак стратегічна відповідь на цю кадрову кризу повинна бути диференційованою. Тому, не зважаючи на схожість кількісних показників, функціональні обов'язки, рівень відповідальності та, найголовніше, вимоги до безперервного професійного розвитку суттєво відрізняються для кожної з категорій медичного персоналу.

Для залучення та утримання лікарського персоналу слід розробити індивідуалізовані мотиваційні програми. Це може бути цільове фінансування

вузькоспеціалізованих стажувань та міжнародних курсів з підвищення кваліфікації, що дозволить лікарям освоювати передові військові технології та удосконалювати методи лікування на основі цих базових навичок. Заохочення до науково-дослідної діяльності та участь у розробці медичних протоколів, а також надання можливості поєднання клінічної практики з викладацькою діяльністю у закладах вищої освіти, значно підвищить престиж та привабливість лікарських посад. Щодо середнього медичного персоналу, необхідно впровадити окремі програми, спрямовані на визнання їх ролі у лікувальному процесі. Це може включати доплати за наставництво та навчання молодшого медичного персоналу, забезпечення комфортних умов праці з чіткою регламентацією робочого часу та відпочинку для запобігання професійному вигоранню [55, с. 488]. Ефективним заходом буде фінансова підтримка здобуття вищої освіти, що надасть середньому медичному персоналу додаткові професійні компетенції та стимул до професійного розвитку.

Нарешті, підвищення професійної підготовки та отримання кваліфікаційної категорії є фундаментальним для забезпечення якості медичної допомоги. Необхідно запровадити обов'язкову систему постійного професійного розвитку з регулярними симуляційними тренінгами та відпрацюванням навичок. Фінансові стимули мають бути безпосередньо пов'язані з рівнем кваліфікації: суттєві надбавки за наявність та підвищення кваліфікаційної категорії, а також компенсація витрат на підготовку до атестації. Створення внутрішньої системи оцінки знань та компетенцій, що регулярно підтверджує рівень професіоналізму, забезпечить постійне прагнення персоналу до удосконалення, гарантуючи, що військово-медична установа буде укомплектована не лише кількісно, але і якісно.

Актуальна динаміка функціонування Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та стратегічні вимоги до якості надання медичної допомоги у воєнний час імперативно вимагають перегляду та внесення коректив у чинну нормативно-правову базу, що регламентує

механізми безперервного професійного розвитку медичного персоналу. Попри законодавчо задекларовану важливість безперервного професійного розвитку, на практиці система зіткнулася із певними обструкціями, які обмежують або унеможлиблюють реалізацію права військового медичного персоналу на підтвердження та підвищення кваліфікаційної категорії. Тобто, фактично, спостерігається дисфункція внутрішніх механізмів отримання необхідних освітніх послуг та, як наслідок, процедура атестації стала недоступною для значної частини медичного персоналу. Дана ситуація створює ризик стагнації професійного рівня медичного персоналу та потенційного зниження якості надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Таким чином, виникає обґрунтована потреба в законодавчій адаптації, спрямованій на усунення нормативних бар'єрів та спрощення процедур безперервного професійного розвитку для військово-медичних установ. Подальші зусилля з розробки мотиваційних та освітніх програм мають бути спрямовані на окремі стратегії, що враховують специфіку кожної посади. Ефективність безперервного професійного розвитку для лікарського персоналу зосереджується на поглибленні спеціалізованих клінічних знань та хірургічних навичок, тоді як для середнього медичного персоналу акцент робиться на вдосконаленні навичок інтенсивного догляду, асистентської діяльності та процедурної майстерності. Таким чином, лише цільова адаптація стратегій укомплектування та професійного зростання дозволить досягти максимальної ефективності та повного подолання кадрового дефіциту у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону.

3.2. Імплементація міжнародного досвіду та інноваційних технологій в організацію медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону

Для досягнення найвищого рівня якості надання медичної допомоги військовослужбовцям, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону повинен стратегічно інтегрувати передовий міжнародний досвід та інноваційні технології. Цей процес трансформації вимагає комплексного підходу, що охоплює клінічну культуру, модернізацію протоколів та технічне переоснащення.

В основі імплементації міжнародного досвіду лежить стандартизація медичної допомоги відповідно до доктрин НАТО [30, с. 35-43]. Це включає обов'язкове засвоєння та впровадження Tactical Combat Casualty Care (TCCC) на всіх етапах лікувально-евакуаційного забезпечення, а також адаптацію клінічних керівництв із Damage Control Surgery (DCS) та Damage Control Resuscitation (DCR) [53, с. 572; 54, с. 512]. В першу чергу це вказує на те, що медичний персонал Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону повинен пройти інтенсивні курси за наведеними протоколами, використовуючи високореалістичні симуляційні центри для відпрацювання командної роботи в умовах масового поступлень поранених, травмованих (уражених) та хворих військовослужбовців і швидкого прийняття рішень. Критично важливим є також перейняття досвіду у сфері «управління кров'ю та компонентами крові» в умовах бойових дій (зокрема, використання цільної крові та польових методів заготівлі).

