

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

Студентки Наконечної Ольги Валентинівни

академічної групи 281м-22з-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення роботи медичної служби військової частини»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Багрім О.А.			
розділів:				

Рецензент:				
-------------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневська О.В.			
------------------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення роботи медичної служби військової частини».

74 стор., 7 табл., 79 джерел.

ВІЙСЬКОВА ЧАСТИНА, ВОЄННИЙ СТАН, ЗБРОЙНІ СИЛИ УКРАЇНИ, МЕДИЧНА СЛУЖБА, МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ОБОРОННИЙ СЕКТОР, РЕФОРМУВАННЯ, РОЗВИТОК, СТАНДАРТ НАТО, СПРОМОЖНІСТЬ, УДОСКОНАЛЕННЯ, УПРАВЛІННЯ.

Об'єкт дослідження – система медичної служби військової частини.

Предмет дослідження – удосконалення роботи медичної служби військової частини.

Мета дослідження полягає в науковому обґрунтуванні теоретичних засад, проведенні комплексного аналізу сучасного стану, особливостей та розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення роботи медичної служби військової частини на прикладі медичної служби військової частини тактичного рівня Сухопутних військ Збройних Сил України.

Перший розділ присвячено вивченню теоретико-методологічних засад удосконалення роботи медичної служби військової частини. У другому розділі здійснено дослідження аналізу сучасного стану та особливостей удосконалення роботи медичної служби військової частини. Третій розділ присвячено розробленню пропозицій щодо пріоритетних напрямів удосконалення роботи медичної служби військової частини.

Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності підрозділів Збройних Сил України, зокрема, у медичних пунктах типових військових підрозділів під час реалізації програм і заходів щодо удосконалення системи медичного забезпечення військ (сил) Збройних Сил України та Міністерства оборони України.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improving the work of the medical service of the military unit».

74 pages, 7 tables, 79 sources.

MILITARY UNIT, MARTIAL LAW, ARMED FORCES OF UKRAINE, MEDICAL SERVICE, MEDICAL AID, DEFENSE SECTOR, REFORM, DEVELOPMENT, NATO STANDARD, CAPABILITY, IMPROVEMENT, MANAGEMENT.

Object of research – the system of medical service of the military unit.

Subject of research – the improvement of the work of the medical service of the military unit.

The purpose of research is to scientifically substantiate the theoretical foundations, conduct a comprehensive analysis of the current state, features, and develop practical recommendations for improving the work of the medical service of a military unit based on the example of the medical service of a tactical level unit of the Ground Forces of the Armed Forces of Ukraine.

The first chapter is devoted to the study of the theoretical and methodological principles of improving the work of the medical service of the military unit. In the second chapter, a study of the analysis of the current state and features of improving the work of the medical service of the military unit was carried out. The third section is devoted to the development of proposals regarding priority directions for improving the work of the medical service of the military unit.

The results of the study can be applied in the activities of the units of the Armed Forces of Ukraine, in particular, in the medical centers of typical military units during the implementation of programs and measures to improve the system of medical support of the troops (forces) of the Armed Forces of Ukraine and the Ministry of Defense of Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ	8
1.1. Поняття, сутність та особливості роботи медичної служби військової частини	8
1.2. Нормативно-правове забезпечення спроможностей медичної служби ЗС України	21
1.3. Роль і місце медичної служби в загальнодержавній системі надання медичної допомоги у воєнний час	25
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ	33
2.1. Основні завдання медичної служби ЗС України у воєнний час	33
2.2. Зарубіжний досвід удосконалення роботи медичної служби країн-членів НАТО	36
2.3. Особливості та специфіка формування «спроможності» в оборонному секторі	47
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ	53
3.1. Розробка алгоритму оцінювання спроможностей медичної служби на прикладі військової частини	53
3.2. Аналіз рівня готовності підрозділу за даними соціологічного анкетування	63
3.3. Рекомендації щодо удосконалення роботи та спроможностей медичної служби підрозділів тактичного рівня на прикладі МПБ	69
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	75

ВСТУП

Медична служба як функціональний елемент у Збройних Силах України здійснює дуже вагомий вклад в забезпеченні бойової потужності, високої боєздатності та функціональної надійності війська, оскільки проводить постійне піклування про життя та здоров'я особового складу.

Від початку збройної агресії Російської Федерації проти України, загинуло понад 13 тисяч громадян України і понад 30 тисяч отримало поранення, не дивлячись на досягнуті домовленості в ході Паризького саміту лідерів держав-учасниць «Нормандського формату» (9 грудня 2019 року), припинення вогню так і не настало. Навпаки, від початку поточного року з боку збройних формувань Російської Федерації спостерігається суттєве збільшення обстрілів і збройних провокацій.

У Постанові Верховної Ради України № 1356-IX від 30 березня 2021 року зазначено, що сьогоднішні дії країни-агресора фактично спрямовані на руйнування всіх зусиль з припинення конфлікту та мирної реінтеграції окупованих українських територій. Публічне ігнорування домовленостей створює особливо гостру мотивацію України прискорити шлях до членства у НАТО, де діє принцип «один за всіх і всі за одного» (стаття 5 Вашингтонського договору «Коллективна оборона»). Вимогою набуття Україною членства в НАТО є забезпечення сумісності Збройних Сил (далі – ЗС) України та інших військових формувань з підрозділами ЗС держав-членів НАТО до виконання спільних завдань в міжнародних операціях.

Важливе місце у питаннях сумісності займає надання медичної допомоги (далі – МД). Адже, організація надання якісної і своєчасної МД пораненим, їх швидка евакуація, подальше лікування та реабілітація забезпечують не тільки збереження життя, але й швидке відновлення боєздатності у 80 % поранених.

Отже, актуальність теми нашого дослідження зумовлена об'єктивними потребами в необхідності удосконалення роботи медичної служби військової частини.

Дослідженням проблематики удосконалення роботи медичної служби займалися такі вітчизняні та зарубіжні вчені, як: О.О. Сурков, В.І. Білик, Д.В. Рубан, А.В. Верба, В.В. Устименко, М.І. Бадюк, В.О. Жаховський, В.Г. Лівінський, А.В. Швець, О.О. Микита, М.В. Кудренко, А.М. Губар, В.Я. Білий, А.М. Галушка, Ю.В. Подолян, В.П. Дідіченко, Г.В. Єфімов, Ф.М. Левченко, А.С. Котуза, В.В. Пасько, М.В. Кудренко, В.А. Василенко, Л.С. Стефанишин, Дж.М. Хулс та інші. Значна кількість досліджень свідчить про стійкий дослідницький інтерес до даної проблематики, однак незважаючи на значну кількість наукових праць та зважаючи на реалії сьогодення, доцільно більше уваги приділити дослідженню як теоретичних, так і практичних аспектів удосконалення роботи медичної служби військової частини в умовах воєнного стану.

Мета дослідження полягає в науковому обґрунтуванні теоретичних засад, проведенні комплексного аналізу сучасного стану, особливостей та розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення роботи медичної служби військової частини на прикладі медичної служби батальйону Сухопутних військ Збройних Сил України.

Відповідно до поставленої мети основну увагу зосереджено на конкретизації та вирішенні таких завдань:

- проаналізувати нормативно-правове забезпечення, сучасний стан та особливості удосконалення роботи медичної служби військової частини,
- розкрити сутність, роль і місце медичної служби в загальнодержавній системі надання медичної допомоги у воєнний час,
- визначити існуючі недоліки в системі забезпечення медичної служби підрозділів тактичного рівня,
- проаналізувати зарубіжний досвід забезпечення медичної служби країн-членів НАТО та можливостей його використання в умовах воєнного стану,
- охарактеризувати перелік спроможностей медичної служби підрозділів тактичного рівня Сухопутних військ Збройних Сил України на прикладі медичного пункту,

- розробити рекомендації щодо удосконалення роботи та спроможностей медичної служби підрозділів тактичного рівня на прикладі медичного пункту.

Об'єкт дослідження – система медичної служби військової частини.

Предмет дослідження – удосконалення роботи медичної служби військової частини.

Реалізація мети та завдань дослідження здійснювалася шляхом комплексного поєднання загальнонаукових і спеціальних методів, таких як: метод аналізу, синтезу та узагальнення; конкретно-пошуковий, структурний – при роботі із нормативно-правовою базою, при аналізі вітчизняних і зарубіжних наукових джерел інформації щодо стандартизації медичного забезпечення; метод порівняння та систематизації – при вивченні міжнародного досвіду медичного забезпечення військ НАТО; статистичний – для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження статистичної інформації; концептуального моделювання – при обґрунтуванні удосконалення роботи медичної служби військової частини на прикладі медичної служби батальйону Сухопутних військ Збройних Сил України; експертних оцінок – при проведенні апробації дослідження тощо.

Інформаційну базу дослідження складають законодавчі та нормативно-правові акти України, Стандарти НАТО, наукові розвідки провідних вітчизняних учених, публікації в періодичних виданнях, інтернет-ресурси, карти соціологічного опитування, карти експертного оцінювання тощо.

Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності підрозділів Збройних Сил України, зокрема, у медичних пунктах типових військових підрозділів під час реалізації програм і заходів щодо удосконалення системи медичного забезпечення військ (сил) Збройних Сил України та Міністерства оборони України.

Структура кваліфікаційної роботи включає в себе вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 83 сторінки, обсяг основного тексту – 74 сторінки. Робота містить 7 таблиць. Список використаних джерел налічує 79 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ

1.1. Поняття, сутність та особливості роботи медичної служби військової частини

Медична служба Збройних Сил України, здійснюючи медичне забезпечення військовослужбовців, членів їх сімей, керується у своїй роботі засадами охорони здоров'я громадян, викладеними в Конституції України, законодавчих актах України про охорону здоров'я, наказах та директивах Міністра оборони України, наказах Міністра охорони здоров'я України, наказах Командування Медичних сил Збройних Сил України.

Медична служба Збройних Сил України представляє собою спеціальну організацію, яка включає медичні підрозділи, частини, заклади, з'єднання і органи управління, призначені для медичного забезпечення військ (сил) в мирний та воєнний час.

Організаційно-штатна структура медичної служби залежить від організаційної структури, завдань і характеру бойових дій, виду збройних сил, особливостей його медичного забезпечення, а також від завдань, які покладаються на відповідні формування медичної служби.

Підрозділи медичної служби – це медичні формування, які включені до штату військових частин. До них відносяться медичні пункти батальйонів і окремих полків, медичні роти механізованих (танкових) бригад. Медичні підрозділи складають основу військової ланки медичної служби. В них здійснюється надання долікарської, першої лікарської і невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги. Очолюють і працюють в медичних підрозділах фельдшери, помічники лікарів, лікарі загальної практики сімейної медицини, а також лікарі за фахом – хірурги, терапевти, анестезіологи і т. д.

Частини (заклади) медичної служби є окремими (самостійними) медичними формуваннями, які включаються до складу медичних з'єднань і медичної служби оперативних (оперативно-стратегічних) об'єднань або знаходяться в безпосередньому підпорядкуванні медичної служби видів збройних сил, оперативних командувань та центру (Командуванню Медичних сил Збройних Сил України). Вони мають свій номер, своє військове господарство і печатку. До таких формувань відносять окремі медичні роти, санітарно-транспортні частини, військові польові пересувні госпіталі, військові санаторії, санітарно-епідеміологічні заклади, заклади медичного постачання, військово-медичні навчальні заклади тощо. Очолюють медичні частини командири, а заклади – начальники. Всі керівники зазначених медичних формувань є офіцерами медичної служби.

З'єднання медичної служби – це медичні формування, до складу яких входять медичні частини (заклади), а також частини матеріально-технічного забезпечення, які мають свій єдиний орган управління. До них відносяться: медичні бригади армійських корпусів, госпітальні бази.

Управління медичним забезпеченням ЗС України здійснюють органи управління медичним забезпеченням (Командування Медичних сил, медичні служби (медичні управління, відділи, групи) видів, родів військ (сил), оперативних командувань, оперативних і оперативно-тактичних угруповань військ, оперативно-медичні управління військово-медичних клінічних центрів) та начальники медичних служб військових частин, які підпорядковуються безпосередньо відповідним командувачам (командирам, начальникам) на всіх рівнях військового управління та співпрацюють з усіма структурними підрозділами штабу, що є запорукою ефективного планування та проведення медичного забезпечення військ (сил).

Медичний персонал включається до складу органів і пунктів військового управління всіх рівнів, має можливість користування даними розвідки та бере участь у плануванні застосування військ. Комплектування органів управління медичним забезпеченням здійснюється із застосуванням принципу лідерства, як

вищого прояву майстерності управління, що передбачає розвиток та наявність у медичних керівників від тактичного до стратегічного рівнів особистісних якостей, професійних знань та практичних навичок, які дозволять їм у складних та динамічних умовах забезпечити ефективне управління наявними медичними ресурсами.

Управління медичним забезпеченням передбачає наявність органів і пунктів управління, системи зв'язку та здійснюється шляхом використання науково обґрунтованих методів управління і сучасних технічних засобів (засоби збору та обробки інформації, зв'язку, оформлення і розмноження документів тощо). Загальне управління медичним забезпеченням здійснюється командувачем Медичних сил у загальній системі управління ЗС України та через пункти управління і базується на загальних принципах та вимогах, що лежать в основі управління військами (силами): науковій обґрунтованості, прогнозованості та плановості, єдиноначальності й централізації, твердості та наполегливості в ході реалізації замислів і планів, безперервності, оперативності та гнучкості, прихованості, чіткому розподілі функцій, завдань, повноважень і відповідальності.

Органи управління медичним забезпеченням мають своєчасно забезпечувати війська необхідними медичними ресурсами для надання медичної допомоги, лікування, евакуації поранених, уражених, травмованих і хворих (поранені) та їх інформаційного супроводу до місця остаточного лікування.

Начальники медичних служб (керівники органів управління медичним забезпеченням) відповідають за своєчасне планування медичного забезпечення військ та взаємодію з питань медичного забезпечення. Наявність органів управління медичним забезпеченням на всіх рівнях військового управління є обов'язковою умовою його ефективного реалізації. Органи управління медичним забезпеченням мають бути забезпечені надійним і безперебійним зв'язком та автоматизованими інформаційними системами управління, спроможними до планування, організації, управління та контролю заходів медичного забезпечення військ.

Органи управління медичним забезпеченням (начальники медичних служб) в особливий період здійснюють управління медичним забезпеченням з відповідних пунктів управління (командних, запасних або тилових). Необхідною передумовою ефективного управління є наявність дієздатної системи зв'язку та засобів зв'язку починаючи від бойових медиків, водіїв санітарного транспорту, начальників медичних підрозділів військових частин і керівників військово-медичних закладів.

На цей час Командування Медичних сил (КМС) є єдиним органом управління медичним забезпеченням у ЗС України на стратегічному рівні з підпорядкуванням Головнокомандувачу Збройних Сил України, а відтак має реалізовувати функції планування розвитку спроможностей, операційної (поточної) діяльності, а також функції генерування сил та їх застосування, а саме – планування, організації та управління медичним забезпеченням військ (сил) в особливий період під час ведення операцій (бойових дій), здійснення заходів планування та організації всебічного забезпечення Медичних сил, контролю за проведенням медичних заходів під час мобілізаційного розгортання ЗС України, відновлення боєздатності військових частин, підготовки резервів.

Створення КМС обумовлено трансформацією системи управління ЗС України на стратегічному рівні та формуванням структури МО України, ГШ ЗС України і командувань видів, родів військ (сил) у відповідності до доктринальних документів НАТО, що має забезпечити підвищення ефективності системи управління військами та медичним забезпеченням ЗС України зокрема. Командувач Медичних сил очолює КМС і за посадою є прямим начальником для усього особового складу КМС та особового складу Медичних сил і несе безпосередню відповідальність за виконання покладених на Командування Медичних сил завдань [30].

Командування Медичних сил, виконуючи свої обов'язки, взаємодіє з різними структурними підрозділами Міністерства оборони та Генерального штабу Збройних Сил України, а також з Міністерством охорони здоров'я, іншими центральними органами виконавчої влади, підприємствами та організаціями.

Управління Медичними силами входить в загальну систему управління Збройними Силами України через пункти військового управління, спираючись на загальні принципи та вимоги військового управління.

В рамках своїх повноважень, Командування Медичних сил розробляє проекти законів, актів Президента та Кабінету Міністрів України, а також накази і директиви Міністерства оборони та Генерального штабу. Командування також видає різні документи, спрямовані на збереження життя і здоров'я військовослужбовців та медичне забезпечення Збройних Сил України, організовує та контролює їх виконання. Командування Медичних сил є підпорядкованим Головнокомандувачу Збройних Сил України, який здійснює безпосереднє керівництво його діяльністю.

Для організації і проведення заходів щодо медичного забезпечення військ у безпосередньому підпорядкуванні КМС ЗСУ передбачені органи управління лікувально-евакуаційним забезпеченням на регіональному і територіальному рівнях; пересувні госпітальні бази, лікувально-профілактичні і санітарно-епідемічні заклади, органи військово-лікарської і судово-медичної експертизи, військово-медичні склади і бази, санітарно-транспортні частини, військово-медичні навчальні заклади і науково-дослідні заклади безпосереднього підпорядкування. Керівництво медичною службою з'єднань і частин Військово-Морських Сил, Сил Повітряної оборони здійснюють відповідні начальники медичних служб.

