

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.Г. Нестеренко

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 Публічне управління та адміністрування

Виконав:

слухач групи ПУА-24

І.І. Бурлаченко

Керівник,

д.мед.н., доц.

В.Г. Нестеренко

ХАРКІВ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1 Розвиток закладів охорони здоров'я для військових як предмет державної політики	6
1.2 Проблеми розвитку закладів охорони здоров'я для військових у багатовідомчій системі	11
РОЗДІЛ 2 МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ	14
2.1 Міжнародні рамки розвитку військово-медичних закладів у країнах ЄС та НАТО	14
2.2 Ключові закономірності розвитку закладів охорони здоров'я для військових, релевантні для України	25
РОЗДІЛ 3 СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ В УКРАЇНІ	31
3.1 Сучасний стан розвитку закладів охорони здоров'я для військових в Україні	31
3.2 Концепція єдиного медичного простору як модель розвитку мережі закладів для військових	43
ВИСНОВКИ	53
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	55
ДОДАТКИ	66

ВСТУП

Актуальність теми. Військова медицина перестає бути допоміжною галуззю та перетворюється на ключовий елемент бойової стійкості, кадрової політики та управління людським ресурсом сектору безпеки і оборони. Сучасна система охорони здоров'я військовослужбовців в Україні характеризується багатовідомчістю, нормативною фрагментацією та наявністю паралельних управлінських контурів (ЗСУ, інші військові формування, правоохоронні органи спеціального призначення, цивільна система охорони здоров'я, ветеранська політика). Варто зазначити, що система діє в ситуації, що швидко змінюються та з обмеженими ресурсами. За таких умов виникають проблеми узгодженості стандартів, маршрутів медичної допомоги, інформаційної сумісності та координації управлінських рішень. Отже, дослідження державної політики розвитку закладів охорони здоров'я військовослужбовців та перспектив формування єдиного медичного простору сил оборони є актуальним як з точки зору теорії публічного управління, так і з позицій теперішніх потреб воєнного часу.

Проблематика розвитку закладів охорони здоров'я військовослужбовців досліджувалася в працях українських і зарубіжних учених у межах воєнної медицини, соціальної політики, публічного управління, безпекознавства. Окремі аспекти організації військової медицини, медичного забезпечення в особливий період, реабілітації та соціального захисту військовослужбовців розглядалися у працях фахівців з медицини, права та державного управління. Разом з тим більшість досліджень мають або медико-клінічний, або вузьковідомчий характер (наприклад тільки в межах МОУ та ЗСУ). Значно меншою мірою опрацьовано питання військової медицини як об'єкта державної політики, її міжвідомчої архітектури, інструментів реалізації та проблем фрагментації.

Метою магістерської роботи є комплексний аналіз державної політики розвитку закладів охорони здоров'я для військовослужбовців в Україні та обґрунтування концептуальних засад формування єдиного медичного простору сил оборони.

Для досягнення поставленої мети в роботі передбачається вирішення таких завдань:

- розкрити теоретичні засади державної політики щодо розвитку закладів охорони здоров'я для військовослужбовців;
- визначити інституційну архітектуру управління розвитком мережі закладів охорони здоров'я для військових;
- проаналізувати міжнародний та зарубіжний досвід організації військової медицини;
- проаналізувати міжнародний досвід державної політики розвитку військово-медичних закладів у країнах ЄС та НАТО;
- виявити основні проблеми розвитку закладів охорони здоров'я для військових у багатовідомчій системі України.;
- дослідити роль міжвідомчої взаємодії та цивільно-військової інтеграції у розвитку мережі закладів для військових;
- проаналізувати сучасний стан розвитку закладів охорони здоров'я для військовослужбовців в Україні
- обґрунтувати концепцію єдиного медичного простору як моделі розвитку закладів охорони здоров'я для військових

Об'єктом дослідження є державна політика щодо розвитку сфери охорони здоров'я.

Предметом дослідження є державна політика щодо розвитку закладів охорони здоров'я для військових.

Методи дослідження: аналіз, синтез, індукція і дедукція – для вивчення структури та змісту державної політики та для формування узагальнень і висновків; системний аналіз – для розгляду охорони здоров'я військовослужбовців як складної багаторівневої системи, аналізу структури,

взаємозв'язків; порівняльний аналіз – для дослідження моделей систем організації охорони здоров'я окремих країн ЄС та НАТО, а також власне політику в цьому питанні безпосередньо НАТО та ЄС, визначення сильних і слабких аспектів цих систем; структурно-функціональний метод – для аналізу повноважень і ролей суб'єктів політики; формально-логічний та соціально-правовий аналізи – для аналізу нормативно-правових актів; метод моделювання та прогнозування – для обґрунтування перспектив розвитку єдиного медичного простору сил оборони; прогностичний метод – для формулювання рекомендацій щодо необхідних змін.

Практичне значення результатів дослідження полягає в можливості їх використання у діяльності органів державної влади та сектору безпеки і оборони при розробці стратегічних і програмних документів, вдосконаленні міжвідомчої координації у сфері медичного забезпечення військових, у підготовці навчально-методичних матеріалів з публічного управління, безпекової політики та військової медицини і у подальших наукових дослідженнях проблем державної політики у сфері оборони та охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Розвиток закладів охорони здоров'я для військових як предмет державної політики

Державна політика охорони здоров'я військових – цілеспрямована діяльність держави, спрямована на збереження життя і здоров'я осіб, які проходять службу у складових сектору безпеки і оборони, а також на відновлення функціонування після поранень/захворювань та забезпечення безперервності допомоги під час переходу “служба демобілізація/ветеранський статус”. До цієї діяльності відноситься нормотворча, організаційна, фінансова, управлінська, контрольна.

Її нормативний фундамент – конституційні гарантії, зокрема пріоритет життя і здоров'я людини та право на охорону здоров'я й медичну допомогу [1]. Системна інтеграція у безпекову політику задається законом про національну безпеку, який розмежовує повноваження органів у сферах безпеки й оборони [2]. Об'єктом державної політики є здоров'я (фізичне, психічне, соціальне функціонування) військовослужбовця, а також медична готовність сил оборони. Суб'єктами є Верховна Рада (закони, бюджетні рамки), Президент (стратегічні рамки оборони, організаційні акти у сфері військового управління, напр., положення про Генштаб) [3], КМУ (постанови, міжвідомчі механізми, бюджетні програми), ЦОВВ/відомства: МОУ, МВС, Мінветеранів, ДПСУ, СБУ, УДО, ДССЗЗІ, а також МОЗ/НСЗУ.

Інструменти політики у цій сфері зазвичай комбінують:

- регуляторні (закони/накази; правила ВЛК/медоглядів; протоколи/стандарти);
- інформаційні (медичні інформаційні системи, облік, звітність);

- кадрові (підготовка/утримання кадрів);
- організаційні (мережа відомчих ЗОЗ; маршрути евакуації/госпіталізації/реабілітації; міжвідомча взаємодія);
- фінансові (відомчі кошториси + оплата цивільних послуг за правилами державних фінансових гарантій/ПМГ) [4].

Цикл політики включає в себе формування порядку денного (втрати/поранення/потреби реабілітації), розробку рішень (КМУ/ЦОВВ, стандарти, маршрути), реалізацію (мережі відомчих і цивільних ЗОЗ), а також моніторинг і оцінка (показники якості/доступності/летальності/часу евакуації/реабілітації; аудит).

Для всієї системи охорони здоров'я базою виступають Основи законодавства про охорону здоров'я, що визначають принципи, права пацієнтів, організаційні засади державної політики у медицині [5]. Фінансова архітектура цивільного сегмента – Закон про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення (ПМГ/НСЗУ), що має значення для військових, коли допомога/реабілітація надається у цивільній мережі закладів охорони здоров'я [5]. Окремий важливий напрямок сучасної політики – реабілітація у сфері охорони здоров'я як комплексна система (маршрут, мультидисциплінарність, фокус на функціонуванні) [6].

Важливою частиною реалізації державної політики – хто формує, хто реалізує, хто координує, де точки перетину між системами. МОЗ – центральний орган виконавчої влади, що формує та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я на національному рівні (нормативні стандарти, протоколи, організаційні підходи), що є спільною рамкою і для взаємодії з військовою медициною [7]. У воєнних умовах роль МОЗ особливо важлива як провайдер державних правил: маршрутизація, екстрена допомога, залучення цивільних потужностей, а також нормативні рішення з організації допомоги у кризі (як приклад – накази періоду 2022 р. щодо організації надання меддопомоги) [8].

МОУ: ДОЗ МОУ, Медичні сили ЗСУ, Генеральний штаб:

а) Департамент охорони здоров'я МОУ (ДОЗ МОУ) Це політико-управлінський центр у апараті МОУ, який приймає участь у формуванні політики та стандартів військової охорони здоров'я, інтеграція з цивільною системою, контроль реалізації у межах компетенції [9].

б) Командування Медичних сил ЗСУ / Медичні сили ЗСУ Функціональне ядро реалізації – організація медичного забезпечення військ, управління мережами військових госпіталів/служб, планування і застосування медичних спроможностей. Як “доктринальна” основа використовується документ “Доктрина «Медичні сили Збройних Сил України»”, який описує принципи підготовки та застосування Медичних сил (важливо для обґрунтування політики як системи) [10]. Також використовуються відомчі настанови/стандарти (наприклад згадки про наказ Командування Медичних сил щодо настанови з медичного забезпечення) [11].

в) Генеральний штаб ЗСУ Роль Генштабу у політиці – не організація лікувального процесу та власне фахові медичні питання, а планування оборони і застосування сил, координація виконання завдань у сфері оборони та стратегічне управління ресурсами й організацією, що прямо впливає на вимоги до медичних спроможностей (евакуація, логістика, штатні структури, медична готовність). Це закріплено у положенні про Генштаб (Указ Президента) [3]. Опис функцій Генштабу як робочого органу Ставки та участі у формуванні/реалізації оборонної політики також подано на офіційному ресурсі МОУ [12].

г) Регуляторні “вузли” МОУ: ВЛК/ВЛЕ і медичне забезпечення Питання придатності, причинного зв'язку поранень/травм, доступу до служби/звільнення – через військово-лікарську експертизу (Положення МОУ) [13]. Окремі аспекти організації медичного забезпечення (в т.ч. у міжнародних операціях) регламентуються наказами МОУ [14].

МВС: ДОЗ МВС, медична політика системи МВС і медслужба НГУ:

а) Департамент охорони здоров'я МВС (ДОЗ МВС) МВС прямо позиціонує ДОЗ як структурний підрозділ, що реалізує політику МВС у сфері

охорони здоров'я, а також публікує перелік релевантних наказів (про аеромедевакуацію, медико-психологічну реабілітацію, таблиці оснащення тощо) [15; 16; 17].

б) Медична (військово-лікарська) комісія МВС (ВЛК МВС) Ключовий регулятор “доступу до служби” й експертизи стану здоров'я у системі МВС – через наказ МВС від 03.04.2017 № 285 [18].

в) Медична служба Національної гвардії України (НГУ) – у сфері управління МВС, а медичне забезпечення часто має сценарно-операційний характер (НС, масові заходи, охорона громадського порядку, оперативно-службові завдання). Ранній приклад такого регулювання (який вже втратив чинність) – Положення МВС № 1296 про медичне забезпечення ОВС і військовослужбовців НГУ в умовах НС/масових заходів [19]. Актуальніші порядки медзабезпечення поліцейських та НГУ у визначених умовах також фіксуються в нормативному полі [20].

г) Інформаційний контур МВС (МІС МВС) як політичний інструмент Як приклад інструмента політики “керування через дані” — нормативне визначення суб'єктів медичної інформаційної системи МВС, куди включено заклади охорони здоров'я МВС, НГУ та ДПСУ [21].

У ДПСУ значну частину політики визначається в регламентах медичного огляду, що визначають порядок добору, проходження медоглядів та процедури. Прикладом цього може бути наказ МВС від 25.06.2024 р. № 441 «Про затвердження Положення про проходження медичного огляду в Державній прикордонній службі України» [22]. У політичному сенсі це означає, що доступ до служби і ряд управлінських рішень (придатність/обмеження/маршрути) формуються відомчими нормами, що має наслідки для уніфікації з іншими складовими сил оборони (як правило саме в цій частині існує проблематика в тому числі визнання документації).

СБУ діє на підставі спеціального закону, що визначає її завдання та повноваження [23]. При цьому певні елементи медичної політики стають публічними через нормативні акти, зокрема щодо організації медичних

оглядів кандидатів/категорій персоналу – наприклад наказ СБУ № 363 (2024) [24]. У контексті державної політики тут ключовий баланс: потреба інтеграції (маршрути, реабілітація, стандарти) у поєднанні з режимами секретності та/чи обмеження доступу до даних, що ускладнює міжвідомчу сумісність.

УДО: медичне забезпечення як елемент спроможності державної охорони. УДО діє на підставі закону про державну охорону органів державної влади та посадових осіб [25]. У нормативному полі УДО фігурує підрозділ медичного забезпечення та санаторно-курортні механізми (зареєстровані зміни до актів УДО) [26]. Також існували урядові рішення щодо організації/оплати меддопомоги відповідним категоріям осіб із залученням УДО як платника [27].

ДССЗЗІ: правова рамка служби та відомчі вимоги до придатності або працездатності. Базою є Закон України “Про Державну службу спеціального зв’язку та захисту інформації України” [28]. У політичному вимірі специфіка ДССЗЗІ (зв’язок/кібер/захист інформації) означає акцент на психофізіологічній придатності, працездатності, стресостійкості, що зазвичай інституціоналізується у відомчих процедурах, а спеціалізована допомога часто надається у загальній системі охорони здоров’я за спільними правилами МОЗ/НСЗУ згідно програми державних гарантій медичного обслуговування населення [4].

Мінветеранів: “перехідний міст” від військової до ветеранської політики відновлення. Мінветеранів є ЦОВВ, діяльність якого визначена урядовою постановою [29]. Публічна комунікація відомства підкреслює політику в частині лікування/реабілітації та взаємодію з інструментами ПМГ (НСЗУ) для покриття реабілітації ветеранів [30]. Для державної політики це критично: безперервність маршруту “поранення → лікування → реабілітація → статус ветерана/соціальна інтеграція” розташована на стику МОУ/МВС систем разом з МОЗ та Мінветеранів.

“Зшивання” відомств: міжвідомчі механізми на рівні КМУ – класичний інтеграційний інструмент – це постанова КМУ № 1923, яка встановлює

порядок надання медичної допомоги у військово-медичних закладах та взаєморозрахунків між військовими формуваннями [31]. Це важливий “міст” політики, але він переважно вирішує фінансово-організаційний аспект, не замінюючи потреби уніфікації стандартів, даних і процедур. До того ж в частині аспектів він є застарілим, та не вирішує питання “зшивання” процесів за участі МОЗ, НСЗУ, Мінветеранів. Вищевказане можна оформити у вигляді «матриці повноважень». Логіка матриці – не “хто лікує”, а хто формує, координує, реалізує, контролює політику в охороні здоров’я військовослужбовців і персоналу сектору безпеки й оборони (Додаток 1).