Паралельно з протокольною модернізацією має відбуватися технологічний прорив. Впровадження телемедичних рішень є ключовим для подолання географічних та часових бар'єрів. Це дозволяє організувати консультативні сесії в режимі реального часу між вузькими спеціалістами Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та медичним персоналом у стабілізаційних пунктах, використовуючи захищені мобільні платформи для передачі діагностичних зображень та відео. Основою для

ефективного управління даними є повна цифровізація медичних записів та створення Єдиної військово-медичної інформаційної системи. Єдина військово-медична інформаційна система повинна забезпечити безперервність інформації про військовослужбовця від моменту поранення чи травми (ураження) до повного відновлення, мінімізуючи втрату персональних даних та прискорюючи медичне сортування й надання вичерпної медичної допомоги. До інновацій також належить активне використання роботизованої хірургії для складних реконструктивних втручань та високоточних діагностичних комплексів (мобільні КТ та МРТ), що значно підвищує якість діагностики політравм.

Впровадження телемедичної платформи у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону є критичною інновацією, що забезпечує безперервність надання медичної допомоги та доступність високоспеціалізованих консультацій незалежно від географічного розташування військовослужбовця. Ця платформа має бути не просто інструментом відеозв'язку, а комплексною, інтегрованою цифровою екосистемою, що відповідає найсуворішим вимогам безпеки та функціональності, наслідуючи моделі, успішно реалізовані в медичних системах армій Сполучених Штатів Америки (зокрема, DoD Telemedicine) [17, с. 288-303] та Ізраїлю.

Основні функціональні вимоги до телемедичної платформи Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону:

1. Наскрізна безпека та захист персональних даних: Першочергова вимога полягає у забезпеченні багаторівневого шифрування та дотримання суворих протоколів захисту медичної інформації. Платформа повинна мати можливість зберігати та передавати дані відповідно до національних стандартів та міжнародних норм, що гарантують конфіденційність військово-медичних записів.

2. Асинхронне та синхронне консультування:

– синхронний режим: забезпечення стабільного та високоякісного відеозв'язку у реальному часі між лікарями-консультантами Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та медичним персоналом стабілізаційних пунктів. Це дозволяє здійснювати віддалений візуальний огляд, брати участь у складних маніпуляціях та проводити негайний консиліум.

– Асинхронний режим: можливість безпечного завантаження та зберігання великих обсягів діагностичних даних для подальшого аналізу вузьким спеціалістом без необхідності миттєвої присутності обох сторін.

3. Інтеграція діагностичних пристроїв: Платформа повинна мати відкритий інтерфейс для інтеграції з портативним діагностичним обладнанням, яке використовується неподалік лінії безпосереднього зіткнення з противником (наприклад, портативні УЗД-апарати, пристрої для моніторингу життєвих показників тощо). Це дозволяє лікарському персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону віддалено бачити об'єктивні медичні дані у режимі реального часу.

4. Служба «другої думки»: Створення чіткого, пріоритезованого механізму, що дозволяє медичному персоналу прифронтових регіонів швидко надсилати запити на експертну оцінку складних випадків, забезпечуючи висококваліфіковану підтримку хірургії, нейрохірургії чи інтенсивної терапії.

Успішні іноземні моделі, такі як ті, що використовуються Армією Сполучених Штатів Америки, демонструють важливість мобільності та стійкості платформи. Військова телемедична платформа Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону повинна бути розроблена з урахуванням можливості роботи в умовах обмеженого доступу до Інтернету або низької пропускної здатності каналів зв'язку. Вона повинна мати модульну архітектуру, що дозволяє швидко розгортати необхідні компоненти на різних рівнях медичної евакуації, від стабілізаційного пункту до тилкових військово-медичних установ. Фактично, телемедична платформа має стати «цифровим містком», що трансформує розрізнену інформацію в скоординоване та якісне

терапевтичне рішення, суттєво зменшуючи час на прийняття рішення та підвищуючи шанси на сприятливий прогноз.

Однак, варто пам'ятати, що контексті військової медицини, де обробляються чутливі військові та медичні дані, забезпечення кібербезпеки та кібергігієни телемедичної платформи стає не просто технічною вимогою, а критичним компонентом операційної стійкості. Витоки, несанкціонований доступ або порушення цілісності даних можуть мати руйнівні наслідки як для пацієнтів, так і для військових операцій.

Ключовим елементом є впровадження багаторівневої архітектури захисту, що спирається на принципи «нуль довіри» (Zero trust), де жоден користувач чи пристрій не отримує доступу до системи автоматично, навіть якщо він знаходиться у внутрішній мережі.