До медичних частин і закладів безпосереднього підпорядкування належать: Київський військово-медичний центр, Українська військово-медична академія, Науково-дослідний інститут проблем військової медицини, Центральна патологоанатомічна лабораторія, Центр судових експертиз, Центральна військово-лікарська комісія, центральні медичні склади, військові санаторії тощо. На воєнний час додатково відмобілізовуються органи управління лікувально-евакуаційним забезпеченням військ (сил): розпорядчі і місцеві евакуаційні пункти; санітарно-транспортні частини: автомобільні санітарні

батальйони, військово-санітарні потяги та летючки авіаційні санітарно-транспортні ескадрильї тощо.

Вирішальну роль в організації і проведенні заходів щодо збереження, зміцнення та відновлення здоров'я військовослужбовців відіграє медична служба. Основою якої є медичний пункт військової частини, силами і засобами якого здійснюється медичне забезпечення військовослужбовців усіх категорій у процесі їх бойової підготовки та повсякденної діяльності. Медичний пункт являється центром лікувально-профілактичної та лікувально-діагностичної роботи військової частини.

В умовах військової частини починають і закінчують лікування більше 80% військовослужбовців, які захворіли. Відповідно кожний військовий лікар зобов'язаний приймати безпосередню участь у наданні медичної допомоги хворим та їх лікуванні, постійно удосконалюючи при цьому свої професійні знання і практичні навички. Особовий склад медичних підрозділів здійснює медичний контроль за станом здоров'я військовослужбовців, умовами їх розміщення, харчування, водопостачання та інших сфер життя та побуту. У зв'язку з цим надзвичайно важливу роль відіграє кваліфікація лікарів військової ланки, рівень їх теоретичної підготовки з питань медичного забезпечення особового складу в процесі повсякденної діяльності військ як у мирний час, так і на період воєнного стану.

Медичний пункт військової частини виступає як медичний центр, спрямований на забезпечення повного медичного обслуговування військового підрозділу як у мирний, так і у воєнний час. Основні завдання, покладені на медичний пункт в якості центру лікувально-діагностичної роботи військової частини, включають:

- організацію та проведення обов'язкових медичних оглядів для всіх військовослужбовців;
- проведення амбулаторного обстеження та лікування військовослужбовців та їхніх сімей, а також працівників Збройних Сил України;

- надання медичної допомоги та лікування офіцерам, прапорщикам, військовослужбовцям за контрактом на дому;
- здійснення стаціонарного лікування військовослужбовців тривалістю до 14 діб;
- проведення відновлювального лікування військовослужбовців після виписки з військового лікувального закладу;
- надання невідкладної медичної допомоги при гострих захворюваннях, травмах, отруєннях та нещасних випадках для всіх, хто цього потребує;
- організація та проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у військовій частині;
- організація та забезпечення проведення імунізації особового складу (з профілактичною метою за епідемічними показами);
- медичне забезпечення бойової підготовки особового складу, господарської діяльності та інших заходів в частині;
- визначення потреб, отримання, зберігання, облік та забезпечення медичним майном підрозділів військової частини;
- участь у військово-медичній підготовці особового складу та пропаганда гігієнічних знань та здорового способу життя.

Організаційно-штатна структура медичного пункту визначається завданнями і штатом конкретної військової частини, а також функціональними підрозділами та кількістю ліжок у лазареті.

У контексті сучасного озброєння Збройних Сил із складною та різноманітною автоматизованою технікою, умови військової праці та побуту особового складу зазнали суттєвих змін. Ці зміни викликали появу різноманітних факторів, таких як шум, вібрація, перепади атмосферного тиску та температури, іонізуюче випромінювання, електромагнітні поля високочастотного діапазону та інші. Ці фактори, якщо не приймати необхідних профілактичних заходів, можуть призводити до серйозних патологічних змін в

організмі та значного зниження його функціональних можливостей та боєздатності.

Одним із завдань медичної служби є детальне вивчення впливу сучасної військової техніки та озброєння на особовий склад та розробка науково обґрунтовані рекомендацій, спрямованих на попередження негативних наслідків та визначення оптимальних режимів експлуатації техніки.

Особливо актуальною стає необхідність санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів під час бойових дій. Історія свідчить, що періоди війни часто визначаються виникненням обмежених або масових епідемій інфекційних хвороб. Заходи щодо протидії інфекційним захворюванням мають вирішальне значення, оскільки хвороби, спричинені патогенними мікроорганізмами, становлять значний відсоток санітарних втрат військ.

Таким чином, ефективне управління санітарно-гігієнічними та протиепідемічними заходами відіграє критичну роль у підтримці бойової ефективності військ. Профілактика та контроль інфекційних захворювань є ключовими завданнями для збереження здоров'я військовослужбовців та забезпечення їхньої бойової готовності.

Окрім того, організаційна побудова медичної служби повинна відповідати таким вимогам:

- 1) взаємозаміна окремих її підрозділів і частин, що забезпечується наявністю однотипних формувань;
- 2) створення можливостей для здійснення маневру засобами старшого начальника в інтересах нижчої ланки медичної служби (пересувні підрозділи, підрозділи санітарного транспорту).

Особовий склад медичної служби представлений наступним чином:

- 1) Лікарський склад. В складі медичної служби є лікарі всіх основних медичних спеціальностей. Лікарські посади комплектуються кадровими військовими лікарями і лікарями запасу, які призиваються до складу ЗС під час війни.

2) Середній медичний персонал, призначений для комплектування штатних посад фельдшерів і медичних сестер, анестезистів, лаборантів, операційних сестер, тощо.

3) Молодший медичний персонал. Персонал, який отримав підготовку в спеціальних підрозділах (санітарні інструктори, дезінфектори) або не має спеціальної медичної підготовки (санітари).

Медична служба має необхідне медичне майно і обладнання, яке забезпечує використання сучасних методів обстеження військовослужбовців, надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуацію і лікування. В польових умовах широко використовується різне медичне майно, яке зосереджене в спеціальних комплектах, укладках, сумках, які зручні для перевезення, лабораторії, рентгенівські установки, киснева апаратура, засоби реанімації, фізіотерапевтичні прилади.

Окрім того, на оснащенні військової медичної служби знаходяться;

- 1) дезінфекційно-душові установки на автомобілях,
- 2) стерилізаційно-дистиляційні установки,
- 3) автоперев'язочні,
- 4) автолабораторії,
- 5) електростанції,
- 6) радіостанції.

В таблиці майна частин і закладів медичної служби включені дозиметричні прилади, які дозволяють проводити вимірювання рівня радіації на місцевості ступеню радіоактивного забруднення шкіри та обмундирування. На оснащенні медичних закладів є також радіометричні лабораторії, які призначені для вимірювання ступеню забруднення біологічних середовищ та виділень (крові, сечі, калу) з організму.

Для евакуації поранених і хворих на медичні пункти і в лікувальні установи медична служба використовує різні табельні і не табельні засоби. Для евакуації поранених і хворих з поля бою можливе використання санітарного

транспорту, а також бронетранспортерів та автомобілів загального призначення, санітарні вертольоти і літаки.

Для евакуації поранених і хворих на великі відстані використовуються авіаційний та залізничний транспорт. При наявності водних шляхів сполучення до медичної евакуації залучаються пристосовані з цією метою судна (пароплави, баржі, катера, тощо).

В надзвичайно складних умовах сучасної війни вирішальний вплив на діяльність медичної служби будуть мати наступні чинники [39]:

- несподіваність нападу, тобто спосіб розв'язання війни; при несподіваному
- нападі медична служба перебуває в найбільш несприятливих умовах, оскільки вона повинна відновити свою боєздатність (втрати), прийняти участь в ліквідації
- наслідків нападу, організувати медичне забезпечення бойових дій;
- виникнення втрат на суші, в морі, в глибокому тилу вимагає від медичної
- служби високої бойової готовності, маневреності і взаємозамінності її формувань, а також чіткої взаємодії;
- нерівномірність і одномоментність виникнення санітарних втрат різко збільшить їх невідповідність, особливо на початку війни, з наявними силами та засобами медичної служби, тобто, як правило, потреб буде багато, а сил мало;
- зростання небезпеки виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань через скупчення великої маси військ і населення на обмеженій території, погіршення харчування і умов розміщення військ і населення, масового їх пересування, послаблення захисних реакцій організму, погіршення епідемічної обстановки та вплив інших несприятливих чинників;
- втрати серед особового складу медичної служби, знищення її майна і оснащення;

- поява нових видів бойових уражень, викликаних зброєю, яка не застосовувалась раніше, що потребує їх вивчення, впровадження нових методів надання медичної допомоги та лікування і, можливо, зміни організаційних форм медичного забезпечення;

- складність надання окремих видів медичної допомоги на надводних кораблях і підводних човнах в ядерному осередку на морі, складність евакуації поранених і хворих з кораблів на військово-морські бази;

- діяльність медичної служби переважно в польових умовах (брак тепла, оснащення, світла, води), в зоні бойових дій і ядерних осередків (нервово-психічне напруження), при перевантаженні лікувальних закладів і їх вимушеної передислокації (радіаційна і хімічна обстановка).

Організаційна структура медичної служби і штати конкретних медичних формувань воєнного часу безпосередньо залежать від організаційної структури, завдань і характеру бойових дій окремих видів ЗС і родів військ, особливостей їх медичного забезпечення, а також від завдань, які покладаються на відповідні формування медичної служби. Розглянемо більш детально завдання та організацію медичної служби механізованої (танкової) бригади.

В цілому, на медичну службу механізованої (танкової) бригади покладаються наступні основні завдання [53, с.267]:

- розшук поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги, їх збір,

- вивіз (винос) з поля бою (з підрозділів);

- евакуація поранених і хворих з підрозділів в МПБ і в медичну роту бригади;

- медичне сортування поранених і хворих та своєчасне надання їм долікарської, першої лікарської та невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги, а також підготовка до подальшої евакуації тих із них, хто цього потребує;

- тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених та хворих;

- лікування легкопоранених і легкохворих із термінами відновлення боєздатності до 10 діб;
- проведення санітарного нагляду за умовами військової праці, виконанням санітарно-гігієнічних норм і правил розміщення, харчування, водопостачання, лазнево-прального обслуговування особового складу, захоронення загиблих в бою та померлих військовослужбовців;
- проведення протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань;
- організація та проведення медичної розвідки в смузі бойових дій (району розташування) бригади;
- медичний контроль за збереженням здоров'я особового складу бригади, організація і здійснення медичних заходів щодо його зміцнення;
- проведення спеціальних медичних заходів із захисту особового складу бригади від зброї масового ураження;
- забезпечення підрозділів бригади медичним майном, медичною технікою та її технічне обслуговування;
- організація та проведення бойової і гуманітарної підготовки медичного складу та військово-медичної підготовки особового складу бригади, а також пропагування гігієнічних знань та здорового способу життя;
- ведення медичного обліку, звітності, узагальнення досвіду роботи медичної служби [5, с. 67]

Умови діяльності медичної служби механізованої бригади в обороні визначаються тим, як здійснюється підготовка та організація оборони (в умовах безпосереднього зіткнення з противником и за його відсутності). У ході бою війська можуть здійснювати перегрупування і проводити контратаку.

Умови бою механізованої бригади формують відповідні вимоги до організаційної структури її медичної служби. Медичну службу механізованої бригади очолює начальник медичної служби, який безпосередньо підпорядкований командирю механізованої бригади, а з питань медичного

забезпечення виконує вказівки начальника медичної служби оперативного командування (ОК) та/або оперативно-тактичного Угрупування (ОТУ).

Медична служба бригади включає [54, с. 11]:

- 1) медичну роту бригади;
- 2) медичні пункти механізованих (танкових) батальйонів;
- 3) медичний пункт гаубічно-самохідно-артилерійського дивізіону;
- 4) медичний пункт реактивного артилерійського дивізіону;
- 5) медичний пункт протитанкового артилерійського дивізіону;
- 6) старшого бойового медика батареї управління і артилерійської розвідки;
- 7) фельдшера та старших бойових медиків батареї зенітно-ракетного артилерійського дивізіону (зрадн);
- 8) старших бойових медиків рот (батареї);
- 9) бойових медиків взводів;
- 10) стрільців санітарів відділень.

Таким чином, механізована бригада та її підрозділи повинні бути готовими до самостійних дій у відриві від головних сил, та оточенні, Значні розміри смуги оборони механізованої бригади та можливості вклинення противника визначають, необхідність, розгортання медичної роти оборони, в стороні від можливого напрямку головного удару противника, У важкодоступних для танків районах та на більшій відстані від лінії фронту, ніж у наступі. Додаткові труднощі виникають, при розшуку поранених і їх вивозу з осередків масових санітарних втрат. Поранені можуть знаходитися в зруйнованих оборонних спорудах, під завалами, на забрудненій місцевості, під вогневим впливом противника [54, с. 9-10].

1.2. Нормативно-правове забезпечення спроможностей медичної служби Збройних сил України

Нормативно-правове забезпечення медичної служби підрозділів Збройних сил України ґрунтується на ряді законів, наказів та положень, спрямованих на забезпечення високого рівня медичного обслуговування військовослужбовців та забезпечення їхнього здоров'я, бойової готовності та функціональної надійності.

В першу чергу таке забезпечення ґрунтується на стратегічних документах. На початку збройної агресії Росії проти України, основні напрямки воєнної політики здійснювались на діючому тоді Стратегічному оборонному бюлетені (далі – СОБ), що був розроблений та затверджений у 2004 році [Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 червня 2004 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України на період до 2015 року»: Указ Президента України від 22.06.2004 № 6701].

Для підготовки та реалізації СОБ 2016-го року було залучено центральні органи виконавчої влади, наукові установи, громадські організації, вітчизняних та іноземних експертів, зокрема експертів Спільної робочої групи Україна – НАТО з питань воєнної реформи високого рівня та представників Офісу зв'язку НАТО в Україні [68], [32], [59].

Основною метою СОБ на той час була комплексна оборонна реформа, що включала реформування Міністерства оборони, Збройних Сил, інших складових сил безпеки та оборони України та приведення їх у відповідність критеріям й стандартами НАТО. Важливим моментом було досягнення та підтримання необхідного рівня воєнної безпеки, що є однією із засадничих умов реалізації права українського народу на самовизначення, збереження держави Україна та забезпечення її сталого розвитку на основі найвищих цінностей демократії, верховенства права, свободи, гідності, безпеки і процвітання громадян усіх національностей

Окрім того значущою була необхідність підвищення рівня оперативної сумісності сил оборони з спільних підрозділами збройних сил держав – членів

НАТО та ЄС з метою виконання спільних завдань у міжнародних операціях із підтримання миру і безпеки.

Указом Президента України від 25 березня 2021 року № 121/2021 була затверджена оновлена Стратегію воєнної безпеки України [71]. Метою оновленої Стратегії воєнної безпеки України визначена – завчасно підготовлена та всебічно забезпечена всеохоплююча оборона України на засадах стримування, стійкості та взаємодії, що забезпечує воєнну безпеку, суверенітет і територіальну цілісність держави відповідно до Конституції України та в межах державного кордону України, сприяє інтеграції України в євроатлантичний безпековий простір та набуттю членства в НАТО, передбачає активну участь, міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки.

Серед цілей, пріоритетів та завдань, реалізації державної політики у воєнній сфері:

- дієва система медичного забезпечення, що відповідають потребам сил оборони;
- побудовані на національних і євроатлантичних цінностях сили оборони, які відповідають критеріям набуття повноправного членства України в НАТО взаємосумісні з відповідними компетентними органами держав – членів НАТО та спроможні робити гідний внесок у проведення операцій НАТО.

З метою визначення стратегії та основних напрямів розвитку медичного забезпечення Збройних Сил під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій у 2018 році Кабінет Міністрів України – прийняв воєнно-медичну доктрину України [66].

Воєнно-медична доктрина України – сукупність поглядів, науково обґрунтованих принципів, єдиних організаційних вимог щодо організації медичного забезпечення Збройних Сил та інших утворених відповідно до законів України військових формувань, правоохоронних та розвідувальних органів, органів спеціального призначення з правоохоронними функціями.

Правовою основою її розроблення є Конституція та закони України, інші нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, оборони держави і

застосування Збройних Сил та інших утворених відповідно до законів України військових формувань, правоохоронних та розвідувальних органів, органів спеціального призначення з правоохоронними функціями.

Розроблений документ ґрунтується на Воєнній доктрині України, а також досягненнях медичної науки та практики з охорони здоров'я військовослужбовців і цивільного населення.

На основі положень Воєнно-медичної доктрини України Збройні Сили України та інші військові формування розробляють правові акти та відповідні керівні документи щодо формування необхідного комплексу сил і засобів медичних служб, підготовки державного замовлення на необхідну кількість людських матеріальних ресурсів, утримання у постійній готовності визначеної кількості сил засобів. Міністерство охорони здоров'я України, в свою чергу, забезпечує готовність закладів охорони здоров'я, інших необхідних сил та засобів, визначених актами Кабінету Міністрів України, для надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії особливого періоду, надзвичайного стану, а також інших кризових ситуацій [66].

Метою Воєнно-медичної доктрини України є збереження життя і здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення шляхом об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб та системи охорони здоров'я цивільного населення, підготовка системи охорони здоров'я держави до надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії особливого періоду, надзвичайного стану, інших кризових ситуацій.