1.2 Проблеми розвитку закладів охорони здоров’я для військових у багатовідомчій системі

Нижче проблеми сформульовані як policy-issues (причина → наслідок для реалізації політики → що саме “не зшито” на рівні держави). Відомча фрагментація як структурна вада політики, а саме українська модель фактично складається з пакета відомчих політик (МОУ, МВС/НГУ, ДПСУ, СБУ, УДО, ДССЗЗІ), які спираються на загальні медичні рамки [5], але мають різні “вхідні ворота” (медогляди, ВЛК), внутрішні стандарти та управлінські цикли (планування/звітність/кадри). Приклади відмінних регуляторних контурів: ВЛЕ МОУ [13], ВЛК МВС [18], відомчі положення ДПСУ про медогляд [22], медогляд СБУ за наказом [24]. І як наслідок – складнощі забезпечення однакових підходів до придатності, обмежень, реабілітації й взаємне визнання документів. Розрив “військова медицина ↔ цивільна медицина ↔ ветеранська політика”: ПМГ/НСЗУ є ключовим фінансовим механізмом цивільного сектору, що потрібен для спеціалізованої допомоги й реабілітації [4]. Однак державна політика часто має “шви” на етапі переходу: хто є замовником/платником, як підтверджується статус, хто координує маршрут, як передаються медичні дані. Мінветеранів позиціонується як

провідник у сфері реабілітації та доступу до ширших пакетів послуг, але без повної синхронізації з відомчими маршрутами це породжує різні практики в регіонах [29].

Управління через дані: несумісність інформаційних контурів і правові бар'єри – політика “без даних” погано керована, адже неможливо стабільно оцінювати якість, ефективність витрат, результати реабілітації, довжину маршруту. Спробою інституціоналізації є підхід МВС до МІС МВС, де суб'єктами визначено заклади МВС, НГУ, ДПСУ [21]. Але міжвідомча сумісність з МОУ та цивільним eHealth і відомствами з особливими режимами (СБУ/УДО) залишається складною (правові режими доступу, конфіденційність, стандарти даних). Стандарти, які неможливо вирівняти, і управління якістю між секторами є окремою проблемою. Наприклад МОЗ задає загальнонаціональні правила/стандарти, але відомства мають власні порядки й доктринальні документи (наприклад доктрина медичних сил ЗСУ) [10]. Policy-ризик – навіть коли медпослуга надається “правильно” в рамках відомства, складно порівнювати якість/результативність між відомствами та цивільним сегментом – а отже важко приймати стратегічні рішення (де розвивати спроможності, що контракувати, як будувати реабілітаційну мережу).

ВЛК/ВЛЕ – не лише медична процедура, а адміністративний механізм, що визначає доступ до служби, виплат, реабілітації, звільнення. Нормативні режими різні: МОУ [13], МВС [18], ДПСУ (медогляд/процедури) [22], СБУ [24]. Policy-проблема – різні підходи до критеріїв і документування можуть створювати нерівність доступу до рішень/послуг та конфлікти правозастосування при міжвідомчих переходах (переведення, взаємозалік, лікування у “чужих” закладах, визнання документів тощо).

Координація на рівні КМУ здебільшого “про розрахунки”, а не “про систему”. Постанова КМУ № 1923 важлива для взаєморозрахунків і доступу до військово-медичних закладів різними формуваннями [31]. Але державна політика потребує ширших “інтеграційних” рішень: уніфікації маршрутів,

стандартів даних, єдиних КРІ, регіональної мережі реабілітації, гарантованого переходу до ветеранських сервісів. Коли цього немає, то система працює ситуативно як сума відомств, а не як єдина політика.

Військово-медична система потребує специфічних кадрів (польова медицина, евакуація, травма, психічне здоров'я, реабілітаційні команди). Політичні рішення мають закладати довгострокове планування кадрів, утримання, профілактику вигорання, стандарти мультидисциплінарності (особливо в реабілітації) [6]. Без цього державна політика “про гарантії” не конвертується у державну політику “про спроможності”.

Державна політика охорони здоров'я військовослужбовців в Україні має подвійну природу – з одного боку, спирається на єдині конституційні та загальномедичні рамки (Конституція; Основи законодавства про охорону здоров'я), а з іншого – реалізується як сукупність відомчих моделей (МОУ/МВС/НГУ/ДПСУ/СБУ/УДО/ДССЗЗІ), які “зшиваються” переважно точковими механізмами (взаєморозрахунки, окремі порядки, інформаційні контури) [31]. Стратегічний виклик державної політики — перейти від внутрішньовідомчих систем до інтегрованого управління результатами: безперервного маршруту допомоги, уніфікованих стандартів і даних, узгодженої реабілітації та ефективної взаємодії з Мінветеранів і цивільною системою. Саме полісу-логіка: не “що болить у лікарні”, а де держава як політик/регулятор/замовник не зшиває систему (Додаток 2).

РОЗДІЛ 2

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ

2.1 Міжнародні рамки розвитку військово-медичних закладів у країнах ЄС та НАТО

Якщо говорити про узагальнення міжнародного досвіду в організації охорони здоров'я військовослужбовців, і враховуючи союзи, до яких тяжіє Україна, варто розглядати моделі управління, інтеграцію з цивільною системою, ланцюг медевакуації та стандарти якості та інтероперабельності з огляду на стандарти НАТО та ЄС. Окрім, власне союзів, до яких рухається Україна, варто окремо розглянути системи військової охорони здоров'я окремих країн, які хоч так чи інакше інтегровані у НАТО чи ЄС, проте мають національні відмінності.

В контексті доктринальної основи та інтероперабельності, на якій базується архітектура національних систем охорони здоров'я для військових варто розглянути наступні стандарти та концепції:

– NATO Medical Support Capstone Concept (NMSCC) – перша стратегічна медична концепція НАТО була схвалена Військовим комітетом 8 грудня 2022 року. Концепція медичного забезпечення НАТО створює фундамент для визначення, осмислення та об'єднання оперативного використання і нарощування потенціалу в медичній галузі. Документ визначає середньо- та довгострокове медичне планування в НАТО і розвиток медичних спроможностей Альянсу до 2040 року на підтримку командування бойових сил НАТО під час виконання місій Альянсу у всіх видах конфліктів [32].

– МС 326 "Принципи та керівництво з медичного забезпечення для НАТО" було розроблено Військовим комітетом НАТО у 1993 році (дійсна

наразі версія це MC 326/4). Це сталося в період, коли виникла гостра потреба в координації медичної підтримки під час миротворчих операцій, ліквідації наслідків катастроф та гуманітарних місій. Директива визначає оперативні принципи медичної підтримки та встановлює стандарти для координації медичних служб країн-членів НАТО [33].

– AJP-4.10 “Allied Joint Doctrine for Medical Support” (під STANAG 2228) Базовий документ для медичного забезпечення в операціях НАТО, який задає підходи до планування медичного забезпечення, ролей медичних спроможностей, евакуації, стандартизації та взаємосумісності між країнами, детальна доктрина для практичного застосування під час виконання завдань, яким керується персонал НАТО на операційному рівні. З позиції практичної організації особливо важливим є те, що AJP-4.10 прямо закладає підхід до узгодженості політичного, стратегічного, оперативного рівнів, коли медична підтримка “вбудована” в систему забезпечення операцій, а не існує паралельно [34].

– НАТО також публічно окреслює роль військових медичних служб як елемента бойової спроможності та готовності, включно з цивільно-військовою взаємодією під час криз [35].

Для України важливо, що існує офіційний переклад AJP-4.10 українською, який можна прямо використовувати як доктринальну опору під стандартизацію медичного забезпечення [36]. У НАТО «медична система» – це не лише оперативні інструкції для виконавців, а частина архітектури альянсу, чітко вписана в логістичні процеси та в процесі постійного оновлення.

Хоч ЄС не є військовим союзом, а політико-економічним, проте враховуючи спільний економічний, політичний і часто соціальний простір необхідна координація медичних спроможностей (не тільки військових, а й цивільних), яка до останнього часу була відсутня. У ЄС за відсутності єдиної наднаціональної військово-медичної служби, активно розвивається координаційно-мережевий підхід – формування спільних механізмів

планування, узгодження стандартів і спільного використання наявних ресурсів. 11 грудня 2017 року Рада ЄС затвердила Permanent Structured Cooperation (PESCO) – механізм для посиленого оборонного співробітництва 25 держав-членів ЄС [37]. У березні 2018 року схвалено перші 17 проєктів PESCO, серед яких був European Medical Command (EMC). У 2019 році EMC злилася із MMCC (Multinational Medical Coordination Centre), утворений у 2017 році у Німеччині, в контексті Концепту Рамкових Націй НАТО, для координації медичної підтримки в мультинаціональних операціях. Об'єднання є логічним, оскільки обидві ініціативи мали схожі цілі – координацію медичної підтримки європейських збройних сил.

Оскільки ЄС та НАТО мають багато спільних членів, то абсолютно логічно для країн Європи, користуючись усталеним рамковим концептом країн НАТО, створювати свій «транснаціональний медичний простір» на основі документів НАТО, але вписуючи їх у законодавчий простір країн-членів, завдяки цілому ряду виконаних задач:

- Гармонізацію стандартів – уніфікація медичних стандартів сертифікації, узгодження правових (цивільних) умов, загальні принципи санітарної служби;

- Інтероперабельність ресурсів – сумісність крові та продуктів крові між країнами, координація фармацевтичних препаратів і медичних виробів, спільна медична логістика;

- Транснаціональний потік пацієнтів – можливість евакуації та лікування пацієнтів у медичних закладах різних країн, усунення бар'єрів для транскордонного медичного обслуговування військових;

- Єдина операційна медична картина – спільна система ситуаційної обізнаності, Near Real-Time Surveillance Tool для моніторингу в режимі реального часу, обмін медичною інформацією між закладами охорони здоров'я різних країн.

- Цивільно-військова інтеграція – зближення військових і цивільних медичних систем.

– Спільні ресурси та можливості – МЗ-EPС (спільні запаси для епідемій/пандемій), багатонаціональні медичні модулі, багатонаціональні медичні групи, які можуть бути швидко розгорнуті;

В якості узагальнення можна сказати, що НАТО забезпечує насамперед доктринально-стандартну “рамку інтероперабельності”, тоді як ЄС розвиває координаційні спроможності та механізми спільного використання ресурсів, особливо актуальні для медичної евакуації, ролей/спроможностей, підготовки та стандартизації процесів.

У державах ЄС та НАТО медичне забезпечення військ розглядається як елемент оборонного планування і підтримання боєздатності, а не як ізольована соціальна функція. Ця логіка визначає: вимоги до керованості системи, інтеграцію медичних спроможностей із плануванням операцій, необхідність уніфікованих стандартів і взаємної сумісності між підрозділами та країнами-партнерами.

Архітектуру системи військової охорони здоров'я в США складає: Defense Health Agency (DHA), Military Health System (MHS), TRICARE. Модель США характеризується високим рівнем інституційної зрілості, масштабом і чітким розмежуванням управлінських контурів. Ключовою є роль Defense Health Agency (DHA), яка позиціонується як “America’s Medical Combat Support Agency” та виконує функції забезпечення медичними спроможностями, управління низкою систем загального значення (зокрема Joint Trauma System тощо) [38; 39]. DHA є об'єднаною інтегрованою агенцією бойової підтримки, яка об'єднує клінічні та організаційні-операції у всій військовій системі охорони здоров'я та забезпечує надання інтегрованої та доступної медичної допомоги. Важливим прикладом стандартизації якості є вищевказана Joint Trauma System (JTS), місія якої – покращення готовності та результатів травматологічної допомоги на основі доказів і системи performance improvement (“підвищення продуктивності”), JTS також є референтним органом Міністерства оборони США у сфері травматології [39].

MHS – внутрішня система охорони здоров'я Міністерства оборони США, яка обслуговує близько 9,5 мільйонів бенефіціарів: 1,4 млн військовослужбовців діючої служби, 331 000 резервістів, військових пенсіонерів та їхніх сімей, у 2025 році запит на Unified Medical Budget становить \$61,3 млрд (7,2% бюджету Міністерства оборони) [40].

Необхідно зазначити, що до 2017 року кожен вид військ (Army, Navy, Air Force) керував своїми госпіталями та клініками, у листопаді 2022 року завершено перехід – усі ~ 700 закладів (включно з стоматологічними клініками) в США та за кордоном тепер під управлінням ДНА, що дозволило створити єдину інтегровану систему замість трьох окремих [38].

Кожен вид Військ має свій медичний департамент, їх основний фокус наразі є Readiness Mission: Забезпечення боєздатного особового складу (medically ready force), підготовка медичного персоналу, готового до розгортання (ready medical force), підтримка оперативної медицини та бойової медичної допомоги, медична підтримка Combatant Commands. Також вони відповідають за рекрутинг та підготовку медичного персоналу, оскільки ДНА керує госпіталями та клініками, але не має прямого контролю над тим, скільки військових медиків буде набрано та призначено для їх укомплектування щороку, бо це залишається за Army, Navy та Air Force Federal News Network. Тобто департаменти мають автономію у таких задачах: визначення потреб у військових медиках, рекрутинг лікарів, медсестер та іншого персоналу, базова військова та медична підготовка, післядипломна освіта (Graduate Medical Education), розподіл персоналу між різними завданнями.

Завдяки достатньому досвіду та сталості розвитку створені документи, які покривають весь об'єм медичних інтервенцій від моменту поранення через послідовні рівні допомоги до евакуації, як FM 4-02 "Army Health System", а внутрішні доктрини розроблюються у власних закладах – центр підготовки та розробки доктрин у Форт-Сем-Х'юстон, Техас (U.S. Army

Medical Center of Excellence (MEDCoE), що позитивно впливає на уніфікованість надання медичної допомоги [41; 42].

Взаємодія з цивільною медициною в США широко реалізується через страхову систему TRICARE для медичного забезпечення військовослужбовців і пов'язаних категорій, що дозволяє закуповувати і отримувати медичні послуги в цивільній мережі на визначених умовах, забезпечуючи масштабованість доступу та фінансово-організаційну керованість. Унікальність системи полягає в тісній інтеграції військової та цивільної складової саме завдяки страховій системі [43].

Як практичну цінність для України американська модель демонструє, як поєднати військову компоненту бойової медицини та медевакуації, централізоване управління стандартами та підготовкою фахівців, доступ до цивільних потужностей – не втрачаючи керованості процесів.

В Німеччині відбулася централізація медичної служби для всіх родів військ. До 2002 року кожен вид військ мав власну медичну службу, у 2002 було утворено Joint Medical Service (Zentraler Sanitätsdienst) – медичні служби були об'єднані. Медичний персонал з усіх трьох видів військ був призначений до централізованої структури, але залишався за своїми видами військ. У 2024 нова реорганізація утворила новий підрозділ забезпечення Бундесверу (Unterstützungsbereich), в якому наявне командування медичних служб Бундесверу (Kommando Gesundheitsversorgung der Bundeswehr) [44; 45]. Командування відповідає, зокрема, за глобальне медичне забезпечення німецьких збройних сил, охоплюючи медичні, стоматологічні, фармацевтичні та інші спроможності. Okремо підкреслюється, що служба відображає елементи цивільної системи охорони здоров'я, адаптовані до потреб оборони (логіка “дзеркальної” інституційної побудови з урахуванням експедиційності). Взаємодія з цивільною медициною в Німеччині має дві ключові площини: організаційно-правову (використання цивільних стандартів, кооперація при надзвичайних ситуаціях) і функціональну (здатність швидко розгорнути польові медичні потужності та взаємодіяти із

цивільними службами реагування під час криз). Все вищевказане створює централізовану систему управління і фактично об'єднує всі медичні сили в єдиний простір. Практична цінність для України – німецький підхід є прикладом того, як забезпечити єдині стандарти та управління для всієї системи військової медицини при збереженні широкої мережі та готовності до операцій різного масштабу і швидке збільшення потужностей у разі потреби за рахунок взаємодії з цивільними медициною та службами реагування.