Таблиця 3.2

Ключові технологічні компоненти забезпечення кібербезпеки медичної інформації

Технологічні компоненти	Пояснення
Наскрізне шифрування	Усі медичні дані під час передачі та зберігання мають бути зашифровані за найсучаснішими стандартами. Це захищає інформацію від перехоплення.
Суворий контроль доступу	Доступ до даних надається лише на основі чітко визначених ролей та функціональних обов'язків. Лікар у мобільному госпіталі повинен бачити лише ту інформацію, яка необхідна для надання допомоги, не маючи доступу до адміністративних або фінансових записів.
Безперервний моніторинг та аудит	Впровадження систем Security Information and Event Management для цілодобового моніторингу трафіку та фіксації будь-якої підозрілої активності. Це дозволяє оперативно виявляти та нейтралізувати кібератаки, які можуть бути спрямовані на порушення роботи платформи.

Джерело: власна розробка

Таким чином, забезпечення технологічної кібербезпеки телемедичної платформи в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є фундаментальною передумовою для стабільності та довіри до всієї системи надання медичної допомоги військовослужбовцям (табл.3.2). Впровадження архітектури, заснованої на наскрізному шифруванні,

детермінованому контролю доступу та безперервному моніторингу, створює багатошаровий електронний захист. Такий захист є необхідним для запобігання несанкціонованому втручанню, витоку конфіденційних військово-медичних даних та кібердиверсіям. Успішна імплементація цих заходів гарантує цілісність та доступність критичної інформації, що дозволяє медичному персоналу безперешкодно та оперативно приймати рішення в умовах підвищеної бойової готовності.

Варто зазначити, що кібербезпека є ефективною лише тоді, коли вона підкріплена високою кібергігієною з боку користувачів. Це стосується вже не технічних систем, а поведінкових практик самого медичного персоналу.

Таблиця 3.3

Ключові технологічні компоненти забезпечення кібергігієни медичної
інформації

Технологічні компоненти	Пояснення
Протоколи парольної політики	Обов'язкове використання складних унікальних паролів, їх регулярна зміна та двофакторна аутентифікація для всіх облікових записів.
Захист автоматизованого робочого місця	Навчання медичного персоналу правилам роботи з чутливою інформацією: ніколи не залишати пристрої без нагляду, завжди використовувати блокування екрана та не зберігати медичні дані на незахищених особистих пристроях.
Розпізнавання соціальної інженерії	Регулярні тренінги з розпізнавання фішингових атак, шахрайських повідомлень та інших методів соціальної інженерії, які є найпоширенішим вектором проникнення у медичні системи.

Джерело: власна розробка

Успішна та стійка робота телемедичної платформи Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону виходить далеко за межі впровадження лише технологічних засобів захисту (табл. 3.3). Кібергігієна набуває також стратегічного значення, перетворюючись на невід'ємну складову військової дисципліни та оперативної безпеки. В умовах воєнного стану, де паралельно зі збройним протистоянням точиться активна інформаційна та кібернетична боротьба, висока свідомість і бездоганна поведінкова практика кожного медичного працівника стають першим і останнім ешелонам оборони чутливої військово-медичної інформації.

Дотримання елементарних правил поводження з даними та інформаційними системами запобігає успішним атакам, що використовують людський фактор як найслабшу ланку, тим самим гарантуючи цілісність, конфіденційність та доступність медичних записів, які є життєво важливими для процесу лікування та прийняття рішень у бойових умовах.

Таблиця 3.4

Двокомпонентна модель «Кібербезпека vs Кібергігієна»

Кібербезпека vs Кібергігієна	
Технологічна оборона	Людський фактор
Відображає багаторівневу технічну інфраструктуру (шифрування, SIEM), що захищає дані на рівні мережі та системи.	Відображає свідомі дії персоналу, які запобігають внутрішнім загрозам (політика паролів, тренінги проти фішингу).

Джерело: власна розробка

Наведена таблиця 3.4 відображає двокомпонентну модель забезпечення інформаційної безпеки, у якій кібербезпека та кібергігієна розглядаються як взаємодоповнювальні елементи. Технологічна оборона забезпечує захист інформаційних систем на технічному рівні за допомогою сучасних інструментів і програмних рішень, тоді як кібергігієна акцентує увагу на ролі людського фактора, зокрема свідомій поведінці персоналу та дотриманні правил інформаційної безпеки. Поєднання цих складових дозволяє мінімізувати як зовнішні, так і внутрішні кіберзагрози та підвищити загальний рівень захищеності інформаційних ресурсів установи.

Таким чином, успішна імплементація міжнародного досвіду та інновацій передбачає не лише механічне копіювання, а й глибоку адаптацію найкращих світових практик до українських реалій та специфіки збройного конфлікту. Цей процес вимагає постійного навчання, системного переоснащення та, що найбільш важливо, трансформації мислення медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Інтеграція міжнародних протоколів та телемедичних рішень повинна супроводжуватися формуванням нової клінічної культури, орієнтованої на доказову медицину та швидке прийняття високотехнологічних рішень.