Досягнення мети воєнно-медичної доктрини забезпечується виконанням таких завдань:

- формування та впровадження єдиних підходів щодо збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців, організації та надання медичної допомоги та лікування їх у разі поранень, травм і захворювань, якнайшвидшого відновлення боє- та працездатності;
- організація взаємодії та поєднання зусиль медичних служб і системи охорони здоров'я цивільного населення для медичного забезпечення військ;

- забезпечення постійної готовності сил та засобів медичних служб і системи

- охорони здоров'я цивільного населення до застосування за призначенням [42].

Принципами Воєнно-медичної доктрини України є:

- єдині організаційні засади діяльності медичних служб незалежно від підпорядкування;

- єдине розуміння причин зниження (втрати) боєздатності військовослужбовців та шляхів її підвищення (збереження);

- єдині погляди на профілактику, діагностику, надання медичної та психологічної допомоги, евакуацію, лікування, медичну та психологічну реабілітацію поранених (уражених, хворих), профілактику бойового стресу (превентивну реабілітацію);

- організація медичного забезпечення та надання медичної допомоги відповідно до стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та військово-медичних стандартів;

- формування необхідного резерву, ешелонування та постійна готовність сил і засобів медичних служб, системи охорони здоров'я цивільного населення для медичного забезпечення військ;

- профілактична спрямованість діяльності медичних служб та єдині підходи під час проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

- територіальний принцип медичного забезпечення та інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України, що передбачає спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності, що розташовані на відповідній території.

1.3. Роль і місце медичної служби в загальнодержавній системі надання медичної допомоги у воєнний час

На день створення ЗС України і протягом перших років їх існування військово-медична служба (як її функціональна складова) на воєнний час була фактично фрагментом військово-медичної служби ЗС СРСР і була спрямована на організацію медичного забезпечення військ у можливій третій світовій війні.

Головними її положеннями були:

- орієнтація на наступальну війну великих масштабів і на великих просторах;
- ігнорування потреб цивільного населення у медичній допомозі, фактично необмежене використання ресурсів цивільної охорони здоров'я як людських, так і матеріальних, які залучалися для медичного забезпечення ЗС.

Прямим наслідком таких застарілих і неадекватних умовам України, як незалежної держави, підходів був відомчий підхід в єдиній системі військової медицини, наявність самостійних органів управління медичною службою, медичними частинами і закладами у військових формуваннях різних міністерств та відомств і, фактично, автономне їх функціонування.

Другим негативним фактором була недостатня скоординованість дій між органами медичного забезпечення ЗС та силових міністерств і відомств, з одного боку, і Міністерством охорони здоров'я України – з іншого. Відмобілізування значних сил і засобів цивільної медицини в інтересах військово-медичної служби за вимогами відомчого підходу фактично руйнувало систему медичного забезпечення цивільного населення.

Так, у воєнний час підлягали мобілізації 63 % лікарів-хірургів, а за окремими спеціальностями цей показник сягав 83-85 % (нейрохірургів, торакальних хірургів). Для вирішення вищезазначених проблем у 1995 році була проведена спільна колегія Міністерства оборони і Міністерства охорони здоров'я України. На основі матеріалів колегії Кабінет Міністрів України прийняв Постанову від 16 жовтня 1995 р. № 819 «Про взаємодію медичних служб ЗС та

інших військових формувань України із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини».

Важливо підкреслити, що у вищезазначеній Постанові вперше визначено принципові положення взаємодії системи цивільної охорони здоров'я з медичними формуваннями силових міністерств та відомств України під час екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на воєнний час. Спільна участь у створенні загальнодержавної системи екстремальної медицини (медицини катастроф) є першим і основним інтеграційним напрямком.

За вимогами зазначеної вище Постанови та спільних наказів Міністра охорони здоров'я (МОЗ) України та МО України від 15.12.1995 р. №233/33 2 і від 18.07.1996 р. № 215/202 у вищих медичних навчальних закладах України передбачено створення кафедр екстремальної і військової медицини, на які покладається навчання всіх студентів, інтернів і курсантів питанням організації медичного забезпечення населення у надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу, чим створено підґрунтя для підготовки відповідних медичних фахівців.

З прийняттям Основного Закону (Конституції) України розпочався новий етап інтеграційних процесів. Відповідно до статті 37 Основ законодавства України про охорону здоров'я та з метою створення єдиної державної системи медичної допомоги на випадок екстремальних ситуацій на території України Постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 року № 343 створена Державна служба медицини катастроф (ДСМК).

Цією Постановою визначені організаційні принципи побудови системи медицини катастроф в Україні – централізованої державної служби, яка функціонально об'єднує медичні сили і засоби МОЗ України, МО України та інших міністерств і відомств. Швидке відновлення здоров'я постраждалих, повернення працездатності, максимальне зниження показників інвалідності та смертності в умовах екстремальних ситуацій силами та засобами тільки цивільної охорони здоров'я неможливе. Для досягнення зазначеної мети та підвищення якості надання населенню екстреної медичної допомоги при

виникненні екстремальних ситуацій (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення території тощо) у Державну службу медицини катастроф інтегрована військово-медична служба ЗС України. Відповідно до вимог Постанови Кабінету Міністрів визначені як структурно-функціональні принципи побудови органів управління, так і відповідні медичні сили і засоби для виконання поставлених завдань.

У період становлення ДСМК для проведення ефективного управління та координації дій медичних сил і засобів різних міністерств утворені центральна та територіальні координаційні комісії, до складу яких включені представники військово-медичної служби за територіальним принципом.

Наказом МО З України від 20 листопада 1997 р. № 334 за погодженням з МО України у склад медичних сил і засобів територіального рівня ДСМК визначені сили і засоби військово-медичної служби: Головний військовий клінічний госпіталь (ГВКГ) МО України, де сформовані 4 позаштатні спеціалізовані бригади постійної готовності (нейрохірургічна, комбустіологічна, токсикологічна і реанімаційна) з виділенням 100 ліжок хірургічного і 50 ліжок терапевтичного профілів та 386 військовий госпіталь Сімферополя з виділенням 50 хірургічних, 50 травматологічних, 50 токсикологічних і 20 комбустіологічних ліжок постійної готовності.

Окрім вищезазначеного, директивою Генерального штабу (ГШ) ЗС України від 20 червня 1996 року № ДГШ-2 1 визначені сили і засоби військово-медичної служби (пересувні загони медицини катастроф та позаштатні пересувні лікарсько-сестринські бригади), які формуються додатково в Центральному військовому клінічному госпіталі (ЦВКХ) ПівдОК (Одеса), ЦВКГ ЗахОК (Львів), 384 військовому госпіталі (ВГ) (Харків), 385 ВГ (Дніпро), 762 ВГ (Біла Церква), 376 ВГ (Чернівці). Пересувні лікарсько-сестринські бригади утворені в окремих військових частинах. У гарнізонних, базових госпіталах, військових санаторіях сформовані бригади для надання кваліфікованої медичної допомоги (по 1-2 на кожен військово-медичний заклад).

Метою використання зазначених сил та засобів є насамперед медичне забезпечення частин і підрозділів ЗС України, що залучаються до усунення наслідків надзвичайних ситуацій та надання медичної допомоги цивільному населенню в осередках масового ураження.

Другим основним напрямком інтеграції медичної служби ЗС України та лікувально-профілактичних закладів МО З України є спільна участь у виконанні вимог постанови Кабінету Міністрів від 30 листопада 1998 року, де визначені лікувальні заклади системи МО З України, що братимуть участь у наданні медичної допомоги на воєнний час.

Постановою передбачається створення територіальних госпітальних баз (ТерГБ) МО З України, які братимуть участь у наданні медичної допомоги в особливий період. Для цього МОЗ України виділяє відповідну кількість лікувальних закладів. Керівним складом військово-медичної служби відпрацьовані керівні документи, які введені в дію наказами МО України та МОЗ України. Серед них "Положення про територіальні госпітальні бази МОЗ України", "Інструкція щодо відмобілізування територіальних госпітальних баз", "Положення про органи управління територіальних госпітальних баз".

ТерГБ МО З України призначені для надання у воєнний час пораненим та хворим військовослужбовцям і населенню відповідної території кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та реабілітації і оперативному й стратегічному тилу, а в мирний час – у випадку введення надзвичайного стану або виникнення надзвичайної ситуації.

На ТерГБ покладаються наступні основні завдання:

- прийом, медичне сортування поранених і хворих, їх розподіл по лікувальних закладах (територіальних госпіталях) ТерГБ, розміщення та реєстрація;
- надання пораненим і хворим кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та реабілітація до повного одужання;
- проведення пораненим і хворим військово-лікарської та медико-соціальної експертиз ;

- матеріальне забезпечення та побутове обслуговування поранених і хворих.

До складу територіальної госпітальної бази входять управління ТерГБ, лікувальні заклади МО України, територіальні госпіталі та підрозділи забезпечення. Для керівництва територіальними госпітальними базами в особливий період створюються: у МОЗ України – Головне управління з керівництва ТерГБ; у МОЗ Автономної республіки Крим, в управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, міст Києва та Севастополя – управління ТерГБ.

Кількість лікувальних закладів, які входять до складу кожної ТерГБ, буде різна і буде залежати від кількості та місткості лікувальних закладів конкретної області, її географічного розташування в межах території України тощо.

Територіальні госпіталі формуються за рахунок медичного персоналу, фондів та інфраструктури забезпечення лікувальних закладів МОЗ України у складі:

- територіального хірургічного госпіталю;
- територіального травматологічного госпіталю;
- територіального нейрохірургічного госпіталю;
- територіального психоневрологічного госпіталю;
- територіального торакоабдомінального госпіталю;
- територіального терапевтичного госпіталю (центру реабілітації).

Вони повинні утримуватись у постійній готовності до виконання завдань відповідно до їх призначення. Кожному лікувальному закладу (територіальному госпіталю) надається відповідний номер, він має свою печатку і штамп.

Відповідальність за укомплектування особовим складом, автомобільним транспортом, матеріально-технічними, медичними засобами, підтримання мобілізаційної готовності лікувальних закладів ТерГБ покладено на МОЗ України; МО України здійснює контроль за мобілізаційною підготовкою їх органів управління та лікувальних закладів. Отже, на сьогодні практично розроблено підвалини та нормативно-правову базу для організації тісної

взаємодії цивільної системи надання медичної допомоги і систем медичного забезпечення військових формувань та створення "єдиного медичного простору" на воєнний час.[78]

Участь військових частин, з'єднань і підрозділів Збройних Сил України та інших військових формувань в антитерористичній операції/ Операції об'єднаних сил (АТО/ООС) на сході країни передбачало використання різних військових підрозділів, які в мирний час спеціалізуються на виконанні різноманітних завдань та виконують різні функції. У своєму складі вони мають власні медичні служби, призначені для медичного забезпечення власних структур, переважно в умовах мирного часу.

Однак, лише медична служба Збройних Сил України мала певний досвід медичного забезпечення під час бойових дій. Нещодавні реформи, проведені в попередні роки, призвели до зниження її здатностей щодо реального медичного забезпечення військ в умовах бойових дій: зменшення штатної чисельності, скорочення медичних посад, застаріле обладнання та техніка.

Такі обставини призвели до того, що для медичного забезпечення військовослужбовців в зоні АТО/ООС довелося залучати наявні сили і засоби медичних служб військових формувань, а також окремі цивільні заклади охорони здоров'я. Система надання медичної допомоги та евакуації поранених була створена в умовах великих труднощів, і, хоча вона функціонує в зоні АТО/ООС, своєчасність і якість наданих медичних послуг не відповідали очікуванням ані самих військовослужбовців, ані керівництва Міністерства оборони України й держави.

З перших років досвіду застосування ЗС України в збройному конфлікті на сході України (АТО/ООС) було виявлено кілька прогалин у медичному забезпеченні, які стали очевидними через особливості сучасної гібридної війни та особливості тактичних операцій.

Декілька вагомих проблем включають:

1. Тривалість надання медичної допомоги. Оскільки завдання та операції в зоні конфлікту не є сприятливими умовами, то можуть призводити до

збільшення часу для надання медичної допомоги пораненим. Це може вимагати додаткових ресурсів, оснащення та навчання персоналу для роботи в умовах тривалого конфлікту.

2. Недостатнє забезпечення медичного персоналу. Медичний персонал, який працює в зоні конфлікту, може стикатися з великим психологічним та фізичним навантаженням. Недостатня кількість кваліфікованих фахівців та недостатнє їх забезпечення може впливати на якість медичної допомоги.

3. Система евакуації поранених. Умови гібридної війни можуть ускладнити організацію та забезпечення безпечної евакуації поранених. Наприклад, дії противника, обмежений доступ до деяких територій або складність транспортування можуть стати викликами.

4. Необхідність сучасного обладнання. Умови конфлікту можуть вимагати сучасного та високотехнологічного медичного обладнання. Недостатнє забезпечення таким обладнанням може впливати на можливості діагностики та лікування поранених.

5. Розробка та вдосконалення стратегій медичного забезпечення в умовах активного конфлікту є постійним процесом. Врахування досвіду АТО/ООС важливо для адаптації та покращення системи медичного обслуговування військовослужбовців.

Детальне вивчення проблем забезпеченості медичної служби в підрозділах тактичного рівня в умовах особливого періоду проведене колективом авторів [1, 3], де у тому числі висвітлено такі моменти [3, с. 265]

1. Незабезпеченість особового складу однотипними засобами індивідуального захисту та низький рівень обізнаності та умінь щодо їх використання.

2. Відсутність у медичних службах сучасних засобів розшуку поранених осередках санітарних втрат, індивідуальних носіїв медичної інформації, інформаційних систем підтримки процесу управління медичним забезпеченням, засобів цифрового зв'язку тощо.

3. Недостатня кількість броньованого санітарного транспорту для вивезення поранених з осередків санітарних втрат і санітарного транспорту для медичної та аеромедичної евакуації.

4. Застарілість наявного комплектно-табельного оснащення медичних служб, відсутність мобільних модулів для розгортання етапів медичної евакуації тощо.

5. Відсутність сучасних засобів підтримання життєдіяльності в польових умовах в медичних підрозділах військових частин і з'єднань (медичні пункти, медичні роти), військових мобільних госпіталей (ВМГ). Не надання можливостей щодо автономності, мобільності, спроможності оперативного розгортання та згортання, стабільного електроживлення, водо- та теплопостачання.

6. Невідповідність штатів медичних підрозділів сучасним вимогам та відсутність впровадження розроблених на основі сучасних підходів штатів.

7. Некомпетентність лікарів цивільного сектору надання медичної допомоги щодо особливостей перебігу бойової патології, зумовленої вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями.

8. Практична відсутність системи управління та координації дій медичних служб ЗС України, інших військових формувань і системи цивільної охорони здоров'я України.

Про додаткові проблеми зазначає науковець Гульпа В. Зокрема акцентується увага на невирішеності питань організаційного характеру: у військових частинах з'єднаннях не запроваджена сучасна організаційно-штатна структура медичних підрозділів, не вирішені питання формування повноцінного органу управління медичним забезпеченням ЗС України, не врегульовані в правовому полі взаємовідносини між медичними службами ЗС України, інших військових формувань та системою цивільної охорони здоров'я, не забезпечена підготовка необхідної кількості військово-медичних кадрів за визначеними освітньо-кваліфікаційними рівнями та спеціальностями [22, с. 16, с. 230].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ

2.1. Основні завдання медичної служби ЗС України у воєнний час

Основні завдання медичної служби Збройних Сил України під час воєнного конфлікту полягають у забезпеченні боєздатності та боєготовності військ шляхом збереження, зміцнення та відновлення здоров'я особового складу. Виконання цього основного завдання включає в себе розв'язання ряду конкретних завдань, які можуть змінюватись в залежності від різних факторів, таких як розвиток збройних сил, суспільно-політична ситуація в країні, економічний стан, військові та медичні технології.

Умови сучасних бойових дій характеризуються високою динамікою, маневреністю та напруженістю. Важливим викликом для медичної служби є можливість масових санітарних втрат як у передових лініях, так і в тилу. Військовий час також може призводити до погіршення санітарно-епідемічного стану населення та військ, що може викликати епідемічні спалахи різних інфекцій.

Застосування засобів радіоелектронної боротьби та порушення комунікацій можуть ускладнити управління медичними силами, постачанням та евакуацією. У цих умовах медична служба виконує завдання в надзвичайно складних обставинах. Основні завдання на воєнний час передбачають вирішення різноманітних викликів, від яких залежить успішне медичне забезпечення в цілому.

Зміцнення обороноздатності і безпеки держави вимагає системного підвищення боєготовності і боєздатності Збройних Сил України та інших військових формувань, зокрема сил оборони. Одним із ключових аспектів цього

завдання є створення єдиного медичного простору, спрямованого на оптимізацію медичного забезпечення військ.

Медичні служби провадять свою діяльність в єдиному медичному просторі держави шляхом дотримання законодавства з питань охорони здоров'я, стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) та клінічних протоколів.

Єдиний медичний простір – система організації надання медичної допомоги, яка об'єднує всі медичні ресурси держави спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування та забезпечує доступність, якість і ефективність усіх видів медичної допомоги всім громадянам України, у тому числі і військовослужбовцям.

Інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України передбачає функціональне поєднання сил і засобів медичних служб та системи охорони здоров'я цивільного населення з метою максимальної реалізації їх спроможностей щодо ефективного медичного забезпечення військ із збереженням організаційної самостійності.

Управління системою медичного забезпечення військ здійснюється в єдиній системі управління військами відповідно до законодавства.