Польща наразі перебуває у процесі реформування військової медичної системи. Основними недоліками попередньої системи є розпорошення компетенцій та множинність структур управління, слабка координація – так, функції були поділені між 6 структурами, що призводило до проблем, таких як слабка укомплектованість військовими лікарями. Також слабкість військово-медичної освіти після ліквідації Військово-медичної академії імені генерал-майора Болеслава Шарецького (з 2003 і дотепер єдиного військового медичного університету немає) та застарілість військово-медичної доктрини. Частково проблема полягає у де-факто пострадянській системі організації надання допомоги, яка не відповідає стандартам управління військовою службою здоров'я в країнах НАТО. У лютому 2023 року президент Польщі Анджей Дуда оголосив про роботу над створенням *Wojska medyczne* (медичних військ). Це новий проєкт, який розроблений Міністерством національної оборони, Військовим медичним інститутом та Бюро національної безпеки. Це ініціатива, яка створює медицину як окремий вид збройних сил, подібно до *Wojska Lądowe* (Сухопутні), *Siły Powietrzne* (ВПС) тощо. Станом на січень 2026 року закон вже було прийнято, командувача призначено і йде створення структури командування. До моменту реформи керування здійснює *Departament Wojskowej Służby Zdrowia* – фактично, аналог українського Департаменту охорони здоров'я в складі МОУ [46]. До завдань департаменту належать: визначення напрямів розвитку системи охорони здоров'я і психологічної опіки в оборонному секторі та визначення

стандартів у сфері охорони здоров'я, психологічної допомоги, обігу медичних виробів і протиепідемічного забезпечення тощо. Окремо звертає на себе увагу, що створення окремого роду військ не є чимось новим, Україна виокремила медичні сили в окремий рід військ в 2020 році, проте це не вирішує всі організаційні проблеми, які виникли після початку повномасштабного вторгнення російської федерації.

Взаємодія з цивільною медициною в Польщі проявляється у двох напрямках: нормативно-стандартному (гармонізація вимог до медичних продуктів/виробів, санітарно-епідемічної безпеки) та організаційному (можливість залучення цивільних потужностей у кризових режимах та контрактних механізмах – залежно від національної архітектури фінансування та правових процедур). Проте повинь у вересні 2024 року оголила проблеми управління і показало складність своєчасного використання військових ресурсів через розпорошеність функцій служб здоров'я. У даному випадку ключовим викликом є підсилення керованості та стандартизації в межах оборонного відомства як реакція на безпекові виклики.

Приклад Польщі є надзвичайно цікавим для спостереження через схожі початкові умови та схожі виклики для системи хорони здоров'я.

Cuerpo Militar de Sanidad (Військовий медичний корпус) Іспанії входить до складу Subsecretaría de Defensa (Підсекретаріату оборони), оперативно залежить від Jefe de Estado Mayor de la Defensa (JEMAD – начальника Генерального штабу оборони) з місією надання оперативної, профілактичної та експертної підтримки Збройним силам. Це міжвидова служба, спільна для всіх родів військ, тобто окремий корпус збройних сил, військовослужбовці якого мають завдання щодо організації охорони здоров'я у логістично-оперативній, медичній допомозі та експертній сферах, а також пов'язані з психологією, фармацією та ветеринарією. Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESAN) – це орган, якому належить планування та розвиток санітарної політики [47]. Крім того, відповідає за консультування вищих

органів департаменту з питань військової медицини. З цією метою медична служба армії функціонально залежить від цієї Генеральної інспекції. Функції IGESAN – це координація медичної підтримки, логістично-оперативної згідно з директивами начальника Генерального штабу оборони та підсекретаріату оборони. Управління військовою санітарною мережею та фармацевтичним упорядкуванням, а також координація медично-експертної діяльності та профілактики здоров'я у сфері оборони. Координація та, за потреби, надання фармацевтичної, ветеринарної та психологічної підтримки разом з армією та флотом. Узагальнюючи вищевказане, знову бачимо тенденцію до централізації військово-медичного управління – єдиний Cuerpo Militar de Sanidad для всіх родів військ, немає окремих медичних служби для кожного роду військ, централізоване управління через IGESAN. Взаємодія з цивільною медициною значно менша ніж у США та Німеччини. Основна допомога надається в системі госпіталів у підпорядкуванні Міністерства оборони [48].

В Італії система військової охорони здоров'я є подібною до іспанської. Ключовим інституційним суб'єктом є Ispettorato Generale della Sanità Militare (IGESAN) у структурі Stato Maggiore della Difesa (Генеральний штаб оборони) [49]. Офіційно IGESAN визначається як організаційний елемент, відповідальний за керівництво та координацію діяльності служб військової охорони здоров'я. Тобто у фокусі – не тільки лікувальна діяльність, а й координація служб, кадрова/освітня компонента, науково-методичний і управлінський супровід. Взаємодія з цивільною медициною проявляється у співпраці з професійними інституціями, асоціаціями та ширшому підході до регулювання професійної діяльності, що підтверджується публічними документами про рамкові угоди та взаємодії IGESAN з фаховими організаціями. Тобто фактично менша взаємодія з цивільними закладами охорони здоров'я (подібно до Іспанії), а більше з фаховою середою і асоціаціями.

Французькі збройні сили мають єдину міжвидову військово-медичну службу подвійного призначення – Service de santé des armées (SSA), яка забезпечує: медичне забезпечення збройних сил у мирний та воєнний час, медичну підтримку зовнішніх операцій (OPEX), управління мережею військових навчально-клінічних госпіталів, підготовку військово-медичних кадрів та науково-дослідну діяльність [50]. Нею керує Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA), підпорядкована безпосередньо Chef d'état-major des armées (CEMA – начальнику Генерального штабу). До структури SSA входять лікувальні, профілактичні, евакуаційні, освітні (три заклади початкової та безперервної освіти військового персоналу) та наукові компоненти, а також мережа навчально-клінічних госпіталів (Hôpitaux d'instruction des armées) [51]. Французька модель характеризується високим рівнем інтеграції з цивільною системою охорони здоров'я. Військові госпіталі SSA:

- включені до загальнонаціональної системи лікарень;
- працюють за цивільними клінічними стандартами;
- залучають цивільний персонал та обслуговують цивільне населення у кризових ситуаціях.

Міжвидова централізація управління військовою медициною за єдиними стандартами, поєднання оборонних і цивільних функцій (“подвійне призначення”) без втрати військової специфіки дають високу готовність до кризових і масових санітарних ситуацій на національному рівні, проте все одно було прийнято амбітну нову дорожню карту, яка гарантує збільшення потужності SSA, затверджену у законі про військовий розвиток (Loi de programmation militaire 2024-2030), та підтверджує ключову роль військово-медичної служби як незамінного важеля стратегічної автономії збройних сил [52]. Таким чином, французький підхід демонструє “подвійне призначення” військової медицини, а саме одночасне забезпечення оборонних потреб і участь у національній системі охорони здоров'я.

У Сполученому Королівстві система військової охорони здоров'я представлена Defence Medical Services (DMS), що об'єднує медичні служби сухопутних, морських та повітряних сил [53]. Ключовою особливістю британської моделі є мінімізація власної стаціонарної військової мережі та акцент на інституційній інтеграції з цивільною медициною. Власна мережа військових госпіталів відсутня внаслідок того, що до середини 1990-х років спеціалізовані військові госпіталі були закриті. Звертає на себе увагу, що Великобританія – єдина країна західної Європи, яка це зробила. Основний акцент зроблено на лікування військовослужбовців у цивільних закладах системи National Health Service. Мілітарна компонента військової медицини зосереджується на експедиційних спроможностях: бойова травма, медична евакуація, розгортання польових медичних підрозділів. Центральним елементом є Royal Centre for Defence Medicine (RCDM) у Бірмінгемі, що функціонує на базі цивільної лікарні NHS [54; 55].

Сильними сторонами цієї моделі є: ефективне використання ресурсів цивільної системи охорони здоров'я, концентрація військової медицини на бойових та експедиційних завданнях (польові госпіталі, MEDEVAC, бойова травма), чітке розмежування клінічних і військово-оперативних функцій при збереженні централізованого управління. Британський досвід є прикладом максимальної функціональної інтеграції з цивільною системою за умови збереження військової специфіки у бойових умовах. Проте треба зважати на специфіку контексту, зокрема географічне розташування країни, яке за даних умов дозволяє використання саме такої економічно-ефективної моделі.

У Турецькій Республіці військова медицина традиційно мала високий рівень автономності, з розгалуженою мережею військових госпіталів і навчальних закладів, і працювала як самостійна централізована система. Після інституційних реформ 2016–2017 років, в зв'язку з політичною ситуацією, відбулася інтеграція військово-медичних закладів у цивільну систему охорони здоров'я, при частковому збереженні управлінського контролю з боку сектору безпеки. Gülhane Military Medical Academy

(військово-медична академія) була передана Міністерству охорони здоров'я разом із медичними підрозділами декретом, що має силу закону, виданим урядом 31 липня 2016 року, і її назву було змінено на Gülhane Training and Research Hospital, а в серпні 2016 року Gülhane Military Medical Academy була інкорпорована в University of Health Sciences після позбавлення військового статусу [56; 57]. Критики звертали увагу, що зміна знищила спеціалізовану військово-медичну спроможність та послабила допомогу на передовій. На даний момент Туреччина демонструє гібридну модель між централізованою військовою медициною та державною цивільною системою охорони здоров'я (на противагу турецькій моделі до 2016 року). І хоча особливостями турецької моделі є сильна роль держави в управлінні медичними ресурсами, поєднання військових і цивільних контурів у межах державної системи, збереження військово-медичної специфіки (польова медицина, бойова травма, медевакуація), ми бачимо унікальний приклад навмисного послаблення військово-медичної системи через політичні мотиви (Додаток 3).

2.2 Ключові закономірності розвитку закладів охорони здоров'я для військових, релевантні для України

Порівняльний аналіз моделей організації охорони здоров'я військовослужбовців у державах-членах НАТО (США, Німеччина, Франція, Велика Британія, Польща, Іспанія, Італія, Туреччина), а також наднаціональних рамок НАТО та ЄС, дозволяє зробити узагальнений висновок: у сучасних умовах військова медицина розвивається не як ізольована відомча система, а як інтегрований, мережевий компонент сектору безпеки і оборони, функціонально нерозривно пов'язаний із цивільною системою охорони здоров'я. У міжнародній практиці «єдність» військово-

медичної системи досягається не через формальне адміністративне об'єднання всіх закладів, а через:

- уніфікацію стандартів медичної допомоги, евакуації та обліку (доктринальний рівень, зокрема підходи НАТО);

- єдине управління медичними спроможностями або на рівні міжвидової служби (Німеччина, Франція), або через спеціалізований координаційний орган (США, Італія, Іспанія);

- керовану інтеграцію з цивільною медициною – контрактну (США, Велика Британія), державну (Франція, Іспанія) або гібридну (Туреччина).

Для України, де медичне забезпечення сил оборони історично фрагментоване між різними відомствами (Збройні Сили, інші військові формування, правоохоронні органи спеціального призначення), міжнародний досвід демонструє, що ефективна відповідь на масштабні бойові втрати, тривалі воєнні дії та обмежені ресурси можлива лише за умови формування так званого єдиного медичного простору сил оборони. Такий простір має розглядатися не як окрема галузь охорони здоров'я, а як інтеграційна надбудова, що поєднує військові й цивільні медичні ресурси, забезпечує єдині маршрутизацію та правила взаємодії, підпорядковується спільним стандартам і централізованому управлінню в кризових та воєнних умовах. У цьому контексті міжнародні моделі виконують роль методологічного та практичного орієнтира, що дозволяє сформувати адаптовану до національних умов українську модель без механічного копіювання, але з використанням перевірених інструментів.

Комплексний аналіз міжнародного та зарубіжного досвіду організації охорони здоров'я військовослужбовців у державах-членах НАТО (США, Німеччина, Франція, Велика Британія, Польща, Іспанія, Італія, Туреччина), а також доктринальних і координаційних рамок НАТО та ЄС, дозволяє виділити низку стійких закономірностей, які мають безпосереднє значення для формування та розвитку єдиного медичного простору сил оборони України. Єдність військово-медичної системи досягається через стандарти і

управління, а не через адміністративне злиття. У жодній із проаналізованих моделей «єдність» військової медицини не забезпечується простим об'єднанням усіх медичних закладів у єдину організацію. Натомість ключовим інструментом виступає уніфікація стандартів (клінічних, евакуаційних, організаційних) та централізоване управління політикою і спроможностями. Цей підхід простежується: у доктринальній рамці НАТО (AJP-4.10, NATO Medical Support Capstone Concept), у централізованих міжвидових службах (Німеччина, Франція), у координаційних агентствах та інспекторатах (США, Італія, Іспанія).

Для України це означає, що формування єдиного медичного простору має починатися з уніфікації стандартів і управлінських механізмів – створення довгострокової стратегії розвитку, а не з реорганізації мережі закладів. Центральний орган військово-медичної політики є обов'язковою ознакою ефективної системи. У всіх проаналізованих країнах існує чітко визначений інституційний центр, відповідальний за: формування військово-медичної політики, планування та розвиток спроможностей, контроль якості та підготовку персоналу. Функціонально такі органи представлені:

- Defense Health Agency (США);
- Kommando Gesundheitsversorgung der Bundeswehr (Німеччина);
- Service de santé des armées (Франція);
- Defence Medical Services (Велика Британія);
- IGESAN / IGESANDEF (Італія, Іспанія);

Країни з профільними структурами МО (Польща, Туреччина) демонструють недостатні інституційні спроможності щодо адекватного виконання поставлених задач. Для України це свідчить про необхідність створення та нормативного посилення єдиного міжвідомчого центру військово-медичної політики, здатного координувати всі складові сектору безпеки і оборони.

Інтеграція з цивільною системою охорони здоров'я є нормою, а не винятком. Жодна сучасна система військової медицини не функціонує

ізолювано від цивільної медицини. Водночас інтеграція має керований характер і реалізується у різних формах.

– контрактна модель (США, Велика Британія), де військові отримують допомогу в цивільних лікарнях за спеціальними програмами;

– державна інституційна інтеграція (Франція, Іспанія), де військові госпіталі є частиною публічної системи охорони здоров'я;

– гібридна модель (Туреччина), де військова медицина інтегрована в державну цивільну систему із збереженням специфічного військового контролю;

– функціональна взаємодія у кризових ситуаціях (Німеччина, Польща).

Для України це означає, що єдиний медичний простір сил оборони може бути інтегрованим із цивільною системою, але на спеціальних, чітко врегульованих умовах, з урахуванням воєнного та мобілізаційного режимів. Але необхідно зазначити, що інтеграція військових госпіталів, або їх повна ліквідація, була наслідком відсутності військових дій на території інших країн і необхідно розуміти, що під час активних військових дій інтегрована система не розрахована на таку кількість пацієнтів.