3.3. Розробка комплексу заходів щодо підвищення ефективності надання медичної та реабілітаційної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону

В умовах воєнних дій 2023-2024 років, коли Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону стикається із значною кількістю складних травм та потребою у реконструктивній хірургії, ключовим імперативом стає розробка та впровадження комплексного механізму, що забезпечує не лише високоякісне лікування гострого стану, але й гостру, інтенсивну та повноцінну реабілітацію. Це вимагає стратегічного перерозподілу наявних ресурсів на користь відновного процесу, усвідомлюючи, що інвестиції в реабілітацію є критичними для довгострокового військового та соціального функціонування поранених військовослужбовців.

Головна мета полягає у створенні «безшовного циклу допомоги», де етап хірургічного втручання плавно переходить у фазу активної гострої реабілітації, починаючи з перших днів після стабілізації стану. Для цього необхідно нарощувати потужності реабілітаційних структурних підрозділів не лише за рахунок розширення фізичних площ, але і шляхом функціонування мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Унікальність підходу полягає у застосуванні індивідуалізованих програм відновлення, які базуються на принципах доказової медицини та використовують передові технології, такі як роботизовані комплекси для відновлення ходи, системи віртуальної реальності для нейрореабілітації та високотехнологічні тренажери.

Ефективність також підвищується за рахунок оптимізації логістичних та фінансових потоків, спрямованих на першочергове забезпечення реабілітаційних потреб: закупівля сучасного обладнання, розширення штату реабілітаційних підрозділів та забезпечення їх постійного навчання за міжнародними стандартами. Важливою складовою є психологічна та соціальна адаптація, що передбачає раннє залучення військовослужбовців до профорієнтації та соціальної підтримки. Зрештою, акцент на комплексній

реабілітації дозволяє не лише забезпечити повноцінне повернення військовослужбовців до повсякденного функціонування, а й збільшити частку військовослужбовців, здатних повернутися до військової служби або максимально зберегти свою функціональність, що є прямою інвестицією у відновлення боєздатності та стійкості військового потенціалу країни.

Актуальні потреби Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону у наданні повноцінної реабілітаційної допомоги військовослужбовцям, особливо з огляду на зростаючу кількість пацієнтів із множинними та реконструктивними травмами, зіткнулися із серйозною парадигмою інституційної невідповідності. Існуюча нормативно-правова база, що регулює формування штатного розпису військових медичних закладів, виявилася інертною та недостатньо гнучкою для оперативного введення та легітимізації критично необхідних посад. Ця труднощі у швидкому та адекватному штатному забезпеченні мультидисциплінарних реабілітаційних команд в першу чергу соціальними працівниками, що створює значний розрив між потребою у повноцінному відновленні та фактичною спроможністю системи її задовольнити.

Для усунення цієї структурної проблеми та гарантування безперервності лікувально-реабілітаційного циклу, необхідна стратегічна адвокація змін на законодавчому рівні. Слід ініціювати комплексний перегляд відомчих та державних нормативних актів з метою дерегуляції та спрощення процедури введення посад, безпосередньо пов'язаних із мультидисциплінарною реабілітацією. Пропонується запровадження спеціального механізму «оперативного штатного реагування», який дозволить Командуванню Медичних сил, відповідно до обґрунтованої клінічної потреби та фактичного навантаження, автономно вносити зміни до штатного розпису Військово-медичних клінічних центрів у частині реабілітаційного забезпечення, минаючи тривалі бюрократичні узгодження. Одночасно, необхідно закріпити на законодавчому рівні перелік та вимоги до реабілітаційних спеціальностей, що відповідають міжнародним стандартам, визнавши їх ключову роль у системі

військової медицини. Така нормативна модернізація перетворить Військово-медичні клінічні центри на повноцінний інтегрований центр лікування та відновлення, забезпечуючи військовослужбовцям повне повернення до повсякденного функціонування.

Крім того, ефективна модернізація реабілітаційного процесу у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону вимагає глибокої інтеграції інноваційних технологій та створення надійних, диверсифікованих механізмів фінансування, що забезпечать необхідний перерозподіл ресурсів.

У сфері інноваційних технологій критично важливим є використання роботизованих систем для відновлення рухових функцій. Сюди входять екзоскелети та роботизовані ортези, які дозволяють пацієнтам із важкими травмами хребта чи кінцівок розпочати тренування ходи на ранніх етапах, максимізуючи нейропластичність. Доповнює це застосування систем віртуальної та доповненої реальності (VR/AR), які перетворюють монотонні фізичні вправи на інтерактивні терапевтичні сесії. Ці системи особливо ефективні для когнітивної та нейрореабілітації після черепно-мозкових травм, а також для лікування фантомного болю за допомогою дзеркальної терапії. Необхідно також впровадити біологічний зворотний зв'язок (Biofeedback) та нейростимуляцію для цілеспрямованого відновлення м'язового контролю та зменшення спастичності. Комплексна реабілітація неможлива без портативних та високоточних пристроїв для моніторингу прогресу, які дозволяють об'єктивно оцінювати функціональні зміни та оперативно корегувати індивідуальну програму відновлення.