Це досягається шляхом впровадження передових організаційних підходів у сфері військової медицини. Важливо розробляти та впроваджувати сучасні та ефективні організаційні засади медичного забезпечення, враховуючи світові досягнення в цій галузі. Нові методи лікування і профілактики захворювань повинні відповідати найвищим стандартам та враховувати специфічні особливості військового контексту.

Забезпечення високого рівня медичного обслуговування військовослужбовців включає в себе не лише вдосконалення лікувальних методик, але й постійне вдосконалення системи підготовки та навчання медичного персоналу. Це може також передбачати створення мережі спеціалізованих медичних центрів, оснащених передовим обладнанням та персоналом, що має високу кваліфікацію в області військової медицини.

Загальна мета полягає в створенні забезпеченої, сучасної та дієвої системи медичного забезпечення, яка гарантує високий рівень готовності та бойової ефективності Збройних Сил та сил оборони для викликів сучасного світу.

На основі наукового підходу визначено та затверджено нормативно-правову основу для ефективного функціонування системи охорони здоров'я військовослужбовців і медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань. Ця база відповідає доктринальним документам, прийнятим державами-членами НАТО, і враховує умови мирного часу та періодів особливого напруження.

Наразі потрібно науково обґрунтувати та впровадити національну функціонально-організаційну модель медичного забезпечення Збройних Сил, в якій об'єднано зусилля військово-медичних служб та системи цивільної охорони здоров'я. Це стосується періодів особливого напруження, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій. Окрім того, важливим елементом є наукове обґрунтування перспективної моделі, необхідного комплексу сил і засобів Медичних сил для забезпечення медичної допомоги в імовірних сценаріях їх застосування.

Проблемними питаннями також залишаються:

- визначення та наукове обґрунтування напрямки удосконалення системи медичного забезпечення та управління медичними питаннями під час бойових дій;
- розроблення та впровадження комплексних підходів до збереження здоров'я та професійного довголіття населення України, зокрема військовослужбовців, враховуючи нові технології та методи медичної допомоги та реабілітації;
- розробка медико-технічні вимоги до нових технічних засобів медичного призначення, комплектно-табельного оснащення Медичних сил, індивідуальних засобів медичного захисту та іншого обладнання відповідно до сучасних стандартів.

Окремої уваги заслуговує також необхідність визначення та реалізація державної політики щодо Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту України, особливо в умовах повномасштабного вторгнення російської федерації на територію України. Дана проблематика набирає ваги в теперішніх реаліях, враховуючи постійні заяви-погрози керівника країни-агресора.

Не менш важливим моментом залишається забезпечення та підтримання на високому рівні епідемічного благополуччя Сил оборони через ефективні санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи.

2.2. Зарубіжний досвід удосконалення роботи медичної служби країн-членів НАТО

У період між 1945 та 1949 роками держави Західної Європи та їх союзники в Північній Америці, стикаючись із необхідністю відновлення своїх економік після війни, дивилися з тривогою на експансіоністську політику СРСР. Після виконання обіцянок щодо скорочення оборонних структур та зменшення чисельності збройних сил, уряди західних країн виявляли зростаючу тривогу, розуміючи, що Радянський Союз може не повністю роззброїтись. Крім того, ідеологічні цілі Комуністичної партії Радянського Союзу вказували на те, що заклики до поваги міжнародних угод не гарантують суверенітету та незалежності.

У березні 1948 року п'ять західноєвропейських держав підписали Брюссельський договір, демонструючи рішучість створити спільну систему оборони для ефективнішого протистояння ідеологічним, політичним та військовим загрозам своїй безпеці. Це стало першим кроком у формуванні Західноєвропейського Союзу та Організації Брюссельського договору, а також привело до створення Північноатлантичного альянсу в 1949 році. Брюссельський договір служив основою для Західноєвропейського Союзу.

В 1952 році Греція та Туреччина приєдналися до Альянсу, а Федеративна Республіка Німеччина вступила до НАТО в 1955 році. Іспанія приєдналась до альянсу в 1982 році, а Польща, Угорщина і Чеська Республіка стали членами НАТО в 1999 році.

Отже, Північноатлантичний альянс був утворений на основі договору між його державами-членами, які добровільно приєдналися після публічного обговорення та відповідної парламентської процедури. Цей договір поважає індивідуальні права кожної держави-члена альянсу та їхні міжнародні зобов'язання згідно зі Статутом ООН. Він зобов'язує кожну державу-члена брати на себе частину ризиків і відповідальності, пов'язаних із спільною безпекою, при цьому дозволяючи кожній державі-члену користуватись перевагами спільної безпеки. Також договір вимагає від кожної держави-члена утримуватися від приєднання до будь-яких міжнародних зобов'язань, які суперечать цьому договору.

Головна мета НАТО полягає в захисті свободи і безпеки всіх своїх членів, як політичними, так і військовими засобами, відповідно до принципів, закладених у Статуті ООН. З самого початку свого існування Альянс працює на встановлення справедливого та стійкого мирного порядку в Європі, ґрунтуючись на загальних демократичних цінностях, правах людини та верховенстві права. Ця основна мета отримала новий зміст після завершення холодної війни, коли перспектива досягнення нею стала реалістичною.

НАТО виступає як трансатлантична сполучна ланка, постійно зв'язуючи безпеку Північної Америки та Європи. Це практичне втілення ефективних спільних зусиль членів альянсу для підтримки своїх колективних інтересів.

Для досягнення своєї основної мети НАТО виконує ключові завдання в галузі безпеки. Спочатку, це створення необхідного фундаменту для стабільного клімату безпеки в Європі, зміцнення демократичних інститутів та розв'язання конфліктів мирним шляхом. Далі, це забезпечення консультацій між членами альянсу з питань, що стосуються їхніх життєво важливих інтересів. Нарешті, це забезпечення стримування та оборони від будь-якої форми агресії, спрямованої

проти будь-якого члена НАТО, з метою зміцнення безпеки і стабільності в євроатлантичному регіоні. Окрім того, важливим є управління кризовими ситуаціями – Альянс готовий, за необхідності та на основі консенсусу, відповідно до Статті 7 Вашингтонського договору, активно взяти участь у запобіганні конфліктам та вирішенні кризових ситуацій, включаючи участь у діях реагування на них. Альянс розвиває широкомасштабне партнерство, співпрацю та діалог з іншими країнами євроатлантичного регіону з метою зміцнення прозорості, взаємної довіри та готовності до спільних дій з Альянсом.

Традиційно, під час проведення операцій кожна держава НАТО відповідає за власне медичне забезпечення. Відсутність централізованого органу для координації та сприяння спільним проектам вимагала виникнення узгодженого підходу до медичного обслуговування, особливо враховуючи нові завдання Альянсу. Медична концепція НАТО визнає критичне значення медичного забезпечення для всіх держав-членів і підкреслює необхідність координації, щоб уникнути подвійної роботи та оптимізувати використання обмежених ресурсів.

Збереження бойової сили через забезпечення невідкладної медичної та хірургічної допомоги важливе для Альянсу. Це включає створення ефективної системи для лікування, евакуації та повернення військовослужбовців, постраждалих від поранень чи захворювань, з метою мінімізації періоду втрати їхньої бойової готовності. Медичне забезпечення має піднімати моральний дух і сприяти бойовій ефективності. Хоча держави залишають відповідальність за медичне забезпечення своїх сил, гнучке планування враховує можливість багатонаціонального підходу.

Медичне постачання включає різні етапи, такі як закупівля, зберігання, перевезення та утилізація медичного обладнання та препаратів. Мета медичного матеріально-технічного забезпечення полягає у стійкості системи військово-медичного обслуговування та оптимізації медичного забезпечення відповідно до завдань, що виступає ключовим принципом в межах операції є відповідальність держав за планування та реалізацію ефективної системи медичного матеріально-

технічного забезпечення. Командувач НАТО може скористатися своїми повноваженнями для оптимальної координації національних заходів у цій сфері, досягаючи економії коштів шляхом узгодженого постачання багатонаціональних ресурсів, які фінансуються спільно.

Планування та виконання медичного забезпечення становлять колективний обов'язок тилових та медичних служб. Медична техніка та обладнання є особливими засобами через їх унікальний статус, нормативно-правову базу та критичне значення для врятованих життів пацієнтів. Медичний персонал визначає потреби та якісні характеристики медичного обладнання та лікарських препаратів, надаючи рекомендації щодо пріоритетності поставок. Тилові служби відповідають за координацію транспортування та доставки медичного обладнання та лікарських засобів у рамках загального тилового плану.

Медичні та тилові служби несуть спільну відповідальність за відстеження медичного обладнання та лікарських препаратів від моменту закупівлі до їх утилізації. Медична евакуація включає різні етапи, такі як перевезення та транспортування, забезпечуючи не лише перевезення пацієнтів під наглядом медичного персоналу до лікувальних закладів, але і надання обов'язкової медичної допомоги за необхідності у ході евакуації.

Організацією та координацією військово-медичних питань у НАТО займається Комітет керівників військово-медичних служб країн-членів Альянсу (COMEDS). Створений у 1994 році, COMEDS складається з вищих військово-медичних посадовців держав-членів НАТО. Комітет виступає центральним органом для розробки та координації медичних питань, надаючи рекомендації Військовому комітету НАТО.

Однією з цілей Комітету є покращення та розширення систем координації, стандартизації та взаємодії між країнами-членами у медичній галузі, а також удосконалення обміну інформацією з організаційних, оперативних та процедурних аспектів роботи військово-медичних служб в державах НАТО та країнах-партнерах. Запрошення країн-учасниць Партнерства Заходу та їхній

повній участі у робочих групах COMEDS з 1997 року, а також у річному медичному семінарі COMEDS/ПЗМ з 1996 року стали стандартними практиками. Комітет взаємодіє з іншими органами НАТО у сфері медицини, такими як агентство НАТО з питань стандартизації (NSA), Спільний медичний комітет (JMC), медичні радники Верховних командувачів НАТО, Комісія з людського фактору і медичних питань Науково-технічної організації (HFM/RTO), Центр зброї масового знищення та штабного офіцера-медика з МВШ. Голови JMC та Генеральної медичної робочої групи Військового агентства з питань стандартизації (MAS) беруть участь у пленарних засіданнях COMEDS як спостерігачі. COMEDS володіє дев'ятьма підпорядкованими робочими групами, які сприяють виконанню його завдань. Кожна з цих груп проводить засідання щонайменше один раз на рік і висвітлює різноманітні аспекти, такі як військово-медичні структури, операції та процедури; військова профілактична медицина; швидка медична допомога; військова психіатрія; стоматологічні послуги; матеріальне забезпечення медицини та військова фармація; співпраця та координація у сфері військово-медичних досліджень; гігієна харчування, харчова технологія та ветеринарна медицина; медична підготовка.

В системі Збройних сил США, стратегічне управління медичним забезпеченням покладено на офіс помічника міністра оборони з медичних питань (ADS(HA)). Цей офіс відповідає за стратегічне планування, розподіл ресурсів, загальне керівництво медичною службою, готовністю та медичним забезпеченням всіх гілок Збройних сил. Окрім того, він координує діяльність начальників медичних служб різних видів Збройних сил та взаємодіє з Медичною Радою Міністерства оборони через своє підпорядковане управління, яке служить органом координації та загального планування діяльності медичних управлінь гілок Збройних сил.

Помічник міністра оборони з медичних питань підпорядкований заступнику міністра оборони з питань персоналу та готовності, який безпосередньо підзвітний міністру оборони США. Начальники медичних служб

гілок Збройних сил (СВ, ВМС, ПС) підпорядковуються командувачам гілок Збройних сил через їхніх начальників штабів.

Агентство охорони здоров'я міністерства оборони виконує функції, спільні для медичних служб різних гілок Збройних сил, а також здійснює міжвідомчу координацію та надає допомогу з питань медичного забезпечення Збройних сил.

Медичні центри різних видів Збройних сил в США, які включають лікувальні, науково-дослідні та навчальні відділи, аптеки, бібліотеки, музеї та інші підрозділи, відіграють важливу роль у системі медичного забезпечення. Вони забезпечують медичне обслуговування військовослужбовців, ветеранів, членів їхніх сімей та інших категорій громадян.

Наприклад, Національний медичний центр ВМС США виконує функцію медичної допомоги для офіційних осіб держави, включаючи президента та віце-президента США, членів їхніх сімей, членів Конгресу і Верховного суду, а також інших високопосадовців. Згідно з узгодженнями або на умовах угоди, у цьому центрі може надаватися лікування також працівникам іноземних дипломатичних установ, які акредитовані у США.

У підпорядкуванні начальника медичної служби сухопутних військ є 9 медичних центрів СВ, 27 закладів охорони здоров'я, а також значна кількість клінік як у США, так і поза межами країни, які об'єднані в 5 регіональних командувань: Західне, Тихоокеанське, Південне, Північне та Європейське (за даними Almanac Military Medical Corps Worldwide, 2014). Станом на 2019 рік на офіційному сайті медичної служби СВ збройних сил США зазначено 4 регіональних командування (Тихоокеанське, Атлантичне, Центральне, Європейське).

Серед польових закладів медичної служби СВ нараховується 10 госпіталів бойового забезпечення (ще 16 у резерві) та 16 передових хірургічних бригад (ще 22 у резерві).

Медичні служби ВМС та ПС збройних сил США також мають у підпорядкуванні військово-медичні заклади і наукові установи, 2 плавучі госпіталі (по 1 на кожне побережжя – Тихоокеанське та Атлантичне) на 1000

ліжок (80 з них інтенсивної терапії, 12 операційних, сучасні засоби рентген діагностики (КТ, МРТ)).

З метою раціонального використання медичних ресурсів та скорочення необґрунтованих витрат медичне забезпечення військ передбачає єдину систему медичної допомоги для всіх видів (міністерств) збройних сил США, тісну інтеграцію військової і цивільної охорони здоров'я, високу конкурентоздатність військово-медичних закладів у порівнянні з цивільними лікувальними закладами, розвинений сектор амбулаторної медичної допомоги, а також широке використання денних стаціонарів.

Організаційна побудова медичної служби збройних сил США не обмежується лише військово-медичними закладами, а також представлена військово-медичним підрозділами у військових частинах та з'єднаннях, які призначені та здійснюють медичне забезпечення у польових умовах під час заступання військ.

Лікувально-евакуаційне забезпечення (ЛЕЗ) представлено чотирма основними ешелонами надання медичної допомоги: військовий (поле бою), бригадний, дивізійний, корпусний і тиловий. У межах кожного ешелону діють сили та засоби медичної служби з чітко визначеними завданнями, штатом, медичним оснащенням і засобами евакуації.

Основу медичних служб бригад і дивізій становлять медичні роти та передові хірургічні бригади.

Медичні підрозділи бригад і дивізій побудовані за модульним принципом, що підвищує їх функціональні можливості з надання медичної допомоги.

Проведення лікувально-евакуаційного забезпечення на першому і другому рівнях (ешелонах) здійснюється за допомогою шести модулів (комплектів):

- бойовий медик (бойовий санітар);
- відділення санітарного транспорту;
- лікувальне відділення;
- відділення територіально забезпечення;
- відділення тимчасової госпіталізації;

- хірургічне відділення.

Хірургічні модулі, що не входять до штатів медичних служб бригад і дивізій, представлені хірургічними загонами, які складаються з двох хірургічних бригад і перебувають у штаті медичної бригади корпусу та, як правило, використовуються на дивізійному рівні, але можуть розгортатись і в бригадах при виконанні ними самостійних завдань.

Третій рівень (ешелон) медичного забезпечення розгортається, як правило, для забезпечення відносно великих за чисельністю військових контингентів (оперативних угруповань військ, армійського корпусу) у випадках, коли система охорони здоров'я країни перебування чи місцеві медичні ресурси недостатні або неадекватні за спроможностями для виконання завдань щодо медичного забезпечення військ. Типовими лікувальними закладами цього рівня в об'єднаних силах є госпіталі бойового забезпечення. Місця розташування лікувальних закладів третього рівня медичного забезпечення, їх функції та ресурси визначаються встановленими евакуаційною політикою та часовими обмеженнями надання медичної допомоги (до 2 годин).

Для медичного забезпечення бойових дій військово-морських сил та висадки морських десантів, евакуації поранених і хворих морським шляхом можуть використовуватись госпітальні судна.

На четвертому рівні (ешелоні) медичного забезпечення здійснюється остаточне лікування пацієнтів з тривалими термінами госпіталізації, а також пацієнтів, яким не може бути надана адекватна медична допомога на третьому рівні медичного забезпечення. Лікувальними закладами цього рівня медичного забезпечення є багатопрофільні госпіталі або спеціалізовані заклади, що розташовані за межами зони бойових дій на території США. [79]

Організацією медичної допомоги військовослужбовцям збройних сил Канади керує Управління військово-медичної служби, розташоване в місті Оттава. Начальник медичної служби збройних сил Канади підпорядкований начальнику Управління особового складу Генерального штабу збройних сил Канади. У різних видах збройних сил, оперативних командуваннях та

регіональних силах спеціальних операцій працюють радники командувачів з медичних питань, які керують медичними групами.

Начальнику Управління військово-медичної служби збройних сил Канади підпорядковані два регіональних медичних командування.

Загалом військово-медична служба збройних сил Канади включає 43 медичні підрозділи та 83 медичні загони, серед яких стаціонарні клініки, польові медичні пункти, польовий госпіталь, дві навчальні школи, науково-дослідний заклад, медичне депо та інші спеціалізовані заклади.