Мережева організація медичної допомоги є ключовою для стійкості системи. Усі розглянуті моделі спираються на мережеву логіку: поєднання військових госпіталів, мобільних (польових) медичних підрозділів, цивільних закладів охорони здоров'я та логістичних маршрутів евакуації. Особливо показовими є:

– рольова модель медичного забезпечення НАТО;

– британська орієнтація на експедиційні спроможності;

– французька та німецька здатність поєднувати стаціонарні й мобільні компоненти.

Для України це підтверджує доцільність формування єдиної мережі медичного забезпечення сил оборони з уніфікованою маршрутизацією поранених і хворих. Медична евакуація і маршрутизація пацієнтів є стратегічними функціями управління. Міжнародна практика показує, що

медична евакуація не є суто транспортним або медичним питанням, а розглядається як стратегічна управлінська функція, що інтегрована з оперативним плануванням. Це чітко простежується:

- у доктрині НАТО;
- у системі Joint Trauma System США;
- у французькій та британській моделях експедиційної медицини;
- у централізованих підходах Німеччини та Туреччини.

Для України це означає необхідність нормативного закріплення єдиної системи медичної евакуації для всіх складових сил оборони.

Дані, якість і доказова медицина є основою сучасної військової медицини. Провідні системи (насамперед США та країни НАТО) активно використовують централізований збір і аналіз медичних даних для оцінки результатів лікування, підвищення якості допомоги та коригування клінічних протоколів. Французька, німецька та британська моделі підтверджують, що єдині стандарти якості мають діяти як у військових, так і у цивільних закладах, залучених до лікування військовослужбовців. Для України це означає потребу у створенні єдиного медичного інформаційного контуру сил оборони як складової єдиного медичного простору. Підготовка військово-медичних кадрів має подвійний (військовий і цивільний) характер, а саме у більшості країн (Франція, Німеччина, Велика Британія, США) військові медики працюють або проходять підготовку в цивільних клініках, дотримуються цивільних професійних стандартів, проте водночас зберігають військову спеціалізацію для бойових умов. Україні пощастило зберегти заклади вищої військової медичної освіти, на відміну від Польщі та деяких інших країн. Наявну базу необхідно підтримувати та розширювати. Військова підготовка для студентів медичних та фармацевтичних спеціальностей повертається до обов'язкового формату з 1 січня 2026 року, згідно з новим Законом України (№ 4538-IX), що передбачає відновлення та створення кафедр військової підготовки для формування кадрового резерву медичної служби у відповідь на реалії воєнного часу та гостру потребу в офіцерах [58].

Єдиний медичний простір сил оборони є інструментом підвищення обороноздатності, а не лише соціальною гарантією. У всіх проаналізованих моделях військова медицина розглядається насамперед як фактор бойової стійкості та національної безпеки. Відповідно, для України формування єдиного медичного простору сил оборони має розглядатися як елемент оборонного планування, інструмент управління людським ресурсом та як складова системи національної безпеки в умовах тривалої збройної агресії. Проведений аналіз міжнародного та зарубіжного досвіду організації охорони здоров'я військовослужбовців свідчить, що сучасні системи військової медицини у державах-членах НАТО та Європейського Союзу розвиваються за логікою інтеграції, стандартизації та централізованого управління при збереженні мережевої організації надання медичної допомоги. Незалежно від національних особливостей, у таких системах ключову роль відіграють єдині клінічні та організаційні стандарти, спільні підходи до медичної евакуації і маршрутизації пацієнтів, а також керована взаємодія з цивільною системою охорони здоров'я. У сукупності це формує методологічну основу, відповідно до якої військова медицина розглядається як складова оборонного планування та забезпечення боєздатності, а не як ізольований відомчий сегмент. Зазначені підходи є особливо релевантними для України в умовах тривалої збройної агресії, коли система охорони здоров'я військовослужбовців функціонує в режимі постійного навантаження та міжвідомчої взаємодії. Відтак подальший аналіз доцільно зосередити на чинній системі організації охорони здоров'я військовослужбовців в Україні, її інституційній структурі, нормативно-правових засадах і наявних проблемах фрагментації. Саме в цьому контексті концепція Єдиного медичного простору сил оборони України постає як логічна відповідь на виявлені виклики та як інструмент інтеграції військових і цивільних медичних ресурсів на основі єдиних стандартів, управлінських рішень і механізмів взаємодії.

РОЗДІЛ 3

СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ В УКРАЇНІ

3.1 Сучасний стан розвитку закладів охорони здоров'я для військових в Україні

Охорона здоров'я військовослужбовців в Україні здійснюється в межах військової системи охорони здоров'я, що є функціонально відокремленою, але нормативно інтегрованою у загальнодержавну систему охорони здоров'я. Основними суб'єктами її реалізації виступають:

- медична служба Збройних Сил України;
- департамент охорони здоров'я (ДОЗ) Міністерства оборони України;
- медичні служби інших складових сектору безпеки і оборони (Національна гвардія, ДПСУ, СБУ тощо);
- департамент охорони здоров'я (ДОЗ) Міністерства внутрішніх справ України;
- Міністерство охорони здоров'я України;
- Міністерством у справах ветеранів України;
- заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які залучаються до лікування військовослужбовців (цивільні заклади охорони здоров'я, що функціонують у межах контрактних або мобілізаційних механізмів).

Таким чином, сучасна модель охорони здоров'я військовослужбовців характеризується багатосуб'єктністю, що потребує чіткого нормативного розмежування повноважень та узгоджених механізмів координації між відомствами. Сучасна організація охорони здоров'я військовослужбовців в Україні є міжвідомчою: поряд із медичною службою ЗСУ залучаються системи охорони здоров'я інших складових сектору безпеки і оборони, а

також цивільні заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності за механізмами взаємодії та взаєморозрахунків. Нормативною основою такої моделі є:

- загальні правові гарантії права на медичну допомогу та охорону здоров'я (базові акти цивільного медичного права) [5];

- спеціальні гарантії військовослужбовцям, зокрема ст. 11 ЗУ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців...», що закріплює право на охорону здоров'я і медичну допомогу [59];

- стратегічні засади воєнної медицини як системи в особливий період (Воєнно-медична доктрина) [60].

Організація медичного забезпечення військовослужбовців базується на багаторівневому підході, який охоплює:

- первинну медичну допомогу (на рівні військових частин і підрозділів);

- медичну допомогу в умовах стабілізаційних пунктів і мобільних формувань;

- спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу у військових і цивільних закладах охорони здоров'я;

- медичну реабілітацію та відновне лікування.

В умовах воєнного стану особливого значення набуває оперативність евакуації, безперервність та етапність медичного маршруту пацієнта та інтеграція військової і цивільної ланок охорони здоров'я. Організаційно система тяжіє до етапного лікування з евакуацією (від допомоги на рівні підрозділу до спеціалізованої/високоспеціалізованої допомоги), що фактично відповідає логіці НАТО «Role 1-Role 4» [61]. Взаєморозрахунки і порядок надання допомоги у військово-медичних закладах між військовими формуваннями визначені постановою КМУ № 1923 [31]. Механізм надання спеціалізованої/високоспеціалізованої допомоги у цивільних закладах для визначених категорій військовослужбовців врегульовано спільним наказом МОУ (№ 49/180) [62].

Нормативне поле організації охорони здоров'я військовослужбовців складається з кількох взаємопов'язаних рівнів:

1) Базове медичне законодавство (цивільне). Визначає загальні принципи системи охорони здоров'я, доступність допомоги, права пацієнтів, організаційні та фінансові засади (зокрема — «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [5].

2) Спеціальні соціально-правові гарантії військовослужбовців. Ключовим актом є ЗУ № 2011-ХІІ, який містить пряму норму про право військовослужбовців на охорону здоров'я та медичну допомогу (ст. 11) і визначає загальну рамку забезпечення [59].

3) Стратегічні та доктринальні документи сектору безпеки і оборони. Воєнно-медична доктрина України (постанова КМУ № 910) задає напрями розвитку медичного забезпечення сил оборони в особливий період, включно з міжвідомчою координацією, принципами етапності, евакуації, стандартів тощо [60].

4) Підзаконне регулювання «процесів»: порядок допомоги, взаємодія, документообіг, евакуація. Сюди належать:

– постанова КМУ № 1923 (порядок надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунки) [31];

– спільний наказ МОУ № 49/180 (механізм вторинної/третинної допомоги військовослужбовцям у залучених закладах) [62];

– наказ МОЗ № 379 (організація надання допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану) [63];

– постанова КМУ № 901 (обмін медичними документами між цивільними ЗОЗ і військовими частинами/ТЦКСП в особливий період) [64];

– постанова КМУ № 637 (прицільна медична евакуація осіб сектору безпеки і оборони, які потребують спеціалізованої допомоги) [65];

5) Регулювання медичної експертизи придатності та медичних комісій. Ключовими є накази МОУ, МВС, СБУ, який визначає суб'єктів, процедури та сфери застосування ВЛК/ЛЛК [13; 18; 22; 24].

6) Реабілітація (медична і медико-психологічна) та забезпечення засобами реабілітації. Закон № 1053-IX та Закон №2249-VIII закладають загальну модель реабілітації у сфері охорони здоров'я (мультидисциплінарність, план реабілітації, етапність тощо) [6; 66]. Окремо держава регулює забезпечення допоміжними засобами реабілітації (постанова КМУ № 1306) [67].

7) Лікування та реабілітація за кордоном. Нормативний механізм направлення на лікування за кордон закріплений постановою КМУ № 411 (у редакції змін, зокрема № 1169, та подальших змін) [68]. Важливо, що редакція порядку прямо «прив'язує» механізм прийому до інструментів ЄС (ERCC/EWRS) – це приклад практичної інтеграції з інституційною моделлю ЄС у сфері реагування на надзвичайні ситуації [69]. Додатково (в іншому периметрі) постанова КМУ № 150 регулює порядок надання медичної допомоги у відомчих ЗОЗ для визначених категорій осіб (зокрема ветеранів війни за переліком Закону) [70].

Ключові «вузли» проблемності нормативного регулювання:

1) Фрагментарність і багатоканальність норм (ризик різночитань). Норми «розкидані» між законами, доктриною, постановами КМУ та великою кількістю відомчих актів МОУ/МВС/МОЗ. Типова управлінська проблема: одна й та сама управлінська дія (напр., евакуація, госпіталізація, обмін медичними документами, взаєморозрахунки) описана різними актами з різною термінологією та різними суб'єктами відповідальності (медслужба, командування, ТЦК та СП, цивільні ЗОЗ). Прикладом спроби «зшити» контури є постанова КМУ № 901 про обмін документами в особливий період [64].

2) Неуніфікована термінологія та недостатня стандартизація процесів. Українські акти оперують категоріями «евакуація», «медична евакуація», «прицільна медична евакуація», «спеціалізована допомога» тощо, але в різних документах це може мати різні процедурні «наслідки» (хто ініціює, хто координує, які документи є підставою). Прийняття постанови КМУ №

637 про прицільну медичну евакуацію є кроком до процесної визначеності, але питання уніфікації термінів та інтеграції з іншими порядками (постанови КМУ № 1923, № 901) залишаються актуальними [31; 64; 65].

3) Подвійний контур управління (військовий/цивільний) і межі відповідальності. Спільний наказ МОУ № 49/180 формує міст між цивільними ЗОЗ та військовою системою в частині вторинної/третинної допомоги) [62].

Разом з тим, «стики» відповідальності на практиці – це:

- направлення/маршрутизація;
- документообіг і правові підстави госпіталізації/виписки;
- оплата та взаєморозрахунки;
- «ведення випадку» при зміні рівня надання допомоги.

Постанова КМУ № 1923 вирішує фінансово-облікову частину у відомчому сегменті, але не завжди покриває нові реалії широкого залучення цивільних ЗОЗ і системи медичних гарантій у воєнний час [31].

4) ВЛК/медична експертиза: процедурні ризики, навантаження і доказовість.

Положення про військово-лікарську експертизу визначає процедури та сферу застосування, але в умовах масових поранень і зростання потреби у реабілітації актуалізуються питання:

- пропорційності строків та процедур;
- цифровізації медичних даних і доказовості встановлення причинного зв'язку;
- узгодження висновків ВЛК з цивільними медичними документами та реабілітаційними маршрутами [13; 18].

5) Реабілітація – нормативно закріплена модель є, але інтеграція з військовим контуром нерівномірна. Закон № 1053-IX створює сучасну модель реабілітації (мультидисциплінарні команди, план, етапність) [6]. Однак у секторі оборони практична реалізація залежить від:

- інституційної спроможності військових/цивільних реабілітаційних мереж;
- єдиного планування «від травми до повернення у стрій/соціум»;
- забезпечення засобами реабілітації та безперервності фінансування (постанова КМУ № 1306 – важливий елемент, але не вичерпує всю архітектуру) [67].

б) Лікування за кордоном: сильний нормативний механізм, але складність координації. Постанова КМУ № 411 встановлює формалізовану процедуру направлення осіб сектору безпеки і оборони на лікування за кордон і прямо використовує канали ЄС/міжнародної координації (ERCC/EWRS) [68; 69]. Проблемними зонами залишаються: логістика, сумісність медичної документації, післяповернення «включення» в українську реабілітаційну і експертну системи (ВЛК/соціальні гарантії тощо). Порівняльний аналіз із моделями НАТО/ЄС:

НАТО: доктринальний підхід до медичного забезпечення та евакуації. У НАТО медичне забезпечення описується як частина союзного планування операцій із чіткими принципами відповідальності, сумісності та етапності. В Allied Joint Doctrine for Medical Support (AJP-4.10) фіксується загальна логіка руху поранених між рівнями медичної допомоги (Role 1 → Role 4) і значення медичної евакуації як системної функції [71]. Окремий блок стандартів/доктрин зосереджений на медичній евакуації (AJMedP-2; STANAG 2546) – тобто питання MEDEVAC/AE описані як доктринально стандартизований процес із вимогами до планування, взаємодії та спроможностей. [72].

Українська відповідність/відмінність. Україна нормативно рухається у напрямі процесної визначеності (напр., КМУ № 637 про прицільну медичну евакуацію), але в українському праві це «нашаровано» на міжвідомчість і паралельні контури регулювання (КМУ/МОУ/МВС/МОЗ), що створює більш складну матрицю відповідальності, ніж у типовій моделі НАТО, де домінує єдина доктринальна рамка для союзних операцій [65].

ЄС: механізми закордонного лікування в умовах війни. Постанова КМУ № 411 (в редакції № 1169) прямо вбудовує європейські механізми кризового реагування/координації (ERCC Єврокомісії, EWRS) як елемент процедури направлення на лікування за кордон [68; 69]. Це зближує українську практику з європейською моделлю «cross-border emergency healthcare support» у надзвичайних ситуаціях, проте потребує сумісності медичних документів і маршрутів після повернення (реабілітація, експертиза, соціальні гарантії).

Напрями вдосконалення нормативного забезпечення організації охорони здоров'я військовослужбовців.