Що стосується механізмів фінансування та перерозподілу ресурсів, то інвестиції в довгострокову реабілітацію слід розглядати як пріоритетні державні витрати, що мають прямий вплив на національну безпеку та економіку. Основним джерелом має стати цільове державне фінансування в рамках військового бюджету, відокремлене спеціальною статтею для розвитку військово-медичної реабілітації. Проте, для забезпечення стійкості та

динаміки, необхідно залучати диверсифіковані джерела. Це включає розширення міжнародної фінансової та технічної допомоги від країн-партнерів та міжнародних організацій, спрямованої безпосередньо на закупівлю високотехнологічного реабілітаційного обладнання. Важливим є також створення цільових благодійних фондів з прозорим механізмом використання коштів, залучених від приватного сектору та громадян, які б доповнювали державне забезпечення. Крім того, необхідно оптимізувати внутрішні бюджетні процеси Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, перерозподіляючи адміністративні та некритичні витрати на користь забезпечення реабілітаційних послуг, що передбачає пріоритетне фінансування підготовки реабілітаційних кадрів, закупівлі витратних матеріалів для протезування та модернізації інфраструктури відновних центрів. Такий підхід гарантує, що інновації будуть не лише впроваджені, але й стало фінансово забезпечені.

Таким чином, у системі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону реабілітаційна допомога виходить за рамки допоміжної функції та набуває статусу фінального, інтегрального етапу лікування. Усвідомлення того, що успіх найскладніших хірургічних та реконструктивних втручань залежить від якості відновного циклу, робить цей напрямок стратегічно пріоритетним. Комплексна мультидисциплінарна реабілітація, підкріплена необхідною штатною та технологічною базою, є не просто гуманним актом, а критичною інвестицією у людський капітал. Вона забезпечує не лише фізичне повернення військовослужбовців до повноцінного життя, але й відновлення їх психологічної стійкості та, відповідно, підтримку обороноздатності Держави. Вирішення інституційних та законодавчих проблем у штатному забезпеченні реабілітації є, по суті, завершальним кроком до створення цілісної, сучасної та ефективної військово-медичної системи.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Аналіз поняття, принципів та рівнів організації медичної допомоги у Збройних Силах України підтвердив, що система військової медицини є ієрархічною та багатоступеневою, сфокусованою на наданні своєчасної допомоги в умовах лікувально-евакуаційного забезпечення. Водночас, існуюча доктрина вимагає адаптації для забезпечення безперервності лікувального процесу.

Вивчення нормативно-правового забезпечення діяльності військово-медичних установ виявило інституційні розриви та інертність законодавчої бази щодо сучасних викликів. Зокрема, нормативи, які регулюють штатний розпис та процедури безперервного професійного розвитку в умовах воєнного стану, є недостатньо гнучкими та не дозволяють оперативно вводити критично необхідні посади (зокрема, у сфері реабілітації) або ефективно підтверджувати кваліфікацію персоналу. Це обумовлює необхідність комплексної модернізації відомчих та державних нормативних актів, що забезпечить легітимну підтримку інноваційних та кадрових стратегій військово-медичних установ.

Аналіз міжнародного досвіду підтвердив, що ключовими чинниками ефективності є уніфікація протоколів, цифровізація даних та інтеграція телемедичних рішень. Для Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону це означає необхідність стратегічної імплементації цих стандартів через обов'язкове симуляційне навчання персоналу та впровадження захищеної Єдиної військово-медичної інформаційної системи.

Опрацювання організаційно-економічної характеристики Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону засвідчило, що його потужність та інфраструктура мають значний потенціал для надання високоспеціалізованої допомоги, проте фінансові та матеріально-технічні ресурси потребують цільового перерозподілу. Ефективність функціонування прямо залежить від пріоритетного інвестування у високотехнологічне

обладнання та забезпечення конкурентоспроможного рівня фінансування праці медичних спеціалістів.

Аналіз кадрового потенціалу та рівня професійної підготовки виявив певний кадровий дефіцит, який є майже паритетним середлікарського та середнього медичного персоналу. Ця схожість кількісної нестачі вимагає диференційованих стратегій мотивації та розвитку. Актуальні проблеми у сфері безперервного професійного розвитку та атестації створюють ризик стагнації професійних компетенцій. Рекомендовано розробити цільові мотиваційні пакети та усунути адміністративні бар'єри для безперервного зростання та підвищення кваліфікації.

Оцінка ефективності функціонування системи медичної допомоги дозволяє чітко відслідковувати зв'язок між структурою санітарних втрат та інтенсивністю збройного конфлікту. У періоди зменшення частки втрат, що вимагають невідкладної допомоги, фокус роботи хірургічних підрозділів Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону частково зміщується до реконструктивної. Така гнучкість забезпечує не лише порятунок життя, але й відновлення анатомічної цілісності та функціональності військовослужбовців з метою їх повноцінного повернення до повсякденного функціонування.