Медичне забезпечення військовослужбовців збройних сил Канади будується на принципах тісної інтеграції з цивільним сектором охорони здоров'я за територіальним принципом.

Військовослужбовці отримують амбулаторну медичну допомогу у військових базових амбулаторіях та центрах охорони здоров'я, що розташовані в 35 військових гарнізонах. У нічний час або у разі необхідності надання більш складних видів медичної допомоги військовослужбовці направляються в цивільні лікарні або головні територіальні військові лікувальні установи. У випадках виконання військовослужбовцями завдань за кордоном військово-медична служба проводить щодо них повний комплекс лікувально-евакуаційних заходів. Для цього на період виконання миротворчих місій військово-медична служба забезпечується пересувним польовим госпіталем на 86 ліжок, а також хірургічними центрами на 15-30 ліжок.

Медична служба Бундесверу отримала назву "медико-санітарна служба" і стала окремим видом забезпечення Збройних сил. Її діяльністю керує інспектор медико-санітарної служби, який безпосередньо підзвітний генеральному інспектору Бундесверу. Інспектор очолює Головний штаб медико-санітарної служби, що організаційно входить до Федерального міністерства оборони.

Головним військово-медичним управлінням і оперативним командуванням медико-санітарної служби підпорядковані інспектор медико-санітарної служби. Головне військово-медичне управління включає медико-

санітарну академію, різні спеціалізовані інститути, навчальний медичний полк, Центральний госпіталь та інші заклади.

Оперативне командування медичної служби Бундесверу об'єднує керівництво мобільними силами медичної служби і чотири регіональні медичні командування. Регіональні медичні командування включають госпіталі, регіональні медичні заклади, медичні та госпітальні полки. Вони відповідають за управління медичним забезпеченням військ на певній території, незалежно від їх підпорядкування. Створення регіональних медичних командувань сприяло чіткій координації між трьома видами Збройних сил та встановленню ефективного взаємозв'язку між військовими та цивільними медичними установами. Це дозволяє оптимально використовувати ресурси медико-санітарної служби як у мирний час, так і у випадку застосування Збройних сил.

Медичні та спеціалізовані медичні центри мають у своєму складі по 20-80 осіб медичного персоналу, який здійснює медичне обслуговування військовослужбовців та забезпечує надання до 90 % медичних послуг межах військового гарнізону.

В системі медичного забезпечення Бундесверу всі військові госпіталі інтегровані в національну систему медицини катастроф. Територію Німеччини розділено на зони, призначені для цивільних лікарень або військових госпіталів. Це дозволяє швидко доставляти поранених військовослужбовців або цивільних осіб до лікувальних закладів з будь-якої точки країни у найкоротші терміни, не перевищуючи 45 хвилин, і реалізовувати принцип "золотої години".

Військові госпіталі та медичні центри тісно взаємодіють з цивільними лікувальними закладами. Вони можуть формувати виїзні бригади різного профілю для надання медичної допомоги як військовослужбовцям, так і цивільному населенню при ліквідації медичних наслідків великих аварій та катастроф.

Дев'ять науково-дослідних інститутів є важливим компонентом військової медицини Бундесверу. Вони працюють у сферах як превентивної, так і клінічної медицини.

Медична служба Бундесверу включає в себе медичні полки, включаючи швидкі та навчальні, які відповідають за навчання медичного персоналу, тестування обладнання та забезпечення медичною допомогою військам як в Німеччині, так і за її межами.

З метою відповідності діючим доктринальним документам НАТО, медичне забезпечення організовано на чотирьох рівнях (Role 1, 2, 3, 4). Role 1 передбачає надання першої та невідкладної медичної допомоги, в той час як Role 2 включає термінові хірургічні втручання та інтенсивну терапію. З метою транспортування поранених хворих використовуються спеціалізовані автомобілі або легкі бронетранспортери.

Медичні підрозділи, що мають можливості Role 2, використовують намети для сортування та тимчасового розміщення поранених, а також пересувні медичні модулі на базі військових автомобілів. Медична допомога на рівні Role 3 надається в польових госпіталях, які виконують післяопераційне спостереження та надають невідкладну хірургічну допомогу. У разі відсутності можливості транспортування до спеціалізованого лікувального закладу проводиться терапевтична і стоматологічна допомога, а також амбулаторне лікування нервово-психічних розладів.

Госпіталі обладнані пересувними контейнерними модулями, які включають передопераційні бокси, палати для попередньої операційної підготовки, бокси інтенсивної терапії, терапевтичні кабінети, стоматологічні амбулаторії, променеву діагностику, стерилізаційні станції та аптеки. Транспортування поранених і хворих від медичних підрозділів Role 2 до польових госпіталів здійснюється спеціалізованими автомобілями або гелікоптерами СН-53 і NH90.

Медична допомога на рівні Role 4 надається виключно в госпіталях Бундесверу на національній території, а в екстрених випадках - у цивільних лікувальних закладах. Евакуація здійснюється переважно за допомогою авіаційного санітарного транспорту (С-160 або А310MRTT MedEvac). Основу польового обладнання медичних підрозділів і госпіталів становлять модулі-

контейнери різного об'єму, які можуть бути транспортовані різними видами транспорту, а також сучасні палатки та комплектне обладнання.

2.3. Особливості та специфіка формування «спроможності» в оборонному секторі

У словнику НАТО спроможності «capabilities» визначені як здатність досягати потрібного ефекту при заданих стандартах та умовах на Основі комбінації засобів і способів, застосовуваних для вирішення набору завдань [80, с. 60-74].

Під методологічними основами огляду спроможностей військ (сил) розуміють систему логічно пов'язаних між собою теоретичних, власне методологічних, правових, методичних та організаційно-технічних складових і процедур для отримання достовірних даних про стан, зміст й основні напрями розвитку спроможностей для підтримання необхідного рівня їх бойової готовності і здатності до виконання визначених їм завдань щодо оборони держави, підвищення рівня оперативної сумісності з підрозділами збройних сил держав-членів НАТО та ЄС і виконання спільних завдань [51, с.18].

Виокремлюють 4 властивості спроможностей: комплексність, універсальність, адаптивність, слабоформалізованість. Комплексність означає, що спроможності мають кілька компонентів (завдання, стандарти, умови, сили і засоби). Кількісна характеристика спроможностей для певної ситуації має відповідати кількості завдань. Універсальність свідчить про те, чи сили і засоби можуть залучатися для виконання різних завдань у різних умовах. Виконання завдань у різних прогнозованих ситуаціях можуть забезпечуватися одним і тим же складом сил і засобів. Адаптивність спроможностей означає здатність до зміни (нарощування, доповнення, поєднання з іншими спроможностями) в умовах зміни самих завдань у наявних ситуаціях або у ході виникнення нових завдань у нових ситуаціях. Слабоформалізованість – неможливість опису спроможностей точно за потрібний математичними методами. Ключовий

показник «необхідний результат» або «потрібний результат» для різних завдань виміряти однозначно неможливо. Тому, разом із кількісними показниками та умовами їх виконання важливе значення має суб'єктивне оцінювання спроможностей військовими фахівцями (експертами) на основі досвіду та практичного застосування військ (сил) під час виконання завдань, на навчаннях, тренуваннях, участі у миротворчих місіях, походах та інших формах [51, с.19-23]

Досвід НАТО показує, що запроваджені в країнах Альянсу підходи до планування на основі спроможностей дали змогу перейти до концепції розвитку сил оборони країн-партнерів за принципом «ефективність на противагу кількості» та функціональну інтеграцію процесів оборонного і бюджетного планування. Кінцевою метою прогнозованих економічних умов комплексних спроможностей сил оборони, достатніх для гарантованого виконання визначених завдань [74, с. 5-9], [56]

НАТО – це історично перша міжнародна міжурядова воєнно-політична організація, яка взяла на себе відповідальність за безпеку країн євроатлантичного геополітичного простору. Організацію Північноатлантичного договору, або інакше кажучи, Альянс було створено 4 квітня 1949 року за активної ініціюючої ролі США. Цей договір було підписано представниками 12 держав: США, Канади, Великобританії, Франції, Бельгії, Нідерландів, Люксембургу, Ісландії, Данії, Норвегії, Португалії та Італії. На сьогодні до Альянсу входить 29 держав [65, с. 33] [65].

Аналізуючи питання медичного забезпечення НАТО, підкреслимо на їх чіткій регламентації. У 1993 році Військовий комітет НАТО опрацював директиву MC 326 «Настанова з медичного забезпечення військ НАТО» («Medical Support Precepts and Guidance for NATO»). Приймаючи до уваги бойовий досвід НАТО, Комітетом начальників медичних служб (Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO) розроблено варіант загальної концепції медичного забезпечення Об'єднаних Збройних Сил НАТО під назвою «Принципи і політика медичного забезпечення військ НАТО» («NATO Medical Support Principles and Policies») та є погодженим з Доктриною логістичного

(матеріально-технічного) забезпечення військ НАТО («NATO Principles and Policies for Logistics»). Зазначений документ відображає оперативні принципи медичного забезпечення та враховує сучасні досягнення медицини; встановлює принципи політику медичного забезпечення НАТО; містить концепцію медичного забезпечення, яка повинна використовуватися при розробці національних доктрин, концепцій, планів, процедур країн-членів. Принципи і політика прийняття оперативного рішення поширюються як на мирний, так і на воєнний час, включаючи миротворчі, гуманітарні операції, місії примушення до миру тощо. Загальну координацію з питань медичного забезпечення військ НАТО покладено на Комітет керівників військово-медичних служб у НАТО (COMEDS), до складу якого увійшли керівники військово-медичних служб країн членів Альянсу. Він консолідує розвиток та координацію Альянсу з військово-медичних питань. Питання медичного забезпечення НАТО розглядаються виключно в форматі національної відповідальності країн-членів [65] [11].

Принцип «колективної відповідальності» спонукає країни-члени НАТО до корпоративного навантаження. Стандартизація, співробітництво та взаємодопомога дозволяє країнам брати участь у розподілі та використанні оперативних можливостей та ресурсів. Це сприяє ефективності та допомагає мінімізувати дублювання зусиль та розгортання зайвих внесків [77].

Найефективніший підхід для об'єднання та обміну медичними ресурсами, забезпечення необхідного реагування, взаємодії та стійкості медичного забезпечення – постійна структурована співпраця між країнами у розробці, навчанні та здійсненні медичних можливостей, спільне планування, надання та закупівлі на регулярній основі.

Окремо варто акцентувати на модульному підході НАТО.

Модульний підхід – це концептуальна ідея для підвищення ефективності та адаптивності медичного забезпечення. Він заснований на об'єднанні та обміні модулями можливостей. Ці модулі можна переставляти, замінювати, комбінувати та замінювати відповідно до потреб місії. Об'єднання та обмін може сприяти більш ефективному використанню обмежених ресурсів. Це може

покращити оперативну гнучкість та адаптованість, але вимагає взаємної довіри та готовності країн надавати або делегувати відповідний координаційний орган.

Модульність може дозволяти постачальниками вносити окремі компоненти можливостей замість цілих об'єктів або підрозділів. Це дозволяє групувати та перегруповувати ці компоненти можливостей відповідно до потреб місії, але вимагає високого ступеня сумісності, загального розуміння та складної формальної рамки угод, застережень.

Принципи модульного підходу до медичного забезпечення:

1. Модульний підхід ґрунтується на модулях можливостей, кожен з яких має стандартні функціональні можливості та вихід.

2. Кожен модуль являє собою функціональну спроможність, яку неможливо розділити, але персонал, навчання, обладнання та запаси від різних постачальників, держав та організацій, військових чи цивільних, можуть бути використані для створення колективної функціональної спроможності.

3. Модулі повинні мати можливість співпрацювати разом з іншими модулями незалежно від їх походження та забезпечувати сумісність з обладнанням та витратами, комунікаційними та інформаційними технологіями, електропостачанням та водопостачанням інших постачальників.

4. Персонал модулів, призначених до медичного відділення, повинен бути здатний ефективно інтегруватися, долати мовні бар'єри та культурні відмінності та працювати з обладнанням та запасами інших модулів чи постачальників.

«Концепція планування на основі спроможностей визнає взаємозалежність сил та засобів, доктрин, організації та підтримки в забезпеченні обороноздатності, а також необхідність вивчення варіантів і компромісів між існуючими та необхідними спроможностями, з огляду на ефективність, ціну та ризику, з тим щоб визначити оптимальні інвестиції в розвиток сил» [49], «Планування на основі спроможностей це системний процес розвитку сил, метою якого вибір найбільш прийнятних рішень щодо виконання державних пріоритетних задач. Відпрацьовані варіанти застосування сил мають відповідати

стратегічним цілям, мінімізувати витрати та відповідати іншим обмеженням» [88].

Спроможність (оперативна, бойова, спеціальна) не здатність структурної одиниці (елемента) збройних сил (сил оборони) або сукупності сил і засобів виконувати певні завдання (забезпечувати реалізацію визначених військових цілей) за певних умов обстановки, ресурсного забезпечення та відповідно до встановлених стандартів [71].

Рекомендації з оборонного планування на основі спроможностей в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України вказують на базові компоненти (складові) спроможностей [71, с. 5]:

- доктринальна база – наявність концепцій, настанов, засад застосування, стандартних операційних процедур та інших керівних документів;
- організація – наявність організаційної структури відповідних сил і засобів, які створюють відповідну спроможність;
- підготовка – наявність системи підготовки відповідних сил і засобів, що створюють певну спроможність, індивідуальна та колективна підготовка особового складу, підготовка штабів і військових формувань;
- ресурсне забезпечення – забезпеченість необхідним озброєнням і військовою технікою, обладнанням, запасами матеріально-технічних засобів і витратних матеріалів, а також фінансовими ресурсами;
- якість управління та освіта – наявність належного рівня професійної підготовки керівного складу всіх ланок, системи військової освіти і науки, яка забезпечує обґрунтований розвиток застосування військ (сил);
- персонал – наявність кваліфікованого та мотивованого особового складу;
- військова інфраструктура наявність об'єктів та окремих споруд, призначених для забезпечення виконання військами (силами) завдань, збройної боротьби, а також для розміщення й забезпечення їхньої життєдіяльності;
- сумісність – доктринальна, оперативна й технічна сумісність сил і засобів спільних дій, складі сил оборони, також багатонаціональних формувань.

Відповідно до Концепції програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України період до 2020 року, основними завданнями та загальними спроможностями медичної служби ЗС України є [46]:

- комплектування військ (сил) здоровим поповненням;
- укомплектування медичних підрозділів військових частин і з'єднань та військово-медичних закладів підготовленим персоналом, забезпечення їх сучасним комплектно-табельним і санітарно-технічним обладнанням модульного типу, а також евакуаційно-транспортними засобами;
- забезпечення особового складу військ (сил) сучасними індивідуальними засобами медичного захисту згідно з нормами постачання;
- організація своєчасного розшуку, вивезення (винесення) поранених з поля бою, а також медичної, у тому числі аеромедичної, евакуації;
- надання своєчасної та якісної медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та військово-медичних стандартів;
- зниження рівня захворюваності військовослужбовців;
- підтримання санітарного благополуччя військ (сил) та районів їх розташування.

Погоджуємося з твердженням науковця І. Руснака, що запровадження в діяльність Міністерства та Збройних Сил України оборонного планування на основі спроможностей дасть змогу значно покращити якість планування, підвищити здатність Збройних Сил України виконання завдань за призначенням, поширити отриманий досвід на інші складові сектору безпеки і оборони. При цьому забезпечуватиметься активна участь України у реалізації Спільної безпекової та оборонної політики Європейського Союзу та співробітництві з НАТО з метою досягнення критеріїв, потрібних для набуття повноправного членства в Альянсі [74, с.5-9].

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ

3.1. Розробка алгоритму оцінювання спроможностей медичної служби на прикладі військової частини

Виходячи з Єдиного переліка (каталогу) спроможностей Міністерства Оборони України, Збройних Сил України та інших складових сил оборони ми маємо наступні базові спроможності прописані під структуру медичного пункту батальйону.

1.01 Спроможність утримувати пацієнтів із стабільним станом та надавати обмежену медичну допомогу пацієнтам, які очікують евакуації з району проведення бойових операцій.

2.01 Спроможність утримувати та доглядати 25 лежачих пацієнтів із стабільним станом, які очікують евакуації з району проведення бойових операцій.

2.02 Спроможність надавати обмежену первинну медичну допомогу.

2.03 Спроможність отримувати якості підсилення додаткові модулі/відділення (у разі потреби).

3.01 Спроможність відстежувати особовий склад, використовуючи стандартизовані інформаційні системи НАТО.

3.02 Спроможність підключення до стандартизованої системи управління медичною інформацією НАТО.

3.03 Спроможність здійснювати тактичне розгортання за холодної або надзвичайно спекотної погоди, а також в умовах мінімальної підготовленості

3.04 Спроможність до розгортання на ТВД щонайменше упродовж трьох днів.

3.05 Спроможність забезпечити необхідний рівень захисту від хімічної, біологічної, радіологічної ядерної зброї відповідно до стандартів Стратегічного командування НАТО 3 операцій.

3.06 Спроможність забезпечувати належний рівень підготовки особового складу щодо поводження з саморобними вибуховими пристроями відповідно до STANAG 2294 АСПЕДР-ОІ «Протидія саморобним вибуховим пристроям (СВІ) Вимоги до підготовки».