Подальший розвиток системи охорони здоров'я військовослужбовців в Україні об'єктивно потребує вдосконалення нормативно-правового забезпечення, яке має відповідати умовам тривалого воєнного стану, високій інтенсивності бойових дій, міжвідомчому характеру медичного забезпечення та курсу на євроатлантичну інтеграцію. Аналіз чинного нормативного поля дає підстави виокремити низку пріоритетних напрямів його вдосконалення.

Систематизація та кодифікація нормативно-правових актів у сфері військової охорони здоров'я. Однією з ключових проблем є фрагментарність нормативного регулювання, коли правові норми, що визначають організацію медичного забезпечення військовослужбовців, розосереджені між законами, постановами Кабінету Міністрів України та численними відомчими актами МОУ, МОЗ, МВС та інших органів. Це ускладнює практичне застосування законодавства та створює ризики різного тлумачення прав і обов'язків суб'єктів медичного забезпечення. Перспективним напрямом є:

розроблення єдиного системного нормативного акту (або комплексу узгоджених актів), який би комплексно регламентував організацію охорони здоров'я військовослужбовців у мирний час і в особливий період;

– перегляд та уніфікація чинних підзаконних актів із усуненням дублювання норм і суперечностей;

– чітке розмежування регуляторних рівнів: стратегічний (доктринальний), організаційний (урядовий) та процедурний (відомчий).

Уніфікація термінології та процесів медичного забезпечення. Нормативне поле військової медицини в Україні характеризується неоднорідністю термінології, зокрема щодо понять «медична евакуація», «прицільна медична евакуація», «етап лікування», «спеціалізована» та «високоспеціалізована» медична допомога. Відсутність єдиного тлумачення цих категорій у різних нормативних актах створює труднощі у практичній діяльності органів військового управління та медичних служб. У цьому контексті доцільніше є:

– нормативне закріплення єдиного глосарію військово-медичних термінів;

– уніфікація процесних моделей (маршрутизація пацієнтів, евакуація, госпіталізація, реабілітація);

– приведення національної термінології у відповідність до стандартів і доктрин держав – членів НАТО з урахуванням національної специфіки.

Удосконалення нормативного регулювання медичної евакуації та етапності лікування. З огляду на сучасний характер бойових дій, особливої актуальності набуває процесна чіткість медичної евакуації. Наявні нормативні акти створюють основу для регулювання цих процесів, однак потребують подальшого розвитку та узгодження. Перспективними напрямками є:

– чітке нормативне визначення відповідальності суб'єктів за ініціювання, координацію та забезпечення медичної евакуації;

– інтеграція вимог до медичної евакуації з логістичними і оперативними документами сектору безпеки і оборони;

– гармонізація національних процедур із підходами НАТО щодо MEDEVAC та етапності медичної допомоги (Role 1–Role 3/4).

Реабілітація військовослужбовців потребує не лише клінічного, а й чіткого нормативного супроводу. Попри наявність сучасного законодавства у

сфері реабілітації, його практична реалізація в секторі оборони залишається нерівномірною. Подальше вдосконалення нормативної бази має бути спрямоване на:

- чітке поєднання медичної реабілітації з процедурами медичної експертизи та прийняття рішень щодо придатності до служби;
- нормативне закріплення принципу безперервності реабілітаційного маршруту;
- інтеграцію реабілітаційних послуг у загальну систему медичного забезпечення сил оборони.

Однією з ключових характеристик сучасного стану військової охорони здоров'я є підвищене навантаження на медичний персонал та зростання потреби у фахівцях з бойової травми, анестезіології, хірургії, психіатрії та реабілітаційної медицини. Водночас система стикається з проблемами:

- нерівномірного кадрового забезпечення;
- потреби у постійному підвищенні кваліфікації медичних працівників;
- необхідності інтеграції стандартів військової та цивільної медичної освіти.

Матеріально-технічне забезпечення в умовах війни суттєво покращилося за рахунок міжнародної допомоги та волонтерських ініціатив, однак залишається залежним від логістичних і фінансових чинників.

Сучасний розвиток системи охорони здоров'я військовослужбовців в Україні відбувається під впливом комплексних безпекових, організаційних та правових чинників, що зумовлюють поступовий перегляд традиційних підходів до медичного забезпечення сил оборони. Аналіз практики функціонування військової охорони здоров'я та чинного нормативно-правового регулювання дозволяє виокремити низку стійких тенденцій, які визначають напрями її подальшого розвитку:

1. Посилення міжвідомчого характеру медичного забезпечення

Традиційно медичне забезпечення військовослужбовців в Україні ґрунтувалося на принципі відомчої замкненості, за якого медична служба

конкретного військового формування забезпечувала весь цикл медичної допомоги. У сучасних умовах така модель виявилася обмеженою з огляду на:

- масштабність бойових втрат;
- зростання потреби у високоспеціалізованій допомозі;
- нерівномірність розміщення медичних ресурсів.

Актуальною тенденцією є інституційна інтеграція військової та цивільної медицини, що проявляється у:

- залученні цивільних закладів охорони здоров'я до лікування військовослужбовців;
- використанні спільних реабілітаційних потужностей;
- формуванні єдиних маршрутів медичної допомоги.

Отже важливим фактором розвитку подальшого розвитку системи охорони здоров'я військовослужбовців є відхід від виключно відомчої моделі організації медичного забезпечення військовослужбовців. Залучення цивільних закладів охорони здоров'я, використання ресурсів державної та комунальної системи охорони здоров'я, а також розширення міжвідомчої взаємодії між органами сектору безпеки і оборони свідчать про формування нової управлінської логіки, у межах якої медичне забезпечення розглядається як спільна функція держави, а не окремого відомства. Ця тенденція актуалізує потребу у створенні цілісних механізмів координації, уніфікованих правил взаємодії та узгоджених стандартів надання медичної допомоги.

2. Орієнтація на безперервність медичного забезпечення

Однією з провідних тенденцій є орієнтація на безперервність медичного маршруту – від моменту поранення або захворювання до завершення лікування, реабілітації та прийняття рішення щодо подальшої служби чи соціальної адаптації. Це демонструє чіткий зсув від фрагментарного підходу (сукупність окремих лікувальних заходів) до процесно орієнтованої моделі, у межах якої ключовим стає забезпечення безперервності медичної допомоги. Йдеться про узгодженість етапів

лікування, евакуації, спеціалізованої допомоги та реабілітації, а також про спадкоємність медичних рішень незалежно від відомчої належності закладу охорони здоров'я. Зазначена тенденція вимагає нових управлінських і правових інструментів, здатних забезпечити цілісність медичного маршруту військовослужбовця.

3. Уніфікація стандартів і процедур медичного забезпечення

Ще одним важливим напрямом розвитку є прагнення до стандартизації організаційних і клінічних процесів у сфері військової охорони здоров'я. Це проявляється у спробах уніфікувати підходи до медичної евакуації, етапності лікування, медичної експертизи та реабілітації. Окрім уніфікації підходів і стандартів в межах національної системи охорони здоров'я необхідною є гармонізація національної моделі військової медицини з підходами держав-членів НАТО та ЄС, насамперед у частині:

- етапності медичної допомоги;
- медичної евакуації;
- реабілітації та психосоціальної підтримки.

Водночас існування різних відомчих практик і процедур засвідчує необхідність формування єдиних рамкових підходів, які б забезпечили узгодженість дій усіх суб'єктів медичного забезпечення. А створення єдиної платформи сумісності дозволила б адаптувати стандарти НАТО до національних умов, інтегрувати європейські механізми транскордонної медичної допомоги, забезпечити порівнюваність клінічних та організаційних рішень. При цьому національна специфіка (правова система, структура сектору безпеки і оборони, ресурсні можливості) зберігається як визначальний фактор формування моделі.

4. Посилення ролі реабілітації та відновлення функціональної спроможності

Сучасні тенденції розвитку військової охорони здоров'я характеризуються зростанням значення реабілітації як окремого напрямку медичного забезпечення. На даний момент важливим є зсув акцентів від

виключно лікувальної функції до відновлення боєздатності та якості життя, та інтеграція до цивільного життя у випадку неможливості подальшого несення служби. Реабілітація дедалі більше розглядається не як завершальний етап лікування, а як складова комплексного підходу до збереження людського потенціалу сил оборони. У цьому контексті розвиток системи передбачає інтеграцію реабілітаційних закладів у загальний медичний маршрут, поєднання клінічної, психологічної та соціальної реабілітації; узгодження реабілітаційних рішень із процедурами медичної експертизи (в тому числі військово-лікарської) та кадровими рішеннями щодо подальшого проходження служби.

5. Цифровізація та інформаційна сумісність

Важливою тенденцією є поступова цифровізація процесів медичного забезпечення, зокрема в частині обміну медичною інформацією між військовими та цивільними закладами охорони здоров'я. Це актуалізує потребу у створенні сумісних цифрових рішень, здатних забезпечити повноцінний обіг медичних даних у межах усього медичного маршруту військовослужбовця, зокрема в частині обміну медичною інформацією між військовими та цивільними закладами охорони здоров'я. Водночас фрагментарність інформаційних систем і різний рівень їх розвитку ускладнюють формування єдиного інформаційного контуру, який виконує не допоміжну, а системоутворюючу функцію, забезпечуючи: безперервний обіг медичної інформації, інтеграцію військових і цивільних медичних інформаційних систем, доказовість медичних та експертних рішень. Електронне медичне досьє військовослужбовця у перспективі стає ключовим інструментом реалізації принципу єдиного медичного простору, оскільки поєднує лікування, реабілітацію та медичну експертизу в єдину логіку управління (Додаток 4)

Таким чином, сукупність виявлених тенденцій – міжвідомча інтеграція, орієнтація на безперервність медичного забезпечення, стандартизація процедур, посилення ролі реабілітації та цифровізація свідчать про

об'єктивну потребу у формуванні нової системної моделі організації охорони здоров'я військовослужбовців. Зазначені напрями розвитку створюють концептуальні передумови для переходу до інтегрованого підходу, у межах якого медичне забезпечення сил оборони розглядається як єдина, взаємопов'язана система. Саме така логіка розвитку зумовлює актуальність подальшого наукового аналізу єдиного медичного простору сил оборони України, як перспективної організаційно-правової моделі, що відповідає сучасним потребам сектору безпеки і оборони.

3.2. Концепція єдиного медичного простору як модель розвитку мережі закладів для військових

Необхідність створення єдиного медичного простору сил оборони України (ЄМПСОУ) зумовлена фрагментарністю медичних служб МОУ, ЗСУ, МВС, НГУ, ДПСУ тощо, недостатня взаємодія з іншими центральними органами влади та цивільними закладами охорони здоров'я, відсутність єдиної військово-медичної інформаційної системи (e-Military Health), різними стандартами евакуації по ролях у різних відомства і навіть всередині відомства, не системне планування і відповідно нераціональне використання ресурсів, різна якість підготовки медперсоналу, ускладнена передача поранених між військовими закладами охорони здоров'я та цивільними. У сучасному дискурсі це часто не “про один орган/мережу лікарень”, а про єдину рамку управління, стандартів, даних і координації. Єдиний медичний простір сил оборони України – це система організації медичного забезпечення, управління та надання медичної допомоги особам, які входять до складу сил оборони, що забезпечує безперервність, наступність, стандартизацію та сумісність медичного забезпечення у мирний час, особливий період та в умовах воєнного стану незалежно від відомчої належності шляхом взаємодії суб'єктів охорони здоров'я сектору безпеки і

оборони та цивільної системи охорони здоров'я. Найбільш вагома згадка на рівні державної політики – це Стратегічний оборонний бюлетень України, затверджений Указом Президента № 473/2021. Там прямо говориться про незавершеність створення системи медичного забезпечення...“в рамках єдиного медичного простору”, а також про інтеграцію системи медичного забезпечення ЗСУ у взаємодії з медичними службами інших складових сил оборони “в єдиний медичний простір” [73]. Важливо, що це нормативний документ найвищого рівня, але він: не вводить термін як юридичне визначення, а радше фіксує цільову модель та напрям розвитку. Також існує спільний наказ МОУ та МОЗ від 07.02.2018 № 49/180 про механізм надання вторинної і третинної допомоги військовослужбовцям (zareєстрований у Міністерстві юстиції України 28 лютого 2018 р. за № 252/31704) [62]. Це важливий «інтеграційний» документ, який фактично описує, як військові отримують спеціалізовану/високоспеціалізовану допомогу у взаємодії із цивільною системою. Цей наказ не є нормативним документом про ЄМПСОУ, але він – приклад реального нормативного “шва” між військовою і цивільною медициною. Кабінет міністрів України створив Координаційний центр забезпечення сил безпеки і оборони України (постанова КМУ № 1176 від 14.10.2022). Це саме той тип рішення, який потрібен для реалізації “єдиного медичного простору СОУ”, бо він є прикладом міжвідомчої координації [74]. Окремо МОУ повідомляло про роботу координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб Сил безпеки і оборони, органів і закладів охорони здоров'я [75]. На сторінці МОУ про Медичні сили є теза, що “2022 року було створено Єдиний медичний простір” [76]. Також МОУ в новинах/конференційних матеріалах використовує формулювання про “формування єдиного медичного простору” як про завдання, що потребує об'єднання ресурсів і спільних підходів до управління та обміну інформацією [77]. Юридично це не створює норму права, але показує, що термін став операційним, і ним описують реальний стан інтеграції. Фраза “єдиний медичний простір” використовується також у

цивільному секторі як частина медичної реформи та інтеграції закладів, наприклад у документах МОЗ, КМУ і методичних матеріалах [78]. Важливо не ототожнювати ці два поняття, бо “єдиний медичний простір України” - це загальнонаціональний контекст, а “єдиний медичний простір сил оборони” – це відомчо-міжвідомчий контекст. Проте окремого нормативного акта, який би одночасно: закріпив термін “ЄМПСОУ”, дав визначення, визначив орган управління/координації, описав повний цикл (евакуація – лікування – реабілітація – дані – фінансування), не існує. Термін “єдиний медичний простір сил оборони” вже використовується, проте потребує нормативної інституціоналізації - дефініції, закріплення органу координації та єдиного механізму інтеграції військової і цивільної медицини. Основними принципами діяльності ЄМПСОУ є законність, міжвідомча сумісність, централізована координація та децентралізоване виконання, адаптивність до умов воєнного часу, а також пріоритет збереження життя і здоров’я військовослужбовців. Основними функціями ЄМПСОУ є:

- Стандартизація протоколів надання медичної допомоги, їх адаптація до стандартів ТССС (TECC), STANAG: AMedP. В тому числі визначення поняття стабілізаційного пункту, уніфікація вимог і об’ємів надання медичної допомоги, табелів оснащення (в залежності від відомства, підрозділу, технічної оснащеності та кадрового ресурсу стабілізаційний пункт може відповідати ролям 1–3 або мати характеристики різних ролей в межах одного стабілізаційного пункту);

- Створення єдиного центру управління MEDEVAC та автоматизований розподіл потоків пацієнтів;

- Єдина система навчання, уніфіковані програми підвищення кваліфікації та обмін досвідом;

- Аналітика та прогнозування – статистика поранень, часу евакуації, виживаності поранених по ролях, статистика по ускладненням (в тому числі інфекційним). Прогнозування навантаження на заклади охорони здоров’я та оцінка ефективності лікування та реабілітації;

- Управління ресурсами – спільні медичні закупівлі, оптимізація логістики, перерозподіл ресурсів (препарати крові, медикаменти, обладнання, медичний транспорт), управління кадрами;

- Цифровізація, збереження та захист медичної інформації військовослужбовців.