Оптимізація та підвищення ефективності надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону можлива лише через комплексний підхід, що охоплює три ключові напрямки. Це: кадрова стабілізація через диференційовану мотивацію та законодавчу дерегуляцію; технологічна модернізація через імплементацію телемедицини та міжнародних протоколів; структурна трансформація шляхом пріоритетного фінансування та забезпечення «безшовного переходу» від хірургії до високотехнологічної реабілітації. Внесення законодавчих змін для забезпечення штатної автономії у сфері реабілітації є фінальним, кроком для створення стійкої військово-медичної системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бюджетний кодекс України : Кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI : станом на 4 липня 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII : станом на 27 вересня 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 31 жовтня 2025 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
4. Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування населення» (2023). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2806-IX>.
5. Закон України «Про стандартизацію» від 05.06.2014 № 1314-VII : станом на 20 квітня 2025 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1315-18#Text>.
6. Закон України «Про Статут внутрішньої служби Збройних Сил України» від 24.03.1999 № 548-XIV : станом на 12 грудня 2025 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/548-14#Text>.
7. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Змін до Положення про організацію медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки» від 15.04.2021 № 99. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0761-21#Text>.
8. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» від 14.08.2008 № 402 : станом на 22 серпня 2025 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text>.

9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України» від 31.10.2018 № 910. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-n#Text>.

10. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» від 14.07.2021 № 725 : станом на 4 жовтня 2025 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-n#Text>.

11. Advanced Trauma Life Support (Incorporating Battlefield Resuscitation Techniques and Skills). Royal Medical College and the Royal Centre for Defence Medicine. – Battlefield London: British Armed Forces, UK Minister of Defence, 2003.

12. Alharbi I. B. Strategic management: a comprehensive review paper. *International Journal of Professional Business Review*. 2024. Vol. 9. No. 3. P. e04373. DOI : <https://doi.org/10.26668/businessreview/2024.v9i3.4373>.

13. Allied Joint Doctrine For Information Operations / NATO Standard AJP-10.1. Edition A, Version 1. January 2023. URL : <https://www.gov.uk/government/publications/allied-joint-doctrine-for-information-operations-ajp-101>.

14. Allied joint doctrine for medical support. Edition C. Version 1 : NATO standard AJP-4.10 (C). – 2019. 170 p.

15. Allied joint medical support doctrine. – Brussels : Supreme Headquarters of Allied Powers in Europe, 2002. 114 p.

16. Alsaqqa H. H. Healthcare Organizations Management: Analyzing Characteristics, Features and Factors, to Identify Gaps «Scoping Review». *Health Services Insights*. 2023. Vol. 16. P. 117863292311681. DOI : <https://doi.org/10.1177/11786329231168130>.

17. Breitenbauch H. NATO as a Military OECD. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*. 2024. Vol. 30. No. 2. P. 288-303. DOI : <https://doi.org/10.1163/19426720-03002008>.

18. Giannou C. First Aid in Armed Conflicts and Other Situations of Violence / C. Giannou, E. Bernes. – Geneva: ICRC, 2006.
19. Grydchyna V. Implementation of NATO standards in military education. *Visnyk Taras Shevchenko National University of Kyiv. Military-Special Sciences*. 2024. No. 4 (60). P. 5-9. DOI : <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2024.60.5-9>.
20. Hitt M. A., Arregle J., Holmes R. M. Strategic Management Theory in a Post-Pandemic and Non-Ergodic World. *Journal of Management Studies*. 2020. DOI : <https://doi.org/10.1111/joms.12646>.
21. Joint medical doctrine. Joint Doctrine Publication 4-03 (JDP 4-03). 2011. 103 p.
22. Kalnysh V. V., Serheta I. V., Pashkovskyi S. M., Tymchyshyn T. P., Shvets A. V. Features of the formation of behavioral reactions of servicemen at the combat zone under the influence of socio-psychological factors. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2025. Vol. 6/ No. 3. P. 58-68. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.3\(6\)-058](https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.3(6)-058).
23. Koval N. V., Drezhenkova I. L., Ocheredko O. M., Serheta I. V., Belo O. O., Redchits M. A. Peculiarities of relationships between the characteristics of psychophysiological adaptation of organism and criterion indicators of motor activity of modern students. *The Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*. 2023. Vol. 139. No 2. P. 7-16. DOI : [https://doi.org/10.32345/USMYJ.2\(139\).2023.7-16](https://doi.org/10.32345/USMYJ.2(139).2023.7-16).
24. NATO Principles and Policies of Medical Support : MC 0326/4. – 2018. 26 p.
25. Sinnaiah T., Adam S., Mahadi B. A strategic management process: the role of decision-making style and organisational performance. *Journal of Work-Applied Management*. 2023. DOI : <https://doi.org/10.1108/jwam-10-2022-0074>.
26. Tan K.-L., Yeap P. F. The impact of work engagement and meaningful work to alleviate job burnout among social workers in New Zealand. *Management Decision*. 2021. DOI : <https://doi.org/10.1108/MD-05-2021-0689>.