Для досягнення сумісності організаційної структури медичних підрозділів, процедурної сумісності системи медичного забезпечення та процедури оцінювання спроможностей медичних підрозділів запропоновано наступні модулі:

Для медичного підрозділу зі спроможністю Роль І (Медичний пункт батальйону):

Основні модулі:

1. Командування, контроль, комунікації та інформація;
2. Екстрена медична допомога;
3. Логістичне забезпечення;
4. Медичне забезпечення розгорнутих сил;
5. Медична евакуація.

Додаткові модулі відповідно до завдань можуть містити:

1. Психологічна підтримка;
2. Екстрена стоматологія;
3. Базові лабораторні дослідження.

У лютому 2019 році Україна конституційно задекларувала свій намір стати повноправним членом в Організації Північноатлантичного договору (НАТО).

Основним керуючим принципом серед військ країн НАТО є «взаємосумісність» (з англ. «interoperability»), що передбачає єдину доктринальну, операційну, тактичну та військову мову та означає однакову систему вимог до військової техніки, пального, боєприпасів та оснащення для всіх рівнів – солдат, взвод, рота, батальйон.

Оцінка боєзданості, мобілізаційної готовності та визначення спроможності виконувати завдання за призначенням відбувається за наступними критеріями:

- 1) «персонал» – рівень укомплектованості особовим складом, його якісна характеристика, а також морально-психологічний стан;
- 2) «озброєння» – рівень забезпеченості технічно справними штатними основними зразками озброєння та військової техніки (з урахуванням Переліків допустимої тимчасової заміни);
- 3) «запаси» – рівень забезпеченості справними (придатними до використання) матеріально-технічними засобами;
- 4) «навченість» (злагодженість) – визначення рівня злагодженості органу військового управління, військових частин (підрозділів), які оцінюються за стандартами колективної підготовки.

Аналізуючи чотири показники спроможності на прикладі МПБ, відзначимо, що не всі вони є релевантними оскільки не повній мірі відповідають принципу «практичності». Так, озброєння регламентується табелем до штату, запаси на мирний час діють згідно норм постачання відповідно до Наказу Міністерства оборони України від 01 червня 2017 р. № 688 «Про затвердження Порядку постачання медичного майна Збройним Силам України в мирний час» [47].

Оцінка за показником «Озброєння» визначається як середньоарифметичне значення відсотків забезпеченості підрозділу окремими групами (видами) озброєння і військової техніки (далі – ОВТ).

Рівень забезпеченості окремої групи (виду) зразків ОВТ визначається як співвідношення чисельності технічно справних зразків до штатно-табельної потреби.

Оцінка за показником «Запаси» визначається як середнє арифметичне відсотків забезпеченості військової частини (підрозділу) справними значення (придатними до використання) матеріально-технічними засобами.

Оцінювання навченості проводиться під час перевірки злагодженості у ході проведення командно-штабних (тактичних, тактико спеціальних,

спеціальних, льотних, корабельних) навчань за стандартами (завданнями) підготовки.

Таким чином, оцінка за цими трьома показниками ґрунтується на факті наявності озброєння, запасів або умінь та навичок, тобто у повній мірі дозволяє виконати завдання процедури оцінювання, а саме:

- отримання об'єктивної інформації щодо визначення рівня набутих спроможностей об'єкту оцінювання;
- визначення проблемних питань підготовки (забезпечення) об'єкту оцінювання та надання детальних рекомендацій щодо усунення виявлених проблем.

Оцінка за показником «Персонал» визначається за результатами оцінювання загального рівня укомплектованості особовим складом військової організаційної структури (підрозділу військової частини), окремо укомплектованості посад офіцерського складу та посад, які визначають боєздатність, наявності укомплектованих екіпажів (розрахунків) та МПС особового складу військової організаційної структури (підрозділу військової частини).

Загальний рівень укомплектованості особовим складом військової організаційної структури (підрозділу військової частини), рівень укомплектованості посад офіцерського складу та посад, які визначають боєздатність військової організаційної структури (підрозділу військової частини), визначається як співвідношення чисельності особового складу, який призначений на посади, до чисельності особового складу, передбаченої штатом.

Укомплектованість посад офіцерського складу військової організаційної структури (підрозділу військової частини) визначається з урахуванням інших категорій особового складу, призначених на ці посади,

Укомплектованість посад, які визначають, боєздатність військової організаційної структури (підрозділу військової частини) визначається без урахування посад офіцерського складу. Перелік посад (посадових кваліфікацій)

рядового, сержантського і старшинського складу, які визначають боєздатність військових частин, кораблів, підрозділів, визначається ГШ ЗС України.

Наявність укомплектованих екіпажів (розрахунків) військової організаційної структури (підрозділу військової частини) визначається як співвідношення наявної кількості укомплектованих екіпажів (розрахунків) до кількості екіпажів (розрахунків) головної групи (виду) озброєння, військової техніки, передбаченої діючим штатом.

Перелік посад (посадових кваліфікацій) сержантів, старшин, солдатів матросів, які визначають боєздатність військових частин, підрозділів, затверджено наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 08.05.2019 № 169.

Морально-психологічний стан особового складу оцінюється відповідно до Інструкції з оцінювання морально-психологічного стану особового складу Збройних Сил України, затвердженої наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 29.04.2017 № 153.

Такі критерії укомплектованості за чисельністю та посадовими кваліфікаціями не можуть у повній мірі охарактеризувати здатність складових сил оборони (медичного забезпечення) виконувати покладені на них завдання щодо оборони держави і відбиття збройної агресії проти України (надання якісних медичних послуг) та продемонструвати сумісність із персоналом НАТО.

Важливо підкреслити, що персонал модулів, призначених до медичного відділення, повинен бути здатним ефективно інтегруватися, долати мовні бар'єри та культурні відмінності, працювати обладнанням та запасами інших модулів чи постачальників.

Отже, до підрозділів медичної служби висуваються вимоги щодо підтримання стану здоров'я особового складу на високому рівні під час набуття спроможностей; збереження життя та швидкого відновлення здоров'я поранених та хворих, повернення до строю під час та після ведення бойових дій (застосування в інших сценаріях).

Таким чином постає питання щодо визначення факторів які впливають на спроможності медичної служби. Низькі знання і практичні навички з тактичної медицини у військовослужбовців та санітарних інструкторів основних підрозділів військових частин позначаються на якості її надання.

Так оцінка якості надання першої медичної допомоги на полі бою, що проведена у роботі «Наукове обґрунтування стандартизації медичного забезпечення збройних сил України в умовах антитерористичної операції», засвідчує що основна частина першої медичної допомоги була проведена військовими лікарями загальної практики, хірургічного і терапевтичного профілів, при надходженні поранених на відповідні ЕМЕ, тобто критичний час надання першої допомоги був втрачений.

Тобто навіть при наявності персоналу, техніки, запасів та навченості не буде в повній мірі відобразитися якість, яка впливає на виконання спроможності.

Для кожної вимоги визначаються критерії та необхідні показники або оптимальний їх діапазон. Оскільки, розвиток спроможностей здійснюється за їх елементами – DOTMLPF-I, то оцінювання спроможностей медичних підрозділів має бути засновано на оцінюванні цих елементів та визначенні ризиків за цими напрямками. Критерії пропонуємо розділити у відповідності до компонентів спроможностей DOTMLP [61, 62, 63] (табл.3.1).

Окремі складові вимог DOTMLPF не можна розглядати ізольовано, оскільки кожна складова має конкретний потенціал впливу на інші. Наприклад, зміна інформації щодо матеріальної бази може вимагати змін у доктрині, навчанні і організації. Подібне дослідження дозволяє отримати множину потенціальних рішень, щоб зрозуміти і покращити кожну специфічну особливість. Окрім того, детальне дослідження окремих складових дозволяє більш чітко сформулювати експертне рішення та оцінити реалізацію спроможності за конкретним напрямом.

Значення визначення спроможності за DOTMLP

Літера/Термін	Переклад	Визначення
D – doctrine	Доктрина	Принципи досягнення цілей. Утримують нормативні документи, якими користується підприємство для досягнення цілей.
O – organization	Організація	Організаційна структура системи, зв'язки та повноваження.
T – training	Навчання	Навчання персоналу, підвищення кваліфікації, тренінги та ін.
M – material	Матеріально-ресурсна база	Всі матеріальні ресурси системи, їх стан та ступінь використання, окрім нерухомого майна.
L – leadership	Лідерство керівництва	Здатність керівництва впливати на персонал з метою чіткого забезпечення виконання рішень.
P – personnel	Персонал	Співробітники, які забезпечують функціонування системи.

Показники можуть бути як кількісними так і якісними. Кількісні показники отримують розрахунками (напр. санітарні втрати). Якісні показники вираховують відповідно до вимог затверджених методів їх визначення (вмотивованість особового складу медичного підрозділу до виконання завдань за призначенням; лідерські якості використанням командира підрозділу у абсолютних числах з використанням бальної оцінки).

Оскільки показниках спроможності є багатокритеріальними, зведення різних показників, які характеризують окремі критерії об'єкта до узагальненого показника (нормування), надає змогу зіставити властивості спроможностей які мають різні одиниці виміру (для визначення та розвитку оптимального варіанту). Це також дозволить отримати кількісну оцінку спроможності медичного підрозділу та визначити ступінь наближення спроможності медичного підрозділу до необхідного рівня.

Реалізація спроможностей військ розглядається як можливість успішно вести операції (бойові та спеціальні дії) за визначених умов обстановки, та

визначається ступенем підготовленості військ (сил) до застосування відповідно до функціонального призначення. Вона визначається такими основними факторами: відповідність бойового складу військ (сил) визначеним бойовим завданням; відповідність організаційно-штатної структури та технічної оснащеності військ, характеру сучасних збройних конфліктів та їх оперативному (бойовому призначенню); повнота та якість укомплектування особовим складом та його рівень морально-психологічних якостей; забезпеченість озброєнням, військовою технікою та іншими матеріальними засобами; рівень злагодженості підрозділів; організація управління військами (силами); лідерські якості керівного складу [60].

Ми пропонуємо включити додатковий критерій оцінювання під назвою «компетентність» (Ст). На відміну від поняття «кваліфікація», компетентність враховує не лише професійні знання та навички, а також такі аспекти, як ініціативність, спроможність до співпраці, працездатність у групі, оцінювання ситуацій, логічне мислення, здатність до відбору та аналізу інформації. Іншими словами, формування компетентної особистості не залежить лише від освіти, але і від знань та практичного досвіду.

Компетентність є синтетичним поняттям, яке поєднує певний комплекс знань, умінь і ставлень, таких як:

- здатність приймати рішення у стані невизначеності;
- здатність до пристосування у різних ситуаціях;
- розуміння й уміння використовувати технології;
- мати комплекс індивідуальних і соціальних цінностей й

орієнтуватися на них [37].

Для проведення оцінювання пропонуємо використовувати метод експертної оцінки.

Сутність експертної оцінки (експертизи) полягає в отриманні узагальненої інформації шляхом оцінювання відповідних критеріїв групою відібраних експертів з числа військовослужбовців військової частини (підрозділу), в якій проводиться оцінка.

Необхідною умовою ефективного застосування методу експертної оцінки (експертизи) Ст особового складу є достатня обізнаність експертів з досліджуваної проблеми (офіцери медичної служби, фельдшера з досвідом роботи більше 10 років). Експертна оцінка (експертиза) Ст особового складу проводиться за кількісними показниками відповідно до критеріїв базових компонентів Ст (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Критерії базових компонентів компетентності

Критерії досвіду перебування на займаній посаді, R				
Вислуга років	0-1	1-3	3-5	Понад 5
Бали	0-3	4-6	7-9	10
Критерії підвищення кваліфікації військовослужбовця медичної служби - K				
Проходження курсів підвищення кваліфікації	Понад 5 р. або відсутнє	Протягом останніх 5 р.	Протягом останніх 3 р.	Протягом останнього року
Бали	0-3	4-6	7-9	10
Критерії підвищення кваліфікації медичного працівника - KM				
Проходження курсів підвищення кваліфікації, в тому числі участь у конференціях, семінарах тощо	Понад 5 р. або відсутнє	Протягом останніх 5 р.	Протягом останніх 3 р.	Протягом останнього року
Бали	0-3	4-6	7-9	10
Критерії виконання індивідуальної підготовки затвердженої планом бойової підготовки протягом навчального року - S				
Критерії оцінки	Незадовільно	Задовільно	Добре	Відмінно
Бали	0	4	7	10
Критерії наявності бойового досвіду - E				
Кількість ротацій	Відсутній досвід	Одна ротація	Дві ротації	Більше двох
Бали	0	4	7	10

Під час експертної оцінки (експертизи) і експрес-опитування особового складу щодо визначення рівня Ст показники його критеріїв розраховують як середньоарифметичне суми балів, які виставив експерт (або опитуваний

військовослужбовець) від 0 до 10, за умови, що 0 – найнижча оцінка (рівень), 10 – найвища оцінка (рівень).

Кількісним виразом рівня сформованості МПС особового складу військової частини (підрозділу) є показник, отриманий за формулою:

$$C_t = k \sum \frac{(R+K+KM+S+E)}{5}$$

Визначення узагальненого рівня сформованості C_t особового складу здійснюється таблицею (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Рівень компетентностей особового складу [98]

Висновки з оцінки компетентностей		Рівень сформованості	Коефіцієнт	Межі оцінок
Рівень компетентності сприяє виконанню завдань за призначенням.	Особовий склад військової частини (підрозділу) здатний виконувати завдання за призначенням.	Оптимальний	0,85-1	8,5-10
		Задовільний	0,7-0,84	7-8,49
Рівень компетентності особового складу військової частини (підрозділу) не сприяє виконанню завдань за призначенням.	Особовий склад військової частини (підрозділу) нездатний виконувати завдання за призначенням.	Критичний	0,5-0,69	5-6,9
		Незадовільний	0,1-0,49	1-4,9

Таким чином, за результатами оцінювання C_t особового складу розкривається: сильні та слабкі сторони C_t особового складу; заходи, які необхідно провести негайно метою покращення рівня компетентностей особового складу; проблемні питання та шляхи їх вирішення; пропозиції до управлінських рішень керівництва.

3.2. Аналіз рівня готовності підрозділу за даними соціологічного анкетування

Дана методика анкетування була запропонована колективом авторів [79]. За нею був здійснений аналіз у трьох частинах Оперативного Командування Північ, де досліджувалися спроможності медичних пунктів механізованого, танкового батальйонів та полку зв'язку.

Оскільки дослідження проводилося на прикладі «малих колективів», де кожен учасник підрозділу має в повній мірі володіти необхідною інформацією та бути взаємозамінним згідно наявного рівня знань та вмінь - анкетування здійснювалося за участі усіх військовослужбовців підрозділу

Достовірність одержаних результатів ґрунтується на репрезентативності вибірки первинних даних та застосуванні комплексу адекватних методів дослідження.

Комплексні дослідження були проведені у медичних підрозділах на базі окремої танкової бригади, окремого танкового батальйону та окремого полку зв'язку.

Дослідження охопило $69,4 \pm 2,5\%$ всіх військових лікарів, $74,7 \pm 3,3$ всіх медичних працівників та $0,78 \pm 0,03\%$ всіх військовослужбовців ЗС України, які входять до складу типової танкової (механізованої) бригади ЗСУ.

Під час проведення першого етапу соціологічного дослідження, всього було розповсюджено 500 анкет. Після повернення анкет респондентами, з дослідження були виключені незаповнені анкети та анкети, заповнені менш ніж на 50%. Для проведення соціологічного дослідження по медичній службі було відібрано загалом 90 анкет, які були заповнені та повернуті респондентами. Загальна характеристика вибіркової сукупності представлена в табл. 3.4.

Загальна характеристика вибіркової сукупності

Контингент	Відібрано анкет для обробки	
	абс.	p±m,%
Лікарі	11	12,2±1,65
Молодший медичний персонал	62	68,8±1,43
Військовослужбовці	17	19±1,84
Всього	90	100

Розподіл респондентів за статтю представлений у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Розподіл респондентів за статтю

Стать	Загальна вибірка		Лікарі		Молодший медичний персонал		Військовослужбовці	
	абс.	p±m,%	абс.	p±m,%	абс.	p±m,%	абс.	p±m,%
Чоловіки	41	45,5±0,9	9	81,8±2,2	18	29±0,4	14	82,3±0,3
Жінки	49	54,5±0,9	2	18,2±2,2	44	71±0,4	3	17,6±0,3
Всього	90	100,0	11	100,0	62	100,0	17	100,0

Розподіл респондентів на однорідні сегменти проводився за наступними критеріями: вік, стать, військове звання, стаж служби (число повних років), категорія військовослужбовця, кваліфікаційна категорія (для лікарів), посада (для лікарів) профіль спеціальності (для лікарів) освіта (для санітарних інструкторів та військовослужбовців), участь у бойових діях. Вплив кожного чинника було проаналізовано як у загальній вибірці, так і для окремих сегментів респондентів.

Розподіл респондентів за категоріями представлений у таблиці 3.6.

Розподіл респондентів за категоріями, (р±m,%).