До ключових інструментів реалізації ЄМПСОУ належать уніфіковані стандарти медичної допомоги, єдина маршрутизація пацієнтів, інтегрована інформаційна система, спільна кадрова політика і узгоджене ресурсне забезпечення. Створення ЄМПСОУ передбачає прийняття Концепції функціонування єдиного медичного простору сил оборони України, її нормативне закріплення рішенням Кабінету Міністрів України, а також поетапне впровадження практичних механізмів інтеграції. Ключовими ознаками єдиного медичного простору СОУ є:

1) Інституційна єдність – об’єднує:

- медичні сили ЗСУ;
- медичні служби інших складових сил оборони (НГУ, ДПСУ, СБУ тощо);
- заклади охорони здоров’я МОЗ (за визначеними маршрутами);
- екстрену медичну допомогу.

2) Не ліквідує відомчу належність, а забезпечує їх узгоджену взаємодію.

3) Єдині правила та стандарти:

- уніфіковані підходи до тактичної медицини, стабілізації, евакуації, лікування та реабілітації;
- адаптація стандартів до умов війни.

4) Безперервність медичної допомоги – медична допомога не переривається при:

- зміні відомчого підпорядкування;
- передачі пацієнта між закладами;
- евакуації з району бойових дій до тилу.

5) Єдине інформаційне середовище:

- уніфікований медичний облік, ведення реєстрів (травма-реєстр тощо);
- передача даних між військовими та цивільними ЗОЗ (у дозволених межах);
- інтеграція з eHealth (у дозволених межах);
- єдиний МІС для усіх сил оборони.

Принципи функціонування ЄМПСОУ (табл. 1).

Таблиця 1 – Принципи функціонування ЄМПСОУ

Принцип	Зміст
Наступність	Без розривів між етапами надання медичної допомоги – евакуація з лінії бойового зіткнення в подальшому по ролям (стабілізаційний пункт, передова хірургічна група, спеціалізовані та високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я в т.ч. реабілітаційні).
Сумісність та доказовість	Відомча та стандартна сумісність, в тому числі з міжнародними стандартами. Використання уніфікованих клінічних настанов (протоколів) єдиних для усього простору не залежно від відомчого/невідомчого підпорядкування та форми власності. Окремо варто зауважити, що вищевказані єдині настанови мають ґрунтуватися виключно на принципах доказової медицини (evidence based medicine) і за рахунок цього бути сумісними з міжнародними стандартами.
Централізоване прийняття рішень та координація	Створення єдиної системи управління та координації, яка визначає загальну логіку роботи системи. Забезпечення роботи «механізму» відповідно до «правил гри» без необхідності вирішення проблемних питань в «ручному режимі».
Децентралізоване виконання	Гнучкість на місцях, адаптація до умов, що швидко змінюються, відсутність потреби в мікроменеджменті від ланки управління, що стоїть вище
Законність	Чітка нормативна база, яка вичерпно формулює всі поняття, процеси та алгоритми. Відсутність нечіткого розподілу повноважень або їх дублювання.

Основні цілі єдиного медичного простору СОУ – це:

- Збереження життя і здоров'я військовослужбовців;
- Зменшення санітарних втрат;
- Підвищення ефективності медичної евакуації та справедливого розподілу пацієнтів між ЗОЗ з урахуванням спроможності останніх;

- Дотримання уніфікованих стандартів надання медичної допомоги та реабілітації військовослужбовців;
- Адекватне планування медичних ресурсів та їх перерозподіл за необхідності;
- Раціональне використання медичних ресурсів держави;
- Підвищення стійкості системи охорони здоров'я в умовах війни.

Співвідношення з цивільною медициною – це не поглинання військової медицини цивільною і навпаки, а це функціональна інтеграція, а не адміністративне злиття, спільне використання потужностей за визначеними правилами, збереження військового управління медичним забезпеченням. Відмежування від суміжних понять (табл. 2).

Таблиця 2 – Відмінність основних понять

Поняття	Відмінність
Військова медицина	Комплексна галузь, яка поєднує наукові знання та практичні дії для підтримання і найшвидшого відновлення боєздатності особового складу.
Цивільна охорона здоров'я	Охорона здоров'я в контексті цивільного права та суспільства. Система державних, медичних, соціальних заходів спрямованих на збереження та відновлення здоров'я населення. Забезпечує реалізацію фундаментального права людини на охорону здоров'я.
Медичне забезпечення СОУ	Частина ширшої системи, яка спрямована на збереження здоров'я в/с, його відновлення, що включає профілактику, евакуаційні заходи, безпосередньо лікувальний процес, реабілітацію, постачання медикаментів, оснащення та техніки.
Єдиний медичний простір	Надвідомча інтеграційна модель в загальнонаціональному контексті, а не тільки стосовно сил оборони.

Нормативна проблема – на сьогодні поняття єдиного медичного простору сил оборони України використовується концептуально, але не має повного нормативного закріплення; відсутній єдиний закон або базовий підзаконний акт; механізми реалізації часто формуються “вручну” і ситуативно. Загальна логіка моделі зберігає відомчу автономію, вводить єдиний центр координації, забезпечує спільні правила, маршрути та дані. Тип

моделі – централізована координація та децентралізоване виконання (відповідає підходам НАТО JMed).

Архітектура моделі (4 рівні) представлена:

Перший рівень політичний (державний) – разове стратегічне втручання, не оперативне управління. Суб'єктом є Кабінет Міністрів України, який забезпечує функції:

- затвердження концепції ЄМПСОУ;
- визначення міжвідомчої моделі;
- забезпечення ресурсної сумісності МОУ, МОЗ, МВС, Мінвет, Генштабу, медичних сил ЗСУ та інших формувань тощо.

Другий рівень стратегічно-координаційний (ключовий). Саме тут формується орган управління ЄМПСОУ. Його функції:

- єдина медична політика сил оборони;
- стандарти, маршрути, інформаційна політика;
- координація між МОУ, МОЗ, іншими складовими сил оборони.

Третій рівень – оперативний (військовий), суб'єктами якого є:

- Генеральний штаб ЗСУ;
- Командування Медичних сил ЗСУ;
- медичні служби НГУ, ДПСУ, СБУ тощо.

Його функції:

- планування медичного забезпечення операцій;
- управління евакуацією;
- розгортання медичних потужностей.
- оперативне військове управління з урахуванням єдиних правил

Четвертий рівень – виконавчий (клінічний). Суб'єкти:

- військові госпіталі;
- відомчі заклади;
- цивільні ЗОЗ за маршрутами;
- екстрена медична допомога (ЕМД);
- реабілітаційні заклади.

Функціями є безпосереднє надання медичної допомоги, переміщення пацієнтів, реабілітація та медичний облік (табл. 3).

Таблиця 3 – Функціональні контури ЄМПСОУ

Контур	Зміст
Клінічний	Єдині підходи до лікування, алгоритмізація та стандартизація процесів.
Евакуаційний	Спільна, централізована маршрутизація
Інформаційний	Єдиний медичний облік (e-Military Health)
Ресурсний	Узгоджене використання потужностей
Кадровий	Спільні вимоги і підготовка, перерозподіл за необхідності
Нормативний	Єдині «правила гри»

Цифровими компонентами ЄМПСОУ є:

Електронний медичний паспорт військовослужбовця, який містить анамнестичні данні, історії поранень та евакуації, діагностичні дані, виконані втручання, інформація необхідна для адекватного протиінфекційного контролю, дані про реабілітацію на всіх етапах в тому числі психологічну.

Єдиний реєстр бойових травм (Battle casualty registry) фіксує причини та механізм та вид поранення, тактичні обставини, час евакуації, лікування, статистика ускладнень та показники летальності.

Система телемедицини на етапах евакуації – для зменшення часу ухвалення та вибору оптимального рішення (в тому числі remote triage).

3.3. Орган управління розвитком єдиного медичного простору та мережі закладів Функціонування ЄМПСОУ в реальності неможливе без створення постійно діючого надвідомчого координаційного органу з питань медичного забезпечення сил оборони України. Такий орган має забезпечувати узгодження політики, стандартів, маршрутів та інформаційного обміну між усіма суб'єктами системи. Орган управління єдиним медичним простором «Міжвідомчий координаційний орган з питань медичного забезпечення сил оборони України». Його статус і місце в системі - це постійно діючий міжвідомчий орган при Кабінеті Міністрів України, не у складі Генштабу, не у складі МОЗ чи іншого відомства, інакше виникає

конфлікт інтересів і зникає надвідомчий характер. Хоча відповідно до публікацій на сайті МОУ заплановане ухвалення нової військово-медичної доктрини, яка передбачає створення Центрального військово-медичного управління (ЦВМУ) у складі Генерального штабу ЗС України, що створює певні ризики меншої взаємодії з іншими суб'єктами оперативного (третього рівня) та державного (першого рівня) рівнів. Заплановано, що ЦВМУ відповідатиме за управління всією ланкою військової медицини, в той час як Департамент охорони здоров'я МОУ формуватиме верхньорівневі політики та розроблятиме стратегії розвитку сфери військової медицини. Своєю чергою Командування Медичних сил ЗС України відповідатиме за госпітальну ланку та лікування військовослужбовців [8]. Цією реформою планують чітко визначити зону відповідальності ДОЗ МОУ, медичних сил ЗСУ та Генштабу, а також уникнути дублювання функцій, проте не врахована необхідність більш тісної координації з медичними службами МВС, НГУ, ДПСУ, закладами охорони здоров'я системи МОЗ та іншими центральними органами виконавчої влади. Склад органу (мінімально необхідний) з головою – уповноваженою особою призначеною КМУ:

- МОУ (ДОЗ МОУ);
- МОЗ України;
- МВС (ДОЗ МВС);
- Генеральний штаб ЗСУ;
- Командування Медичних сил ЗСУ;
- Медичні служби Нацгвардії, ДПСУ, СБУ та інші;
- представники інших складових сил оборони;
- ДСНС;
- НСЗУ;
- Мінветеранів.

Повноваження органу – це затвердження єдиних медичних маршрутів, погодження стандартів надання медичної допомоги та реабілітації під час воєнного стану, визначення порядку залучення цивільних ЗОЗ, координація

медичної евакуації на міжвідомчому рівні, визначення критеріїв та організація лікування військовослужбовців за кордоном, встановлення єдиних вимог до обліку та статистики. Варто зазначити, що до функцій органу не входить вплив на власне лікувальний процес, командування медичним підрозділами та управління відомчих закладів та військових госпіталів. Ключова перевага такої моделі – усуває перетин повноважень; зберігає військове управління, легалізує взаємодію з цивільною медициною та створює єдиного відповідального за "правила гри", а не за лікування. Проблеми створення ЄМПСОУ включають нерівномірність розвитку медичних служб у відомствах; відсутність єдиних стандартів та протоколів в ЗСУ, НГУ, МВС, ДПСУ, СБУ тощо; нестача кіберзахищеної цифрової інфраструктури; правові прогалини у обміні даними між ЗОЗ МОЗ, МОУ, МВС, НГУ, ДПСУ тощо; недостатність фінансування та кадровий дефіцит. Очікуванні результати впровадження ЄМПСОУ:

- Зменшення летальності на етапах Роль 1-4;
- Скорочення часу медичної евакуації за рахунок оптимізації маршрутів;
- Зменшення втрат медичної документації;
- Оптимізація планування ресурсів;
- Більш доцільні і обґрунтовані закупівлі;
- Можливість більш широко перерозподіляти ресурси в тому числі і людські;
- Посилення міжвідомчої взаємодії;
- Впровадження повного циклу реабілітації починаючи з гострої;
- Відслідковування стану ментального здоров'я з метою виявлення цільових груп для надання психологічної та психіатричної допомоги;
- Можливість взаємосумісності з стандартами НАТО.

ВИСНОВКИ

1. Розвиток закладів охорони здоров'я для військових є складовою державної політики національної безпеки і соціального захисту, що поєднує медичні, управлінські та безпекові підходи.

2. Інституційна архітектура розвитку військово-медичних закладів в Україні є багатовідомчою і включає МОЗ, МОУ, МВС, інші складові сектору безпеки і оборони та КМУ, що зумовлює складність координації та управління розвитком мережі закладів.

3. Міжнародний досвід країн ЄС та НАТО засвідчує, що ефективний розвиток закладів охорони здоров'я для військових базується на уніфікованих стандартах, централізованому управлінні та інтеграції з цивільною медициною. Міжнародний досвід країн НАТО та ЄС засвідчує, що сучасна військова медицина розвивається не як ізольована відомча система, а як інтегрований, мережевий простір, побудований на уніфікованих стандартах, централізованому управлінні медичними спроможностями та керованій інтеграції з цивільною медициною.

4. Основними проблемами розвитку закладів охорони здоров'я для військових в Україні є відомча фрагментація, різні підходи до стандартів і експертизи, розрив між військовою та цивільною медициною, а також несумісність інформаційних систем.

5. Міжвідомча взаємодія та цивільно-військова інтеграція є ключовими умовами розвитку мережі закладів для військових, однак нині вони реалізуються фрагментарно і потребують системного нормативного та управлінського закріплення.

6. Сучасний стан розвитку закладів охорони здоров'я для військовослужбовців в Україні характеризується наявністю розгалуженої мережі, але з проблемами керованості, уніфікації стандартів, кадрового забезпечення та сталості функціонування в умовах війни.

7. Концепція єдиного медичного простору сил оборони обґрунтована як модель розвитку закладів охорони здоров'я для військових, що передбачає інтеграцію військових і цивільних ресурсів, єдині стандарти, маршрутизацію та централізоване управління. Державна політика щодо розвитку закладів охорони здоров'я для військових має бути спрямована на подолання відомчої роз'єднаності, уніфікацію стандартів, розвиток мережі реабілітації, інтеграцію з цивільною медициною та створення єдиного управлінського центру розвитку військово-медичних закладів.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Конституція України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).
2. Закон України «Про національну безпеку України» URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2469-19?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).
3. Указ Президента України «Про Положення про Генеральний штаб Збройних Сил України»/ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/23/2019?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).
4. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»/ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2168-19?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2801-12?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).
6. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1053-20?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).
7. Постанова КМУ від 25.03.2015 №267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/267-2015-%D0%BF?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).
8. Наказ МОЗ України від 04.04.2022 № 573 "Про організацію надання медичної допомоги". URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-04042022--573-pro-organizaciju-nadannja-medichnoi-dopomogi> (дата звернення: 08.01.2026).

9. Інформація про ДОЗ МОУ. URL: https://mod.gov.ua/pro-nas/aparat-ministerstva-oboroni/departament-ohoroni-zdorov-ya?utm_source.com (дата звернення: 08.01.2026).

10. Доктрина «Медичні сили Збройних сил України». URL: https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/2_%D0%92%D0%9A%D0%9F-4-3536.01-%D0%94%D0%9E%D0%9A-%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%86-%D0%A1%D0%98%D0%9B%D0%98-%D0%97%D0%A1%D0%A3.pdf?utm_source.com (дата звернення: 08.01.2026).