27. UNICEF Ukraine. Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Adolescents in Ukraine During War Conditions. Kyiv, 2023. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/reports>.

28. Yu X., Guo Y., Liu H., Gao Y. The psychological mechanism of organizational support on healthcare service quality: A multilevel analysis. *Acta Psychologica*. 2025. Vol. 260. P. 105479. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105479>.

29. Бадюк М. І., Безносенко А. П., Микита О. О., Шпак О. О., Ярош Т. В. Оцінка якості документального супроводу поранених та хворих військовослужбовців на етапах медичної евакуації в умовах ведення бойових дій. *Український журнал військової медицини*. 2025. Т. 6. № 3. С. 37-45. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.3\(6\)-037](https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.3(6)-037).

30. Бадюк М. І., Солярик В. В., Ярош Т. В., Горбенко О. Ю., Хомечко Р. М. Удосконалення професійної підготовки лікарів загальної практики для Сухопутних та Повітряно-десантних військ Збройних Сил України за стандартами НАТО. *Український журнал військової медицини*. 2023. Т. 4. № 1. С. 35-43. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1\(4\)-035](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1(4)-035)

31. Біла книга 2007 : «Оборонна політика України». К., Міністерство оборони України. 2008. 120 с.

32. Вознюк О. М. Інформаційна війна як інструмент міжнародної політики (досвід для України). *Історико-політичні проблеми сучасного світу*. 2024. Т. 50. № 16. С. 9-19. DOI : <https://doi.org/10.31861/mhpi2024.50.9-19>.

33. Галушка А. М., Жаховський В. В., Лівінський В. Г. Медичне забезпечення Збройних Сил України: досвід, досягнення, перспективи. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2. № 1. С. 28-37. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.1\(2\)-028](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.1(2)-028)

34. Гібридна війна: in verbo et in praxi: монографія / Донецький національний університет імені Василя Стуса / під. заг. ред. проф. Р. О. Додонова. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД». 2017. 412 с.

35. Головчук Ю. О., Графська О. І., Никига О. В. Роль маркетингових інновацій у розвитку гастрономічного туризму в регіоні. *Економіка та суспільство*. 2022. № 39. DOI : <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-39-9>.

36. Головчук Ю. О., Вергелес К. М., Назарчук О. А., Ночвіна О. А., Мазур Г. М. Інновації в електронній охороні здоров'я як складова менеджменту в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 2. DOI : <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.2.61>.

37. Головчук Ю. О., Графська О. І., Гарасимчук Н. А. Стратегічні пріоритети розвитку регіональної економіки в умовах кризи. *Економіка та суспільство*. 2022. № 43. DOI : <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-43-37>.

38. Головчук Ю. О., Мороз С. Р., Цесьців Д. С. Управління туристичними DESTINATION: інноваційні маркетингові підходи. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2022. № 5. DOI : <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2022-5-12-02>.

39. Голод А. П., Графська О. І., Головчук Ю. О., Дудаш О. І., Крижанівський Т. Я. Модернізація регіональних туристичних систем на засадах сталого розвитку. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». Серія: «Економічні науки»*. 2023. № 2. DOI : <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2023-2-8600>.

40. Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Медична евакуація на полі бою: роль та відповідальність командирів за її організацію та проведення. *Український журнал військової медицини*. 2024. Т. 5. № 4. С. 16-26. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4\(5\)-016](https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.4(5)-016)

41. Жаховський В. О., Лівінський В. Г., Остащенко Т. М., Іванько О. М., Васюк Н. О. Медичне забезпечення Збройних Сил України у контексті трансформації суспільної охорони здоров'я: нормативно-правові аспекти. *Український журнал військової медицини*, 2021. Т. 2. № 4. С. 5-13. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4\(1\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(1)-005).

42. Жаховський В. О., Лівінський В. Г., Петрук С. О., Жаховська О. В. Функціонально-організаційна модель медичного забезпечення сил оборони на

основі єдиного медичного простору. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т. 3. № 3. С. 35-47. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-035](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-035)

43. Казмірчук А. П., Лівінський В. Г., Жаховський В. О. Формування системи законодавчих, нормативних, доктринальних та методичних документів з питань військової охорони здоров'я та медичного забезпечення Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2024. Т. 5. № 2. С. 5-17. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.2\(5\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.2(5)-005)

44. Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України / за ред. Андронатія В. Б., Клівенка Ю. Ф. К. : СПД Чалчинська Н. В. 2014. 396 с.