	Лікарі	Молодший медичний персонал	Військовослужбовці
За стажем військової служби			
0-1	18±3,3	41,2±0,3	41,7±0,3
1-3	27±10,7	12,8±0,2	35,3±0,3
3-5	18±2,6	12,8±0,3	11,8±0,3
5-10	37±3,2	33,2±0,6	11,8±0,3
11 і більше	0	0	0
За категорією військової служби			
Строкової служби	0	0	0
Мобілізовані (контракт до закінчення особливого періоду)	9,9±0,3	0	0
За контрактом	90,1±0,3	100	100

Отримані дані анкетування були формалізовані та введені в електронну базу даних, яка була спеціально розроблена на основі програмного пакету Access MS з послідуочим проведенням аналітичної та математичної обробки.

Для встановлення рівня узгодженості відповідей респондентів було використано ранговий дисперсійний аналіз (ANOVA Фрідмана), в результаті якого розраховувались показники χ^2 , коефіцієнт конкордації Кендалла – τ , а також усереднене значення рангової кореляції – γ , що було проведено з використанням статистичного пакету STATISTICA 8.0. Коефіцієнт кореляції (коефіцієнт конкордації) Кендалла визначається за формулою:

$$\tau = \frac{12D}{m^2[n^3-n]} \quad (1)$$

де D – сума рангів розраховується за формулою (2);

n – кількість об'єктів ознаки, що ранжуються (число респондентів);

m – кількість порядкових змінних, що аналізуються.

$$D = \sum_{i=1}^n r_{ij}^2 - \frac{[\sum_{i=1}^n r_{ij}]^2}{n} \quad (2)$$

де r_{ij} – розставлені ранги суджень групи експертів;

n – число об'єктів (число експертів).

Розподіл лікарів

За кваліфікаційною категорією	
Відсутня	9,9±0,4
Перша	9,9±0,4
Друга	81,2±0,9
Вища	0
За посадою	
Лікар-ординатор	9,9±0,5
Начальник медичного пункту	54,5±1,4
Начальник медичної служби	19,8±0,5
Начальник відділення	9,9±0,5
За спеціальністю	
Лікарі хірургічного профілю	19,8±0,5
Лікарі загальної практики – сімейної медицини	19,8±0,5
Лікарі терапевтичного профілю	9,9±0,5
Лікарі стоматологічного профілю	9,9±0,5
Лікарі ветеринарної медицини	19,8±0,5
Розподіл респондентів за освітою	
Загальна середня	35,7±3,3
Професійно-технічна	3,3±0,2
Незакінчена вища	48,8±2,98
Вища	12,2±2,1
Участь у бойових діях	
Лікарі (НМС, НМП)	72,7±1,3
Молодший медичний персонал	82,4±2,1
Військовослужбовці	78,6±1,3

Значення коефіцієнтів конкордації обмежені відрізком [0;1]. Збільшення коефіцієнта від 0 до 1 вказує на значну узгодженість суджень.

Для пошуку наявності значимої різниці оцінок різних підгруп респондентів (за гендерною ознакою, віком, військовим званням тощо) використано непараметричний метод статистичного аналізу за критерієм U-Манна-Уїтні:

$$U = n_1 + n_2 \frac{n_x(n_x+1)}{2} - T_x,$$

де T_x – найбільша сума рангів;

n_x – найбільша за об'ємом вибірок n_1 і n_2 .

Наступним кроком даного етапу вивчено стан укомплектованості особовим складом (медичним і немедичним персоналом) і забезпеченості засобами медичного призначення військової ланки ЗС України в зоні проведення АТО. На основі отриманих даних була проведена оцінка реальних спроможностей організації заходів якісної МД на догоспітальному етапі.

Дані про укомплектованість медичним персоналом, забезпеченість різними ресурсами була реальною і при дослідженнях вводилась дослідниками.

На цьому ж етапі дослідження проаналізовано стан обізнаності НМС, лікарів, фельдшерів (санінструкторів) та водіїв медичних пунктів батальйонів військових частин за стандартною анкетною за знання ТССС.

Даний етап дослідження включав кроки, що вказані при попередньому соціологічному дослідженні.

Анкета була розрахована на самостійне читання і самостійне заповнення респондентом.

Вік респондентів складав від 21 до 57 років і в середньому становив $30,7 \pm 6$ роки. Серед них чоловіків було $45,5 \pm 0,9$ %, жінок = $54,5 \pm 0,7$ %. З опитаних респондентів $38,8 \pm 0,5$ мали стаж служби ЗСУ до 1 року, $18,9 \pm 1,5$ %- від 1 до 3 років, $14,4 \pm 0,6$ % -3 до 5 років і $20 \pm 0,4$ % від 5 до 10 років. Жодного опитуваного з вислугою більше 10 років не було виявлено. За лікарськими кваліфікаційними категоріями розподіл виявився вища 0%, перша- $9,9 \pm 0,4$ %, друга - $81,2 \pm 0,9$ %,

Узагальнені результати попередніх двох етапів дозволили на третьому етапі роботи науково обґрунтувати основні положення, перелік заходів, оснащення, критерії ефективності та індикатори якості підготовки військовослужбовців та санітарних інструкторів для якісного надання МД в умовах збройного конфлікту.

Для обґрунтування логістичної складової на даному етапі роботи було проаналізовано імовірну величину та структуру БСВт механізованої роти механізованої бригади за добу.

Для визначення величини та структури БСВТ було використано Ace Directive 85-8 «Ace medical support principles. Policies and planning parameters» [90, 100]

Так за ACE Directive 85-8 KACE Medical Support Principles, Policies, and Planning Parameters» розрахункова структура санітарних втрат за одну добу буде складати: 17% загиблі; 80 полонені; поранені бою 58%; 17% – гострим психічним розладом. Структура втрат буде зберігатися для всіх рівнів військ від батальйону до Армії, але величина втрат буде різна. Так, для батальйону вона складатиме 24,6% бойових втрат та додатково 1,35% припадає на захворювання терапевтичного профілю та 0,05% небойові травми.

Виходячи із запланованих втрат визначається потреба та час евакуації, тобто спроможність щодо передової евакуації, розрахунку кількості часу на одну евакуацію та потрібна кількість евакуацій, щоб виконати спроможність щодо утримання хворих та подальшої евакуації хворих на етап.

Розрахунок необхідного транспорту $U=N*t/T*p$, де U – кількість необхідного медичному підрозділу транспорту; N – кількість постраждалих; t – тривалість руху однієї петлі; T – тривалість операції; p – кількість місць в санітарному транспорті.

Останнім блоком була оцінка лідерських якостей НМС (НМБ) згідно з Інструкцією з оцінювання рівня авторитету і лідерства командирів (начальників) у Збройних Силах України. Під час експертної оцінки рівень авторитету і лідерства визначається як середнє арифметичне суми балів, які виставив експерт від 0 до 5, за умови, що 0 – найнижча оцінка (рівень), 5 – найвища оцінка (рівень).

Для встановлення рівня узгодженості відповідей респондентів було використано ранговий дисперсійний аналіз (ANOVA Фрідмана), в результаті якого розраховувались показники χ^2 , коефіцієнт конкордації Кендалла – τ , а також усереднене значення рангової кореляції – γ , що було проведено з використанням статистичного пакету STATISTICA 8.0.

За допомогою методу експертних оцінок проведено оцінку ефективності впровадження методики оцінювання.

3.3. Рекомендації щодо удосконалення роботи та спроможностей медичної служби підрозділів тактичного рівня на прикладі МПБ

Військова медицина відрізняється від цивільної типами травм або ран, зовнішніми умовами, можливістю надавати допомогу постраждалим та часом, який необхідний для евакуації постраждалих (інколи він набагато довший в умовах бою), готовністю та наявністю справної техніки для проведення евакуації, тому якщо ми говоримо про удосконалення роботи та спроможності, досить актуальним питанням є підготовка підрозділу до виконання цих завдань. Тому окрім повсякденної медичної діяльності, гострим стає питання про підвищення рівня бойової підготовки підрозділу.

Бойову підготовку з особовим складом кадру необхідно проводити протягом циклу навчання за трьома періодами підготовки: базовим, інтенсивним підтримуючим, з метою досягнення ними бойових спроможностей щодо виконання завдань за призначенням. Проведення занять навчання під час бойового злагодження пропонується здійснювати за стандартами підготовки (індивідуальної, колективної). У зазначених стандартах підготовки висвітлена, як теоретична частина зазначених питань, так і порядок відпрацювання практичних завдань (нормативів).

Окреме питання стоїть відносно комплектації підрозділів, оскільки маючи некомплект в більшості випадків на посади призначаються військовослужбовці за суміжними ВОС. Тому питання індивідуальної підготовки виноситься на окреме місце. Досить часто вона проходить досить формально, тому постає питання щодо направлення військовослужбовців до навчальних центрів ЗСУ не лише планово, але й по мірі необхідності кожного окремого підрозділу.

Виходячи із зазначеного пропоную не прив'язувати Програму бойового злагодження до певної кількості годин за тим чи іншим предметом, а надати можливість начальнику медичної служби сумісно із штабом військової частини визначати самим тривалість відпрацювання тем за предметами навчання у

залежності від укомплектованості, забезпеченості підрозділу та рівня навченості особового складу.

На нашу думку, саме питання лідерських якостей начальника медичного підрозділу великій мірі вирішує наскільки адекватно буде оцінена спроможність підрозділу до виконання задач за призначенням, наскільки підготовленим буде його колектив та за якою ресурсною базою вони зможуть користуватися.

Досить велике питання постає щодо навченості особового складу стандарту надання допомоги ТССС.

Протоколи допомоги ТССС на відміну від цивільної медицини мають алгоритм MARCH (Massive Hemorrhage-Airways-Respiration-Circulation-Hypothermia), однак його зміст не відрізняється від загально визнаного С-А-В-С. Цей протокол є дороговказом для медичного персоналу та для військових, які пройшли необхідну медичну підготовку.

Важливо усвідомлювати, що борець не є професійним медиком і його першочергове завдання полягає у веденні бою, тому для бійців був створений курс першої невідкладної допомоги, що має назву CLS або курс бійця-рятувальника. Це адаптований курс для всіх військових спеціальностей, який базується на протоколах та рекомендаціях ТССС.

Перш за все він враховує те, що борець не має медичних знань або навичок достатніх для проведення складних медичних процедур. Він обмежений у кількості медичного обладнання доступного на полі бою, а час від моменту поранення бійця до передачі його професійному медичному персоналу так само може тривати від декількох хвилин до багатьох годин. Цей курс так само є міжнародно визнаним та вперше був запроваджений американською армією для тих, хто потребує допомоги в зоні вогню противника

Курс також поділений на три етапи надання невідкладної допомоги:

Допомога під вогнем. Враховує, що основні завдання воїна - вести бій та не допускати додаткових жертв, вести вогонь у відповідь та укриватися від ворожого вогню, зупинити критичну кровотечу.

Тактична медична допомога. Курс базується на простих діях по забезпеченню життєво важливих функцій організму: зупинка критичної кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, перевірка дихання та огляд грудної клітки, забезпечення рівномірного кровообігу та не включає в себе медичних дій, які потребують спеціальних навичок та знань. Він включає в себе як тактичні елементи, так і надання першої допомоги. Однак ця допомога базується на наявності того обладнання, яке буде доступне військовому в його аптечці ІФАК

Допомога під час евакуації. Включає запобігання гіпотермії, постійне спостереження за пораненим, документування та виклик допомоги.

Окрім медичних навичок курс передбачає практичне відпрацювання тактичної складової з наголосом на специфіку військового підрозділу, а також приділяє більше уваги допомозі під вогнем. Варто підкреслити, що курс розроблений з ідеєю того, що кожен борець може і повинен вміти надавати першу допомогу та бути сполучною ланкою між постраждалим та професійним медиком і в тому числі допомагати військовому медику У разі, якщо борець не має першочергових військових задач. Оскільки на даний момент проходження курсів ТССС не обов'язковим для кожного бійця, а рівень його знань в тактичній медицині прямо залежить від програми індивідуальної та колективної підготовки підрозділу досить актуальним створення мобільних груп інструкторів, які будуть проводити заняття в залежності потреби кожного підрозділу.

Призначення на посади повинно відбуватися лише після проходження кандидатом навчального центру ЗСУ, навіть якщо його цивільна за якісними показниками навичок вища за пропоновану. Призначення на посаду, яка передбачає наявність особового складу здійснювати лише через проходження курсів лідерства.

Отже, зміцнення обороноздатності і безпеки держави вимагає системного підвищення боєготовності і боєздатності Збройних Сил України та інших військових формувань, зокрема сил оборони. Одним із ключових аспектів цього завдання є створення єдиного медичного простору, спрямованого на оптимізацію медичного забезпечення військ.

ВИСНОВКИ

В роботі узагальнено теоретичні засади удосконалення роботи медичної служби військової частини, проведено комплексний аналіз, показано сучасний стан та особливості роботи, визначено роль і місце медичної служби в загальнодержавній системі надання медичної допомоги у воєнний час, розроблено практичні рекомендації щодо удосконалення роботи медичної служби військової частини.

Дослідженням встановлено відсутність комплексу елементів оцінювання спроможностей медичної служби підрозділів, що обумовило необхідність наукового обґрунтування алгоритму оцінювання спроможностей медичної служби підрозділів тактичного рівня Сухопутних військ Збройних Сил України, що довело його ефективність. Одержані в процесі дослідження результати уможливили формування основних висновків й розроблення відповідних рекомендацій.

1. Доведено, що медична служба як функціональний елемент у Збройних Силах України здійснює дуже вагомий вклад в забезпеченні бойової потужності, високої боєздатності та функціональної надійності війська, оскільки проводить постійне піклування про життя та здоров'я особового складу. Здійснюючи медичне забезпечення військовослужбовців, членів їх сімей, особовий склад медичної служби керується у своїй роботі засадами охорони здоров'я громадян, викладеними в Конституції України, законодавчих актах України про охорону здоров'я, наказах та директивах Міністра оборони України, наказах Міністра охорони здоров'я України, наказах Командування Медичних сил Збройних Сил України.

2. Визначено, що з перших років досвіду застосування Збройних Сил України в відсічі збройній агресії Російської Федерації проти України (АТО/ООС) було виявлено певну кількість недоліків у медичному забезпеченні, які стали очевидними через особливості сучасної гібридної війни та особливості

тактичних операцій. Тому дана система надання медичної допомоги потребувала оновлення та своєчасного реагування на нові виклики в умовах воєнного стану.

3. Проаналізовано основні завдання медичної служби Збройних Сил України під час воєнного конфлікту, які полягають у забезпеченні боєздатності та боєготовності військ шляхом збереження, зміцнення та відновлення здоров'я особового складу. Підкреслено, що виконання завдань включають в себе розв'язання ряду конкретних задач, які можуть змінюватись в залежності від різних факторів, таких як розвиток збройних сил, суспільно-політична ситуація в країні, економічний стан, військові та медичні технології. Адже, умови сучасних бойових дій характеризуються високою динамікою, маневреністю та напруженістю. Важливим викликом для медичної служби є можливість масових санітарних втрат як у передових лініях, так і в тилу. Військовий час також може призводити до погіршення санітарно-епідемічного стану населення та військ, що може викликати епідемічні спалахи різних інфекцій.

4. Розкрито особливості зарубіжного досвіду забезпечення медичної служби на прикладі країн-членів НАТО та можливостей його використання в умовах воєнного стану країни. Освітлено та ретельно розглянуто рівень обізнаності особового складу Збройних Сил України, включаючи медичний і немедичний персонал, у справах надання якісної медичної допомоги пораненим і хворим відповідно до стандартів тактичної медицини в умовах бойових дій (ТССС).

5. Обґрунтовано проведення оцінки рівня набутих спроможностей проводити на чотирьох рівнях: Рівень 1 (Індивідуальний рівень оцінювання), Рівень II (Модульний рівень), Рівень III (Рівень підрозділу), Рівень IV (Система медичного забезпечення в цілому) за базовими компонентами DOTML.PFI.

Для досягнення сумісності організаційної структури медичних підрозділів, процедурної сумісності системи медичного забезпечення та процедури оцінювання спроможностей медичних підрозділів, що виконують Роль 1 (медичний пункт батальйону) запропоновано наступні модулі: Командування, контроль, комунікації та інформація; Екстрена медична допомога; Забезпечення;

Медичне забезпечення розгорнутих сил; Медична евакуація. У разі необхідності до основних (базових) модулів можуть додаватися додаткові модулі відповідно до завдань.

Для перевірки спроможностей медичного підрозділу тактичного рівня запропонований наступний склад групи експертів: головний експерт (1 особа), виконавець (1 особа), члени групи медичних експертів (5 осіб) та експертів немедичних питань (2-3 особи за необхідності), спостерігач (1 особа). Розроблені завдання групи експертів та об'єкту оцінювання, обов'язки посадових осіб.

б. Доведено, що запропонований алгоритм оцінювання медичних підрозділів військових частин тактичного рівня Збройних Сил України дозволить забезпечити високу якість оцінювання медичних підрозділів військових частин тактичного рівня Збройних Сил України, запропоновано заходи по удосконаленню роботи медичної служби за рахунок ефективного та раціонального використання ресурсів (фінансові, матеріально-технічні, кадрові тощо) та підвищення рівня підготовки особового складу медичних підрозділів тактичного рівня Збройних Сил України для набуття необхідних спроможностей.