11. Програма фахового випробування за спеціальністю К6 «Забезпечення військ (сил) спеціалізацією «Організація медичного забезпечення військ (сил)» УВМА МОУ. URL: https://uvma.mil.gov.ua/entrants/military-doctors/files/programa_omz_2025.pdf?utm_source.com (дата звернення: 08.01.2026).

12. Інформація про Генеральний штаб на офіційному сайті МОУ. URL: https://mod.gov.ua/pro-nas/generalnij-shtab-zbrojnih-sil-ukrayini?utm_source.com (дата звернення: 08.01.2026).

13. Наказ МОУ від 14.08.2008 №402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1109-08?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

14. Наказ МОУ від 15.04.2021 №99 «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». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0761-21?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

15. Наказ МВС від 19.02.2018 №119 «Про організацію та проведення аеромедичної евакуації повітряними суднами Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної гвардії України та Державної прикордонної служби України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-18#Text> (дата звернення: 08.01.2026).

16. Наказ МВС від 29.12.2010 №644 «Про організацію медико-психологічної реабілітації в системі МВС України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0644320-10#Text> (дата звернення: 08.01.2026).

17. Наказ МВС від 31.08.2018 № 728 «Про затвердження Табелів матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я МВС». URL: <https://mvs.gov.ua/documents/normativno-pravovi-akti/department-oxoroni-zdorovya/nakaz-mvs-vid-31082018-728-pro-zatverdzennya-tabeliv-materialno-texnicnogo-osnashhennya-zakladiv-oxoroni-zdorovya-mvs> (дата звернення: 08.01.2026).

18. Наказ МВС від 03.04.2017 № 285 «Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0559-17?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

19. Наказ МВС від 04.11.2003 №1296 «Про затвердження Положення про медичне забезпечення особового складу органів і підрозділів внутрішніх справ та військовослужбовців Національної гвардії України при виконанні оперативно-службових завдань за умов виникнення надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, а також під час охорони громадського порядку в умовах масових заворушень та проведенні масових заходів». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0596-04#Text> (дата звернення: 08.01.2026).

20. Наказ МВС від 07.11.2017 №910 «Про затвердження Порядку медичного забезпечення поліцейських та військовослужбовців Національної гвардії України при виконанні оперативно-службових завдань під час подолання наслідків надзвичайних ситуацій, припинення групового порушення громадської безпеки і порядку чи масових заворушень». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE31315?an=1> (дата звернення: 08.01.2026).

21. Наказ МВС від 07.11.2025 №772 «Про затвердження Положення про функціональну підсистему «Медична інформаційна система Міністерства

внутрішніх справ України» єдиної інформаційної системи МВС». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1696-25?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

22. Наказ МВС від 25.06.2024 №441 «Про затвердження Положення про проходження медичного огляду в Державній прикордонній службі України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1089-24#n15> (дата звернення: 08.01.2026).

23. Закон України «Про Службу безпеки України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2229-12?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

24. Наказ Центрального управління СБУ від 26.07.2024 № 363 «Про затвердження Інструкції про організацію медичного огляду кандидатів на військову службу в Службі безпеки України з числа осіб, звільнених з військової служби, які не досягли граничного віку перебування на військовій службі і визнані військово-лікарськими комісіями непридатними до військової служби за станом здоров'я за наслідками захворювань, поранень (травм, контузій, каліцтв), одержаних під час захисту Вітчизни, що призвело до встановлення їм інвалідності, часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1190-24?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

25. Закон України «Про державну охорону органів державної влади України та посадових осіб». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/160/98-%D0%B2%D1%80?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

26. Наказ Управління Державної Охорони України від 10.03.2021 №184 «Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Управління державної охорони України з питань санаторно-курортного забезпечення». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0778-21?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

27. Розпорядження КМУ від 8 листопада 2007 р. № 972-р «Про надання медичної допомоги військовослужбовцям Управління державної

охорони». URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/97229831?utm_source.com (дата звернення: 08.01.2026).

28. Закон України «Про Державну службу спеціального зв'язку та захисту інформації України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/3475-15?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

29. Постанова КМУ від 27 грудня 2018 р. № 1175 «Деякі питання Міністерства у справах ветеранів». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1175-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 08.01.2026).

30. Інформація по лікуванні та реабілітації з офіційного сайту Міністерства у справах ветеранів України. URL: https://mva.gov.ua/category/71-likuvannya-ta-reabilitatsiya?utm_source.com (дата звернення: 08.01.2026).

31. Постанова КМУ від 18.10.1999 №1923 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1923-99-%D0%BF?utm_source.com#Text (дата звернення: 08.01.2026).

32. The NATO Medical Support Capstone Concept (NMSCC). URL: <https://www.act.nato.int/article/nato-medical-support-capstone-concept-is-approved/> (дата звернення: 09.01.2026).

33. NATO Principles and Policies of Medical Support : MC 0326/4. – 2018. 26 р.

34. Allied joint doctrine for medical support. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf?utm_source.com (дата звернення: 09.01.2026).

35. Military medical support NATO. URL: <https://www.nato.int/en/what-we-do/operations-and-missions/military-medical-support> (дата звернення: 09.01.2026).

36. Спільна доктрина НАТО з медичного забезпечення. URL: https://tccc.org.ua/files/downloads/ajp410-allied-joint-doctrine-for-medical-support-ua.pdf?utm_source.com (дата звернення: 09.01.2026).

37. Permanent Structured Cooperation (PESCO). European Medical Command (EMC) / MMCC-E (project description / leaflet). URL: <https://www.pesco.europa.eu/project/european-medical-command/> (дата звернення: 09.01.2026).

38. Defense Health Agency (DHA). DHA.mil – Official Website (“America’s Medical Combat Support Agency”). URL: <https://dha.mil/> (дата звернення: 09.01.2026).

39. The Joint Trauma System (JTS) DoD. URL: <https://jts.health.mil/> (дата звернення: 09.01.2026).

40. The Military Health System. URL: <https://www.health.mil/> (дата звернення: 09.01.2026).

41. Central army registry (CAR). URL: <https://rdl.train.army.mil/catalog-aws/view/FM-4-02-Audiobook/index.html> (дата звернення: 09.01.2026).

42. U.S. Army Medical Center of Excellence (medcoe). URL: <https://medcoe.army.mil/> (дата звернення: 09.01.2026).

43. Tricare DoD. URL: <https://tricare.mil/> (дата звернення: 09.01.2026).

44. Bundeswehr. Sanitätsdienst (загальна сторінка; організаційний статус з 01.04.2025). URL: <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/sanitaetsdienst> (дата звернення: 09.01.2026).

45. Bundeswehr. Sanitätsdienst der Bundeswehr (Organisation / Aufgaben). <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/unterstuetzungsbereich/sanitaetsdienst> (дата звернення: 09.01.2026).

46. Ministerstwo Obrony Narodowej (Польща). Departament Wojskowej Służby Zdrowia – Zadania. URL: <https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/departament-wojskowej-sluzby-zdrowia> (дата звернення: 30.12.2025).

47. Administración del Estado (Іспанія). Inspección General de Sanidad de la Defensa – directorio/estructura. URL: <https://administracion.gob.es/pagFront/espanaAdmon/directorioOrganigrama/fichaUnidadOrganica.htm?codigoUnidad=E02932501> (дата звернення: 30.12.2025).

48. Ministerio de Defensa (Іспанія). Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (офіційний сайт). URL: <https://www.defensa.gob.es/hcd-gomez-ulla> (дата звернення: 30.12.2025).

49. Ministero della Difesa (Італія). Ispettorato Generale della Sanità Militare (IGESAN) – descrizione. URL: <https://www.difesa.it/smd/igesan/ispettorato-generale-della-sanita-militare/66730.html> (дата звернення: 30.12.2025).

50. Ministère des Armées (France). Service de santé des armées (SSA). URL: <https://www.defense.gouv.fr/sante> (дата звернення: 30.12.2025).

51. Ministère des Armées (France). Hôpitaux d’instruction des armées (HIA). URL: <https://www.defense.gouv.fr/sante/hopitaux> (дата звернення: 30.12.2025).

52. Ministère des Armées (France). URL: <https://www.defense.gouv.fr/ministere/politique-defense/loi-programmation-militaire-2024-2030/loi-programmation-militaire-2024-2030-grandes> (дата звернення: 08.01.2026).

53. UK Ministry of Defence. Defence Medical Services. URL: <https://www.gov.uk/government/organisations/defence-medical-services> (дата звернення: 31.12.2025).

54. UK Ministry of Defence. Royal Centre for Defence Medicine (RCDM). URL: <https://www.gov.uk/government/groups/royal-centre-for-defence-medicine> (дата звернення: 31.12.2025).

55. The Queen Elizabeth Hospital Birmingham. URL: <https://www.uhb.nhs.uk/> (дата звернення: 08.01.2026).

56. Turkish Ministry of Health. Gülhane Training and Research Hospital. URL: <https://gulehane.saglik.gov.tr> (дата звернення: 30.12.2025).

57. University of health sciences (Turkey). URL: <https://www.uhs.edu.tr/> (дата звернення: 08.01.2026).

58. Змінюється порядок підготовки військової підготовки офіцерів запасу медичної служби. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/razom/269478.html> (дата звернення: 09.01.2026).

59. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2011-12?utm_source=.com#Text (дата звернення: 24.12.2025).

60. Постанова КМУ від 31.10.2018 №910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.12.2025).

61. Наказ МОУ від 03.09.2024 №598 «Про затвердження Обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення воєнних (бойових) дій та підготовки сил безпеки і сил оборони до застосування за призначенням». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1359-24#Text> (дата звернення: 24.12.2025).

62. Наказ МОУ від 07.02.2018 №49/180 «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного стану». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0252-18?utm_source=.com#Text (дата звернення: 24.12.2025).

63. Наказ МОЗ України від 25.02.2022 № 379 «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил». URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-25022022--379-schodo-nadannja-medichnoi-dopomogi-v-umovah-voennogo-stanu-vijskovosluzhbovcjam-jaki-berut-uchast-v--operacii-ob%E2%80%99ednanih-sil> (дата звернення: 09.01.2026).

64. Постанова КМУ від 23.08.2023 №901 «Про затвердження Порядку здійснення в особливий період обміну медичними та іншими документами військовослужбовців між закладами охорони здоров'я державної та комунальної власності, державними установами Національної академії медичних наук, в яких військовослужбовці перебували (перебувають) на

лікуванні, військовими частинами і територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки». URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-poriadku-zdiisnennia-v-osobly-a901> (дата звернення: 24.12.2025).

65. Постанова КМУ від 04.06.2025 №637 «Деякі питання проведення прицільної медичної евакуації осіб із складових сектору безпеки і оборони, які отримали поранення, травми, захворювання у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/637-2025-%D0%BF?utm_source=.com#Text (дата звернення: 24.12.2025).

66. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 25.12.2025)

67. Постанова КМУ від 07.12.2023 №1306 «Деякі питання забезпечення допоміжними засобами реабілітації». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1306-2023-%D0%BF?utm_source=.com#Text (дата звернення: 25.12.2025)

68. Постанова КМУ від 05.04.2022 №411 «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/411-2022-%D0%BF?utm_source=.com#Text (дата звернення: 25.12.2025)

69. Постанова КМУ від 14.10.2022 №1169 «Про внесення змін до Порядку направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1169-2022-%D0%BF?utm_source=.com#Text (дата звернення: 25.12.2025)

70. Постанова КМУ від 23.02.2022 №150 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони, Служби безпеки, Служби зовнішньої розвідки, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації, Міністерства внутрішніх справ,

інших центральних органів виконавчої влади, які відповідно до закону здійснюють керівництво військовими формуваннями, особам, визначеним пунктами 7, 11-14 частини другої статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/150-2022-%D0%BF?utm_source=.com#Text (дата звернення: 25.12.2025)

71. Allied joint medical support doctrine AJ P-4.1 O(A). URL: https://shape.nato.int/resources/site6362/medica-secure/publications/ajp-4.10%28a%29.pdf?utm_source=.com (дата звернення: 25.12.2025)

72. Allied joint medical support doctrine for medical evacuation. URL: <https://nso.nato.int/nso/nsdd/main/standards/ap-details/1894/EN> (дата звернення: 25.12.2025)

73. Указ Президента України №473/2021 від 17.09.2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 серпня 2021 року "Про Стратегічний оборонний бюлетень України". URL: <https://www.president.gov.ua/documents/4732021-40121> (дата звернення: 06.12.2025)

74. Постанова КМУ від 14.10.2022 №1176 «Про утворення Координаційного центру забезпечення сил безпеки і оборони України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1176-2022-%D0%BF?utm_source=.com#Text (дата звернення: 06.12.2025)

75. Згадка про Координаційний центр з питань організації діяльності медичних служб Сил безпеки і оборони, органів і закладів охорони здоров'я на офіційному сайті МОУ. URL: https://mod.gov.ua/news/u-koordczentr-z-diyalnosti-medsluzhb-sil-bezpeki-i-oboroni-uvijshov-novij-kerivnik-departamentu-ohoroni-zdorov-ya-minoboroni?utm_source (дата звернення: 06.12.2025)

76. Згадка про єдиний медичний простір в контексті сил оборони на офіційному сайті МОУ. URL: <https://mod.gov.ua/pro-nas/medichni-sili-zbrojnih-sil-ukrayini> (дата звернення: 06.12.2025)

77. Згадка про єдиний медичний простір для захисників на офіційному сайті МОУ. URL: <https://mod.gov.ua/news/edinij-medichniy-prostir-dlya-zahisnikiv> (дата звернення: 06.12.2025)

78. Згадка про Єдиний медичний простір на офіційному сайті МОЗ України. URL: https://moz.gov.ua/uk/moz-razom-iz-partnerami-pracjujut-nad-vidkonannjam-zavdan-medichnoi-reformi-schodo-formuvannja-edinogo-medichnogo-prostoru-?utm_source=.com (дата звернення: 06.12.2025)

79. Новина про плани оновити воєнно-медичну доктрину на офіційному сайті МОУ. URL: <https://mod.gov.ua/news/v-czentr-onoovlenoyi-vojenno-medichnoyi-doktrini-stane-bojova-mediczina> (дата звернення: 06.12.2025)

Додаток 1 – Матриця повноважень

Суб'єкт (ЦОВВ/ відомство/ орган)	Політична роль (формування/ реалізація/ координація/контроль)	Основні інструменти політики	Нормативна опора
1	2	3	4
Верховна Рада України	Законодавче формування політики, бюджетні рамки	Закони, парламентський контроль	Конституційні гарантії права на охорону здоров'я та обов'язків держави
Кабінет Міністрів України	Урядова координація, підзаконне регулювання, міжвідомчі механізми	Постанови, порядки взаємодії/фінансування	Порядок надання меддопомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків між військовими формуваннями (ключовий “інтеграційний шов”)
МОЗ України	Формування/реалізація загальнодержавної політики у сфері охорони здоров'я; стандарти/підходи, що визначають рамку для взаємодії цивільного сегмента з відомчими системами	НПА МОЗ (стандарти/маршрути), організаційні рішення в цивільному секторі	Базові принципи медсистеми (права/організація) – Основи законодавства про охорону здоров'я.
НСЗУ (як інструмент МОЗ/держави)	Реалізація політики через фінансові гарантії: оплата послуг у цивільних ЗОЗ, що критично для лікування/реабілітації військових і ветеранів	Договори за ПМГ, тарифи, вимоги до надавачів	Закон про державні фінансові гарантії медобслуговування (ПМГ).
МОУ (міністерство як ЦОВВ)	Формування та реалізація відомчої політики у сфері оборони (в т.ч. медичні спроможності), планування ресурсів	Відомчі накази/стандарти, управління системою військових ЗОЗ	Положення про МОУ (повноваження міністерства).
ДОЗ МОУ	Політико-управлінський контур у МОУ: підготовка рішень, координація охорони здоров'я у системі МОУ, узгодження з цивільним сегментом	Проекти НПА, організаційні рішення, методичні документи	Від “рамки” МОУ та оборонної політики: Закон «Про оборону України» + положення про МОУ.