45. Лівінський В. Г. Санітарні втрати як індикативний показник діяльності медичної служби Збройних Сил України. *Сучасні аспекти військової медицини*. 2020. Т. 27. № 2. С. 62-75. DOI : <https://doi.org/10.32751/2310-4910-2020-27-28>.

46. Лівінський В. Г., Жаховський В. О., Іванько О. М., Івчук В. М., Серебряков О. М. Необхідність розробки та впровадження системи військово-медичних стандартів у Збройних Силах України. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2. № 3. С. 20-29. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.3\(2\)-020](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.3(2)-020)

47. Лівінський В. Г., Жаховський В. О., Швець А. В., Іванько О. М. Стандартизація медичного забезпечення у збройних силах держав-членів НАТО. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т. 3. № 2. С. 5-18. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-005)

48. Лозовий М. Г., Воробйов О. М., Власов І. О., Чапля М. М. Досвід організації медичного забезпечення військ (сил) в операції Об'єднаних Сил. *Сучасні інформаційні технології у сфері безпеки та оборони*. 2021. Т. 1. № 40. С. 69-74. DOI : <https://doi.org/10.33099/2311-7249/2021-40-1-69-74>.

49. Лушніков Д. С. Організація системи надання вторинної (кваліфікованої) медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям в Україні. Вісник студентського наукового товариства

«ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту ДТЕУ. 2023. Вип. 167. С. 27-35.

50. Лушніков Д. С., Головчук Ю. О. Організація системи надання медичної допомоги. Форсайт розбудови України: стратегічні імпульси сталого розвитку в економіці, менеджменті, маркетингу та публічному управлінні: матеріали III міжнародної науково-практичної конференції (27 травня 2025 року) / Таврійський державний агротехнологічний університет імені Дмитра Моторного. Запоріжжя, 2025. С. 150-152.

51. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : збірник наукових праць / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В. І. та Сердюка А. М. К. : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. 316 с.

52. Менеджмент в умовах невизначеності. Business Intelligence для ТОПів / В. Савчук; доповн. і переробл. вид. – К. : Лабораторія, 2024. 544 с.

53. Настанови з воєнно-польової хірургії / за ред. К. В. Гуменюка, С. О. Короля, Р. В. Гибало. Київ: «Видавництво Людмила», 2024. 572 с.

54. Невідкладна військова хірургія / пер. з англ. – Київ, Наш Формат, 2022. 512 с.

55. Охорона праці в медичній галузі : підручник / О. П. Яворовський, І. В. Сергета, Ю. О. Паустовський, В. І. Зенкіна та ін. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. 488 с.

56. Правило І. О. Ліцензування, стандартизація, акредитація та сертифікація як управлінський процес забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2024. № 4. С. 87-90. DOI : <https://doi.org/10.32782/pyuv.v4.2024.17>.

57. Реабілітація військовослужбовців в Україні. Загальні проблеми та особливості під час воєнного стану. Київ: ВД «Професіонал», 2022. 406 с.

58. Розвиток системи фізичної а реабілітаційної медицини в умовах ведення збройного конфлікту (монографія) / В. В. Стеблюк, І. П. Хоменко, І. А. Лурін, В. Л. Савицький, А. П. Казмірчук, С. М. Кузнецова,

А. М. Галушка, А. В. Швець, А. Ю. Кіх, В. М. Карнацький, І. М. Гайда, Р. І. Данилков, О. М. Волянський, О. В. Горішна, Г. В. Іванцова / за заг. ред. академіка В. І. Цимбалюка. Київ: «Видавництво Людмила», 2020. 436 с.

59. Супрун С. Д. Стратегічний менеджмент в системі управління сучасним підприємством. *Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2024. № 52. DOI : <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2024-52-26>.

60. Ткаленко О. М. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі збереження здоров'я та професійної працездатності військовослужбовців у воєнний та мирний (повоєнний) часи. *Український журнал військової медицини*. 2023. Т. 4. № 4. С. 5-16. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.4\(4\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.4(4)-005).

61. Ткаленко О. М. Прогностична оцінка ефективності розробленої функціонально-організаційної моделі збереження здоров'я та професійної працездатності військовослужбовців у воєнний та мирний (повоєнний) часи. *Український журнал військової медицини*. 2024. Т. 5. № 1. С. 5-10. DOI : [https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.1\(5\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.1(5)-005).

62. Шостак С.Л. Функціонування Медичних сил України в умовах реформування системи охорони здоров'я на умовах воєнного стану в Україні. Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. *Політологічні науки та державне управління*. 2023. Т. 63. № 3. С. 133-142. DOI : [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3\(63\)-18](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3(63)-18).

63. Сайт Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. URL : <https://vmkc-pr.mil.gov.ua/>.

64. Сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL : <https://moz.gov.ua/uk>.

65. Сайт Міністерства оборони України. URL : <https://mod.gov.ua>.

66. Сайт Опендатабот. URL : <https://opendatabot.ua/c/07816153>.

ДОДАТКИ