Основні наукові результати дослідження дають підстави запропонувати окремі пропозиції щодо удосконалення роботи медичної служби військової частини, а саме:

- удосконалити розроблені програми підготовки та перепідготовки лікарів (особи з числа офіцерського складу), середнього медичного персоналу (солдатський та сержантський склад) з урахуванням протоколів та міжнародних договорів (STANAG) НАТО,
- проводити відбір кандидатів на посаду з урахуванням рівня їх професійної компетентності,
- проводити ротації особового складу медичної служби у місця надання медичної допомоги на рівні Role 2 для набуття бойового досвіду та кращого розуміння бойової патології та методики надання медичної допомоги при бойових травмах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз роботи медичної служби щодо пріоритетних напрямків розробки та впровадження стандартів медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період / М.І. Бадюк, А.В. Швець, О.О. Микита [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. пр. – К.: УВМА, 2016. – Випуск №45. – С. 9 – 16.
2. Антитерористична операція: уроки медичного забезпечення / В. О. Жаховський, В. Г. Лівіський, М. В. Кудренко, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації (науково-практичний журнал) – К., 2015. – Вип. № 3 (Спецвипуск). – С. 31– 35.
3. Бадюк М. І. Про вдосконалення системи медичного забезпечення військ у збройному конфлікті. – URL: [http://www.health.gov.ua/www.nsf/16a436f1b0cca21ec22571b300253d46/15c140dd326495adc225810c00676a4d/\\$FILE/_ionm0bp85sg2ue1f0onggbp85ss2uulf5nrpb85tk2uq1fv_.pdf](http://www.health.gov.ua/www.nsf/16a436f1b0cca21ec22571b300253d46/15c140dd326495adc225810c00676a4d/$FILE/_ionm0bp85sg2ue1f0onggbp85ss2uulf5nrpb85tk2uq1fv_.pdf)
4. Бадюк М.І. Аналіз існуючого парку броньованих медичних машин провідних країн світу в контексті реалій сучасного реформування Збройних Сил України / М.І. Бадюк, А.М. Губар, Д.В. Ковида та ін. // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. пр. – Випуск № 42. – К.: УВМА, 2014. – С. 9–17.
5. Бадюк М.І. Дослідження факторів, що впливають на рівень санітарних втрат особового складу військ в умовах збройних конфліктів / М.І. Бадюк, С.О. Литвинко, О.О. Микита, А.М. Губар // Науковий журнал «Молодий вчений», Випуск №8 (84) – серпень 2020. – С. 52– 56.
6. Бадюк М.І. Основні засади формування нормативної бази діяльності медичної служби ЗС України // Військова медицина України. – 2007. – №1-2. – С. 5– 9.
7. Бадюк М.І. Основні принципи формування системи медичного забезпечення військ за територіальним принципом // Військова медицина України. – 2008. №1. – С. 5–12.

8. Бадюк М.І. Особливості організації надання медичної допомоги військовослужбовцям військових підрозділів в сучасних воєнних конфліктах /М.І. Бадюк, Д.В. Ковида// Проблеми військової охорони здоров'я. – 2013. – Випуск 36. – С. 14–19.

9. Бакай А.Є. Практики медичного забезпечення НАТО: завантаження в Україні http://www.investplan.com.ua/pdf/6_2017/21.pdf безповоротних – 2491. – Міноборони, 14.06.16, [Електронний ресурс]. – URL: http://ua.censor.net.ua/news/393319/sanitarni_vraty_z_pochatku_ato_na_

10. Біла книга-2015. Збройні Сили України / МО України // Щорічник. – Київ МО України, 2016. – 105 с.

11. Білий В. Я. Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у фермуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у вочний час / В. Я. Білий, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 8015. – № 1. – С. 9–14.

12. Білий В. Я. Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період / В.Я. Білий, В. О. Жаховський, В.Г. Лівінський, М. В. Кудренко, І. П. Мельник // Україна. Здоров'я нації : науково-практичний журнал. – К. – 2016. – Вип. № 3(39). – С. 5–11.

13. Верба А. В. Досвід медичного забезпечення антитерористичної операції і шляхи його вдосконалення / А. В. Верба, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2015. – № 3/4. – С. 28–33.

14. Верба А. В. Удосконалення надання медичної допомоги в бойових умовах: дистанційний моніторинг боєздатності сучасного бійця / А.В. Верба та ін. // Військова медицина України. – 2014. – № 2-3. – С. 12.

16. Верба А.В., М. І. Бадюк, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2016. – № 2. – С.34–41.

17. Військова медицина України. – 2014. – № 2-3. – С. 5–12.

18. Військовий стандарт 01.001.000 (Видання 2): Військова система стандартизації. Стандартизація та політика Міністерства оборони України в

галузі стандартизації – ВСТ 01.001.000 – 2000 (02) (Чинний від 12.12.2000) – 21 – Національні стандарти України.

19. Вороненко В.В., Бадюк М.І., Токарчук В.П., Солярик В.В., Белевич В.М. та ін. Медична служба механізованої (танкової) бригади: Навчальний посібник. – К.: УВМА, – 2004. – 107 с.

20. Галушка А.М. Огляд наукових публікацій, присвячених дослідженню проблемних питань організації медичного забезпечення військ у зоні АТО / А.М. Галушка, П.В. Мацера, Ю.В. Подолян // Військова медицина України, Том 18 – лютий 2018. – С. 12–24.

21. Гульпа В.С. Організація медичного постачання військових частин та Медичних підрозділів Сил АТО. – URL: [http://www.health.gov.ua/www.nsf/16a436f1b0cca21ec22571b300253d46/15c140dd326495adc225810c00676a4d/\\$FILE/_i0nm0bp85sg2ue1f00nggbp85ss2uulf50nrgbp85tk2uq1fv_.pdf](http://www.health.gov.ua/www.nsf/16a436f1b0cca21ec22571b300253d46/15c140dd326495adc225810c00676a4d/$FILE/_i0nm0bp85sg2ue1f00nggbp85ss2uulf50nrgbp85tk2uq1fv_.pdf)

22. Дідіченко В.П. Методичний підхід до кількісного оцінювання достатності спроможностей організаційної одиниці (сукупності сил і засобів) складу військ (сил) / В. П. Дідіченко // Системи озброєння і військова техніка. – 2019. – № 1(57). – С. 85–89. <https://doi.org/10.30748/soivt.2019.57.12>.

23. Доктрина з організації оцінювання (сертифікації) в Збройних Силах України, затверджена начальником Генерального штабу від 4.10.2020 року ВКП 7-00(03).

24. Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України / Затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 04.09.2014 № 221. – К., 2014. – 25 с.

25. Доктрина розвитку військового лідерства у Збройних Силах України, ВКП 7-0(03).01, затверджена Начальником Генерального штабу 01. 12.2020 року.

26. Доктрина Союзного Командування Європи № 85-8 «Принципи, політика та параметри планування медичного забезпечення Союзного Командування Європи» від 26 жовтня 1993 р. – 100 с.

27. Доктрина Тилового забезпечення об'єднаних збройних сил НАТО. Глава 11 Медичне забезпечення. – 2007. – С. 157 – 166.

28. Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції, 18 грудня 2014 р. / Українська військово-медична академія. – К. 2014. – С. 108.

29. Єдиний перелік (каталог) спроможностей Міністерства Оборони України, Збройних Сил України та інших складових Сил оборони від 09.12.2019 р.

30. Єфімов Г.В. Тенденції розвитку форм і способів збройної боротьби за досвідом воєнних конфліктів сучасності і їх врахування в підготовці фахівців тактичного рівня / Г.В Єфімов // Військово-технічний збірник, 2011. – Том. 1. – №4 – С. 188–194.

31. Закон України «Про національну безпеку України № 2469-VIII від 21.06. 2018». – К.: Голос України від 07.07.2018 – № 122.

32. Затинайко О.І. Проблеми реформування та застосування Збройних Сил України в контексті сучасної теорії та практики воєнних конфліктів / О.І. Затинайко, К.М. Пальчук, Г.М. Потапов // Наука і оборона. – 2013. – №1. – С. 11–22.

33. Інструкція з організації підготовки та проведення перевірок у Збройних Силах України, затверджена наказом Генерального штабу Збройних Сил України 02 січня 2020 року № 1.

34. Інструкція з оцінювання морально-психологічного стану особового складу Збройних Сил України, затверджена наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 29 квітня 2017 року № 153.

35. Кубенко І.М. Що таке компетентність та як її розуміють в світі. – URL: http://tme/umo/edu/ua/docs/Dod/1_2010/kubenko.pdf

36. Медична служба механізованої (танкової) бригади: Навчальний посібник. – К: УВМА, – 2004. – 59 с.

37. Левченко Ф.М., Бадюк М.І., Котуза А.С., Белевич В.М. Управління медичною службою механізованої бригади в бою // Навчальний посібник для студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів. – К.: УВМА, – 2005. – 117 с.

38. Медичне забезпечення антитерористичної операції : Воєнно-медична доктрина України як інструмент формування єдиного медичного простору / В.О. Жаховський, В.Г. Лігвінський, М.В. Кудренко, І.П. Мельник \ \ Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1 (33). – С. 7–14.

39. Медичне забезпечення антитерористичної операції: стан, проблеми та напрями удосконалення / В. О. Жаховський, В. Г. Лігвінський, М. В. Кудренко та ін. Україна. Здоров'я нації (науково-практичний журнал). – К., 2015. – Вип. №2 (34). – С. 7–12.

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

41. Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрями його удосконалення / В.Л. Савицький, В.П. Майданюк, О.М. Власенко та ін. // Військова медицина України. – 2015. – № 1. – С. 5–11.

42. Методичні рекомендації з оцінювання (сертифікації) органів військового правління, військових частин (підрозділів) Збройних Сил України щодо набуття визначених спроможностей від 04.10.2020 року ВКДП 7-00(03).01.

43. Моделювання системи надання медичної допомоги та етапного лікування в Збройних Силах України на мирний та воєнний час (методичні комендації) / Є.Б. Лопін, О.В. Ричка. – Ірпінь, НДІ ПВМ ЗС України, 2007. – 56 с.

44. Наказ Міністерства оборони України №389 від 26.07.2019 «Про затвердження Концепції програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року.

45. Наказ Міністерства оборони України від 01 червня 2017 р. № 688/30556. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0688->

46. Наказ Міністерства оборони України від 02.12.2016 р. №655 «Про затвердження Положення про стандартизацію у Міністерстві оборони України та Збройних Силах України», 2016. 10 с.

47. НАТО, використання сценаріїв довгострокового планування оборони [Електронний ресурс]. – URL : <http://www.plausiblefutures.com/55074>

48. Новак В. О. Організаційна поведінка: Підручник / В. О. Новак, Т. Л. Мостенська, О. В. Ільєнко. – К. : Кондор-Видавництво, 2013. – 498 с.

49. Оборонний огляд: український вимір 2014-2018: монографія / Ф. Саганюк, А. Павліковський, П. Щипанський, В. Павленко та ін; за заг. ред. д. військ. н., проф. І. Руснака. Київ: МО та ГШ ЗС України, НУОУ, 2019. 196 с.

50. ООН: На Донбасі загинули понад 9 тисяч осіб, 03.03.2016, [Електронний ресурс]. – URL: <http://socportal.info/2016/03/03/oon-na-donbasizagинули-prad-9-tisyach-osib.html>

51. Організація медичного забезпечення військ: Підруч. для студ. вищ. мед.закл. освіти України III-IV рівнів акредитації / За редакцією професора Паська В.В. – К.: «МП Леся», 2005. – 430 с.

52. Організація медичного забезпечення військ: Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти України 3-4 рівнів акредитації / за редакцією професора Бадюка М.І – К: «МП Леся», 2014. 430 с.

53. Організація медичного забезпечення механізованої бригади в наступальному бою: навчальний посібник / Бадюк М.І., Солярник В.В., Шугалій Є.П. та ін.. Київ: «Видавництво Людмила», 2019. – 144 с.

54. Основи зовнішньої політики України : підручник / [Ю.В. Пунда, І.П. Козинець та ін.] – К. НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2018. – 240 с.

55. Пасько В.В. Система медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності / В.В. Пасько, М.І. Бадюк, А.С. Котуза // Військова медицина України, – 2005 – Т.5, №1 – С. 5–11.

53. Перелік посад (посадових кваліфікацій) сержантів, старшин, солдатів і матросів, які визначають боєздатність військових частин, підрозділів,

затверджений наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 08 травня 2019 року № 169.

54. Порядок оцінювання бойової, мобілізаційної готовності, готовності до функціонування в умовах особливого періоду в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України, затверджений спільним наказом Міністра оборони України та Головнокомандувача Збройних Силах України від 23.11.2020 №4т/6т.

55. Постанова Верховної Ради України «Про Заяву Верховної Ради України щодо ескалації російсько-українського збройного конфлікту» № 1356-IX від 30 березня 2021 року. [Електронний ресурс]. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1356-20#Text>

56. Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему «Про військово-медичну доктрину України» // Відомості Верховної Ради України. – 2015. – №51. – Р. 477–495.

57. Постанова Кабінету Міністрів України. "Про затвердження Порядку проведення оборонного огляду Міністерством оборони № 941 від 31.10.2018 р. [Електронний ресурс]. – URL: <http://search.ligazakon.ua/doc2>.

58. Принципи застосування мобільного військового госпіталю Збройних Сил України: Навчальний посібник. – К.: УВМА, 2006. – 96 с.

59. Принципи і політика медичного забезпечення НАТО. // НАТО / Рада Євроатлантичного співробітництва [Електронний ресурс] – URL: http://milmed.org.ua/Publications/3_INATO.doc

60. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України. Постанова Міністрів України від 31 Жовтня 2018 р. № 910 [Електронний ресурс] – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>

61. Про затвердження Керівництва з медичного забезпечення Збройних Сил України у мирний час: наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 28.12.2013 № 317.

62. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» : Указ Президента України від 06.06.2016 № 240.

63. Проблеми обізнаності лікарів медичних підрозділів військових частин щодо використання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що ґрунтується на доказах / О.О. Микита, К.С. Гутченко, Д.В. Ковида [та ін.] // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції; за ред. Т.О. Чумаченко. – Х., 2015. – С. 170–172.

64. Публікації військового комітету НАТО MC 326/4 – Principles and Policies of Medical Support.

65. Рекомендації з оборонного планування на основі спроможностей в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України: Затверджено Міністром оборони України, 12 червня 2017 року / Міністерство оборони України Департамент воєнної політики, стратегічного планування та міжнародного співробітництва Міністерства оборони України. – К. : МОУ, 2017. – 29 с.

66. Розпорядження Міністра оборони України «Рекомендації з оборонного планування на основі спроможностей в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України» № 610 від 12.06.2017. – К.: МОУ, 2017. – 52 с.

67. Розпорядження Міністра оборони України «Рекомендації з порядку оптимізації проведення оцінювання спроможностей у Збройних Силах України» від 19.01.2017, – К.: МОУ 2017. – 23 с.

68. Хомчак Р.Б. Педагогічні аспекти психологічної підготовки військовослужбовців в сучасних умовах / Р. Б. Хомчак, В. О. Бойко // Збірник наукових праць Центру воєнно-стратегічних досліджень Національного університету оборони України імені Івана Черняхівського. – 2017. – № 2. – С.137 – 141. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znrcvdsd_2017_2_24.

69. Руснак І.С. Реформування та розвиток Збройних Сил України І.С. Руснак / Наука і Оборона, 2, 2017. – с, 5–9.

70. Спільна публікація союзників AJP-4.10, видання С, версія 1, Об'єднана спільна доктрина для медичної підтримки, затверджена країнами у Комітеті з питань медичної стандартизації Військового комітету, оприлюднюється. Згода країн використовувати цю публікацію записана в STANAG 2228.

71. Стандарт підготовки І-СТ-3 (видання 2): підготовка військовослужбовця з тактичної медицини. – К.: «МП Леся», 2015. – 148 с.

72. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї) (видання 1). – К.: «МП Леся», 2015. – 416 с.

72. Сурков О. О., Білик В. І. Рубан Д. В., Устименко В. В. Системний аналіз взаємозв'язку спроможності, можливості та здатності сил оборони; Київ: Науковий часопис Академії національної безпеки, 2018 №3–4.

73. Сурков О.О. Підхід до визначення сутності понять «спроможність», «можливість», «здатність» сил оборони для вдосконалення основ стратегічного панування / О.О. Сурков // Збірник наукових праць Центру воєнно-стратегічних досліджень Національного університету оборони України імені Івана Черняхівського, – 2017. – №1(59).

74. Сучасні підходи до побудови системи лікувально-евакуаційних заходів в основі медичного забезпечення військ в особливий період / В.Я. Білий, А.В. Верба, М.І. Бадюк, В.О. Жаховський, В.Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2016. – 182. – С. 34–41.

75. Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у збройних Силах України на особливий період / Затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 02.03.2016 № 90. – К., 2016. – 60 с.

76. Указ Президента України «Про Концепцію розвитку сектору безпеки і Оборони України № 92/2016 від 14.03.2016 р.»: – К.: АПУ, 2016. – 45 с.

77. Калюжний І.Ю. Наукове обґрунтування моделі оцінювання спроможностей медичної служби військових підрозділів тактичного рівня на прикладі медичного пункту танкового і механізованого батальйонів / Є.О Зуй, І.Ю Калюжний // УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ. – 2020. – ТОМ 1. – С. 91.

78. Analyzing the US military`s casualties in Iraq and Aganistan/ Tariq M. Ashraf, 2008. – 24p.

79. Army Tactics, Techniques, and Procedures No. 4-02 (АТТР 4-02) Army Health System. – 2011. – 124 p.