Продовження додатку 1

1	2	3	4
Командування Медичних сил ЗСУ / Медичні сили ЗСУ	Реалізація політики на рівні спроможностей: організація медзабезпечення військ, евакуація, госпітальна мережа, стандарти застосування	Доктринальні/настановчі документи, управління медичною службою	Воєнно-медична доктрина України (державний доктринальний рівень); також як приклад доктринального документа — «Доктрина «Медичні сили ЗСУ»» (джерело-публікація документа).
Генеральний штаб ЗСУ	Стратегічне керівництво силами оборони; визначення потреб у медичних спроможностях як частини оборонного планування	Плани, організаційно-штатні рішення, директиви (в межах повноважень)	Положення про Генеральний штаб (Указ Президента).
МОУ/ЗСУ: ВЛК/ВЛЕ (регулятор “входу/виходу” із служби)	Політика через адміністративну медичну експертизу (придатність, причинний зв’язок ушкоджень тощо)	Положення про ВЛЕ, процедури ВЛК	Наказ МОУ № 402: Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ.
МВС (міністерство як ЦОВВ)	Формування/координація політики у сфері внутрішніх справ (в т.ч. медичне забезпечення підпорядкованих структур)	Відомчі НПА, організаційні механізми, координація системи МВС	Положення про МВС (повноваження міністерства).
ДОЗ МВС (у т.ч. політика реабілітації в системі МВС)	Відомча політика: медичне забезпечення/реабілітація персоналу системи МВС, методичне керівництво	Накази, організаційні порядки, відомчі програми	Опора на повноваження МВС (Положення про МВС) + ключовий інструмент ВЛК МВС.
Медична служба НГУ	Реалізація відомчої (МВС) політики для військового формування з гібридними завданнями (оборона/правопорядок)	Відомчі порядки, взаємодія з цивільними і військово-медичними ЗОЗ	Закон про НГУ (рамка функцій) + інституційна рамка МВС + міжвідомчі розрахунки (КМУ № 1923)

Завершення додатку 1

1	2	3	4
ВЛК МВС (медична/військово-лікарська комісія системи МВС)	Регуляторний вузол: стандарти медогляду/придатності/висновків у системі МВС	Положення, процедури, типові рішення	Наказ МВС № 285: Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС.
ДПСУ (медслужби і ДПСУ)	Реалізація політики для прикордонного відомства: готовність, медогляди, допомога під час служби	Відомчі процедури, організація на місцях, взаємодія з іншими ЗОЗ	Закон «Про ДПСУ» (рамка служби).
СБУ (медичне забезпечення в системі СБУ)	Спеціалізована відомча політика з обмеженнями доступу (сумісність/обмін даними)	Внутрішні порядки, медвідбір, психологічні компоненти	Закон «Про СБУ».
УДО (медичне забезпечення персоналу УДО)	Політика охорони здоров'я як елемент забезпечення постійної готовності до виконання функцій держохорони	Відомчі порядки, медогляди/підтримка готовності	Закон «Про державну охорону...».
ДССЗЗІ (медичне забезпечення персоналу ДССЗЗІ)	Політика підтримки працездатності/придатності персоналу спеціального зв'язку та захисту інформації	Відомчі вимоги до придатності, організація доступу до медпослуг	Закон «Про ДССЗЗІ».
Мінветеранів	Політика “перехідного мосту”: відновлення, реабілітація та інтеграція після служби/поранення, координація ветеранських сервісів	Державні програми/координація, взаємодія з МОЗ/НСЗУ	Положення про Мінветеранів (КМУ).
Реабілітаційний контур (для всіх відомств)	Нормативна рамка відновлення функціонування як політичний пріоритет	Мультидисциплінарність, маршрут, стандарти реабілітації	Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

Додаток 2 – Проблеми державної політики

Проблема державної політики	Політична причина (root cause)	Наслідок для реалізації політики	Policy-рішення (що має зробити держава)	Нормативний механізм / хто відповідальний
1	2	3	4	5
1. Відомча фрагментація політики (МОУ/МВС/НГУ/ДПСУ/СБУ/УДО/ДССЗЗ І діють як “острови”)	Історична відомчість; різні цикли планування/звітності; автономні процедури	Нерівність доступу, дублювання потужностей, конфлікти компетенцій	Запровадити державний “інтеграційний рівень”: єдині правила маршрутизації, мінімальні стандарти, КРІ	Рамка нацбезпеки/оборони + урядове регулювання інтеграції.
2. “Шви” між відомчою медициною і цивільним фінансуванням	ПМГ/НСЗУ працює за загальними правилами, але відомчі потреби/маршрути не завжди формалізовані	Втрата часу, різні практики в регіонах, фінансові спори	Нормативно закріпити типові маршрути “відомство → цивільний ЗОЗ → реабілітація”, правила направлення/оплати	Закон про фінансові гарантії (ПМГ) + урядові порядки взаємодії.
3. ВЛК/ВЛЕ як “вузьке горло” політики	Різні стандарти придатності/оформлення рішень між МОУ і МВС; спеціальні режими служб	Затримки рішень, спорність причинного зв’язку, нерівність доступу до гарантій	Уніфікувати базові критерії/довідники, взаємне визнання документів між відомствами	Положення МОУ про ВЛЕ + Положення МВС про ВЛК (координація через КМУ/РНБО/міжвідомчі групи)
4. Розрив “служба → реабілітація → ветеранська інтеграція”	Різні “власники” етапів: МОУ/МВС (служба) vs Мінветеранів (післяслужбовий контур)	Втрата безперервності, неузгодженість програм, перевантаження сім’ї/самого військового	Формалізувати “перехідний протокол” (коли/як передається маршрут, дані, відповідальність)	Положення про Мінветеранів (координація) + закон про реабілітацію (рамка маршруту)

Продовження додатку 2

1	2	3	4	5
5. Інформаційна несумісність і обмеження обміну даними	Різні відомчі МІС, режими доступу (особливо СБУ/УДО), відсутність єдиних мінімальних стандартів даних	Немає повної картини результатів/витрат, складно управляти якістю та планувати потужності	Визначити мінімальний набір показників і форматів обміну (без розкриття чутливої інформації), єдиний реєстр маршрутів	Урядове рішення/відомчі угоди в межах рамки нацбезпеки.
6. Координація зведена до “взаєморозрахунків”, а не до управління результатами	Постанова про взаєморозрахунок і вирішує доступ/оплату, але не задає КРІ якості/маршрутів	Інтеграція формальна, а не результативна	Розширити міжвідомчий порядок: КРІ, строки, контроль якості, аудит	Постанова КМУ № 1923 як база для розвитку механізму.
7. Невирівняність стандартів медичного забезпечення у відомствах	Відомчі доктрини/настанови + різні спроможності на місцях	Нерівність якості допомоги між відомствами/регіонами	Мінімальні державні стандарти для “сил оборони” (базові протоколи, оснащення, тренінги)	Воєнно-медична доктрина України як доктринальна основа державної політики.
8. Кадрова стійкість військової медицини як blind spot політики	Кадрове планування відомче, а потреби — міжвідомчі (евакуація, реабілітація, психічне здоров'я)	Дефіцити кадрів, вигорання, нестабільність мереж	Державна програма підготовки/утримання кадрів для сил оборони + уніфіковані компетентності	Закон про реабілітацію (вимога мультидисциплінарності) + урядове програмування
9. Політика в особливих режимах служб (СБУ/УДО/ДССЗЗІ): баланс “секретність ↔ інтеграція”	Обмеження доступу до інформації, відомча автономія	Складно будувати спільні маршрути/дані, особливо реабілітацію в цивільному секторі	Встановити спеціальні “протоколи інтеграції без розкриття даних”: довірені канали, знеособлені метрики	Закони про СБУ/УДО/ДССЗЗІ як правова рамка спецрежимів.

Закінчення додатку 2

1	2	3	4	5
10. Нечіткість “власника” політики на стику МОУ—МВС—ДПСУ—НГУ (особливо при переведенні/взаємодії)	Секторна розпорошеність, різні підпорядкування	Відповідальність “розмивається”, рішення приймаються ситуативно	Міжвідомчий координаційний механізм з мандатом на стандарти та маршрути	Закон про нацбезпеку як рамка сектору + урядова координація.
11. Недостатня інституціоналізація доктринального рівня в управлінні	Доктрини існують, але не завжди перетворені у вимірювані програми/показники	Політика “про наміри”, а не “про результати”	Перекласти доктринальні принципи у програмні документи: КРІ, ресурси, аудит	Воєнно-медична доктрина України.
12. Розрив між конституційними гарантіями і реальним доступом	Нестача ресурсів/маршрутів, неоднакові практики	Підрив довіри, ризику правозастосування	Державні мінімальні гарантії доступу (час/маршрут/реабілітація), публічна звітність	Конституція + Основи законодавства про охорону здоров'я.

Додаток 3 – Порівняльна характеристика систем охорони здоров'я окремих країн ЄС та НАТО

Країна/ рівень	Модель організації	Орган управління (ядро)	Взаємодія з цивільною медициною
1	2	3	4
НАТО (рамка)	Доктринально-стандартна модель інтероперабельності (планування/ролі/евакуація/стандартів)	AJP-4.10 (STANAG 2228), NATO Medical Support Capstone Concept (NMSCC), MC 326; інституційна роль COMEDS у політиці/стандартах	Визначає принципи взаємодії та можливість внеску у цивільні системи під час криз/стабілізації (на рівні доктрини) (COE MED)
ЄС (рамка)	Координаційно-мережева (pooling/координація готовності/узгодження стандартів)	EUMS (концепти/доктрина/спроможності); PESCO EMC/ММСС-Е	Переважно через багатонаціональну координацію та узгодження механізмів між державами (а не пряме “злиття” систем) (eeas.europa.eu)
США	Інтегрована Military Health System + централізована агенція підтримки	Defense Health Agency;	Широка контрактна/платформна взаємодія з цивільним сектором через TRICARE та суміжні механізми доступу до послуг (dha.mil)
Німеччина	Єдина міжвидова медична служба (централізація)	Kommando Gesundheitsversorgung der Bundeswehr	Використання цивільних стандартів і кооперація при НС/катастрофах; функціональна взаємодія з цивільними службами реагування (bundeswehr.de)
Польща	Відомча модель МО з переходом до окремих Медичних військ як окремого роду військ	Departament Wojskowej Służby Zdrowia (МО), Wojska medyczne.	Керована інтеграція через стандарти/регуляторні механізми; потенційне залучення цивільних потужностей у межах нац. процедур (залежить від режимів/правових інструментів) (Gov.pl)

Закінчення додатку 3

1	2	3	4
Іспанія	Інспекторат/управлінська вертикаль + мережа госпіталів МО	IGESANDEF; оборонні госпіталі (напр., Gómez Ulla)	Оборонні медзаклади — публічні установи МО; інституційно присутні у державних реєстрах/системі, що полегшує міжсекторальну взаємодію (Ministerio de Defensa)
Італія	Міжвидова координаційна модель	IGESAN (Stato Maggiore della Difesa)	Взаємодія через професійні/інституційні механізми та регуляторно-координаційні функції IGESAN (у т.ч. угоди/кооперація) (Difesa)
Велика Британія	Контрактно-мережева	Defence Medical Services	Лікування переважно в NHS
Франція	Міжвидова служба подвійного призначення	Service de santé des armées	Військові госпіталі інтегровані в національну систему
Туреччина	Централізована/гібридна	МО + державні структури	Інтеграція у державну цивільну систему

Додаток 4 – Проблеми нормативно-правового забезпечення організації охорони здоров'я військовослужбовців та напрями їх удосконалення

Проблема	Нормативний ризик	Напрямок удосконалення нормативного забезпечення
1	2	3
Фрагментарність нормативно-правового регулювання військової охорони здоров'я	Різноманітність норм, дублювання повноважень між МОУ, МОЗ, МВС; ускладнення практичного застосування законодавства	Кодифікація та систематизація нормативних актів; розроблення комплексного рамкового документа з організації охорони здоров'я військовослужбовців
Відсутність єдиного підходу до термінології військово-медичної діяльності	Непослідовне застосування понять («медична евакуація», «прицільна евакуація», «етап лікування»), правова невизначеність управлінських рішень	Нормативне затвердження уніфікованого глосарію військово-медичних термінів; гармонізація з термінологією НАТО
Недостатня процесна узгодженість актів, що регулюють медичну евакуацію	Затримки евакуації, розмитість відповідальності між суб'єктами, логістичні та правові колізії	Уніфікація процедур медичної евакуації; чітке визначення суб'єктів, відповідальних за ініціювання, координацію та забезпечення евакуації
Подвійний контур управління (військовий і цивільний сегменти охорони здоров'я)	Розрив безперервності медичного маршруту, складнощі з обміном медичною інформацією та фінансуванням	Нормативне закріплення принципів єдиного медичного простору сил оборони; визначення стандартів міжвідомчої взаємодії
Недостатня нормативна інтеграція цивільних ЗОЗ у систему військової медицини	Нерівномірний доступ військовослужбовців до спеціалізованої допомоги, залежність від локальних управлінських рішень	Розширення та деталізація механізмів залучення цивільних ЗОЗ; уніфікація порядків госпіталізації та взаєморозрахунків
Перевантаженість процедур військово-лікарської експертизи	Затягування прийняття рішень щодо придатності до служби, соціального та реабілітаційного забезпечення	Спрощення та цифровізація процедур ВЛК; узгодження військово-медичної експертизи з цивільною системою охорони здоров'я
Неповна інтеграція реабілітації у систему військового медичного забезпечення	Розрив між лікуванням, реабілітацією та рішеннями щодо подальшої служби	Нормативне забезпечення безперервного реабілітаційного маршруту; поєднання реабілітації з процедурами медичної експертизи
Обмежена сумісність медичних інформаційних систем	Втрата або дублювання медичних даних, складність міжвідомчого обміну інформацією	Нормативне закріплення електронного медичного доосье військовослужбовця; інтеграція військових і цивільних МІС

Закінчення додатку 4

1	2	3
Відсутність чіткої правової моделі «від поранення до повернення у стрій»	Фрагментарне планування лікування, реабілітації та соціального захисту	Запровадження процесної моделі медичного маршруту військовослужбовця з урахуванням стандартів НАТО (Role 1–Role 4)
Складність процедур лікування та реабілітації за кордоном	Ризики втрати наступності лікування після повернення, складність експертизи	Уніфікація вимог до медичної документації; інтеграція результатів лікування за кордоном у національну систему реабілітації та ВЛК