



**здорові
рішення**
для відкритого суспільства



Офіс
Підтримки
Змін

Людина та військова медицина – комплексний погляд

м. Київ, 2023

Передмова

Дослідження «**Людина та військова медицина – комплексний погляд**» стало можливим завдяки взаємодії Офісу з підтримки змін при Міністерстві оборони України та Благодійного фонду “Здорові рішення для відкритого суспільства”.

До роботи над дослідженням були залучені Олег Петренко, Олександр Данилюк, Арсен Жумаділов, а також науковці Школи політичної аналітики Національного університету “Києво-Могилянська академія” під керівництвом Максима Яковлева та Анни Осипчук.

При використанні нижченаведених матеріалів посилання на першоджерело є обов’язковим.

Зміст

| | |
|--|----|
| I. Вступ | 5 |
| II. Оглядова схема системи медичного забезпечення ЗСУ та Сил оборони України у особливий період (станом на 2023 рік) | 10 |
| III. Звіт за результатами дослідження | 16 |
| A. Методологія | 16 |
| Б. Основні здобутки і виклики | 16 |
| В. Аналіз оцінок інформантів щодо окремих складових системи військової медицини | 19 |
| IV. Висновки та Рекомендації | 35 |

I. Вступ

Вторгнення РФ у лютому 2022 року і повномасштабна війна стали екзистенційним викликом для України як суверенної держави, українського суспільства і кожного громадянина, спричинивши значний тиск на всі елементи Сил оборони держави і, зокрема, на ЗСУ, значно збільшивши масштаб і людський вимір неспровокованої воєнної агресії, яка з різною інтенсивністю триває з лютого 2014 року.

Цей виклик призвів до переважного прийняття (уособлення) власної держави розмаїтою більшістю громадян, представників української політичної нації, яка кристалізувалась під зовнішнім тиском, що забезпечило дещо неочікувані для сторонніх спостерігачів (всередині країни та за її кордоном) внутрішню єдність та жорстку відсіч агресору з боку об'єднаної країни. Спільна мета, певне зближення державних інституцій (ЗСУ, Сил оборони та безпеки, Президента та його офісу, КМУ, ВРУ) та суспільства породило значну кількість горизонтальних взаємозв'язків, які суттєво посилили державу в її спроможності воювати, та створило паралельну "армію громадянського суспільства":

- широку мережу волонтерів (інституалізованих чи ні),
- благодійних фондів та організацій,
- добровольчих ініціатив та рухів,
- індивідуальних активностей приватних осіб у вигляді фінансової допомоги (донати), фізичної праці та/чи іншої регулярної підтримки усіх складових Сил оборони та вразливих категорій населення, які зазнали впливу війни (ВПО, родини військових, ветерани, поранені, хворі та ін.).

В результаті загальної мобілізації відбулось стрімке зростання кількості військовослужбовців переважно за рахунок колишніх цивільних громадян, що в свою чергу збільшило запит щодо сил і засобів їх медичного забезпечення у військах на етапах медичної евакуації, лікування та

відновлення з широким залученням цивільної системи охорони здоров'я.

Широкомасштабне вторгнення, активні бойові дії, певні жорсткі події, втрати та перемоги суттєво загострили розуміння ваги людського життя, здоров'я і гідного ставлення до захисника, передусім як до людини, що особливо яскраво акцентується в традиційно консервативних армійських порядках організації медичної служби. Дане питання набуває додаткової ваги, враховуючи вразливість становища військового в якості пацієнта – будь то бойове поранення, порушення з боку ЦНС, психологічне травмування чи «цивільне» захворювання. Такий пацієнт вимагає більш дбайливого підходу на всіх етапах надання допомоги: на полі бою, етапах евакуації, стабілізаційних пунктах, військових та цивільних шпиталях, подальшої реабілітації та повернення в стрій чи адаптації до цивільного життя в разі непридатності до служби через стан здоров'я.

Конституція України у ст. 3 визначає: "Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю"; ст. 17 говорить, що "Оборона України, захист її суверенітету, територіальної цілісності і недоторканності покладаються на Збройні Сили України (ЗСУ)"; ст. 65 констатує: "Захист Вітчизни, незалежності та територіальної цілісності України, шанування її державних символів є обов'язком громадян України. Громадяни відбувають військову службу відповідно до закону."

Таким чином, особливий період - воєнного стану і загальної мобілізації - призвів до суттєвого збільшення кількості військовослужбовців Сил Оборони (в 3-4 рази). Враховуючи, що 2/3 чинних військових - це колишні цивільні громадяни, які долучились виконувати свій громадянський обов'язок у особливий період, то після його закінчення і демобілізації переважна їх більшість повернуться до цивільного життя.

I. Вступ

Країна опинилась у ситуації, коли людина, якій ще вчора збереження, підтримання і відновлення здоров'я забезпечувала "цивільна медицина", тепер покладається на "військову медицину" (або на обидві). Після демобілізації чи комісування внаслідок травми/поранення/хвороби такий пацієнт знову повернеться до "цивільної медицини". Необхідність інтеграції "шляху" людини між військовою і цивільною системами ОЗ з наскрізним шляхом (траєкторією) в обох системах спонукала до формування об'єднуючої системи - "єдиного медичного простору" - майже суперсистеми, яка складається з цих 2-х компонентів з широким залученням інститутів і мереж громадянського суспільства.

З огляду на історію та контекст розвитку подій існує абстрактне уявлення про те, що "маленька радянська армія не здатна перемогти велику радянську армію". В той час, коли «велика радянська армія» агресора в цілому послуговується надбаннями і практиками колишнього СРСР, Україна продемонструвала і продовжує демонструвати відмінні від радянських погляди щодо організації ЗСУ та усіх Сил оборони, що базуються на суттєвих змінах у підході до організації та використання війська для виконання поставлених задач. Слід зазначити, що в своєму баченні Україна робить акцент на збереження життя і здоров'я військовослужбовців, децентралізацію, ситуаційну обізнаність, лідерство командирів на місцях, належну підготовку особового складу та командування (сил) і забезпечення необхідними засобами переважно західного зразка, перманентно збільшуючи інтеграцію керівних принципів та вимог НАТО.

За час незалежності, а особливо за останні 9 років російсько-української війни, зміни торкнулися і організації "військової медицини" (медичного забезпечення військ), яка, відповідаючи на нові виклики, активно трансформувалась в нормативно-правовому аспекті з кінцевим формуванням Медичних сил ЗСУ і Командування медичних сил ЗСУ у 2020 році. Загальними

керівними настановами, які впливають на розвиток і функціонування Медичних сил ЗСУ, є Військово-медична доктрина (2018) та Стратегічний оборонний бюлетень (2021), а конкретні питання щодо функціонування визначаються:

- Законом України "Про Статут внутрішньої служби Збройних Сил України",
- Законом України "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей",
- Положенням про Міністерство оборони України,
- Наказом Генерального Штабу ЗСУ № 60 від 11.02.2019 "Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період" та інші.

Загалом мету функціонування військової медичної системи сформульовано наступним чином: "Медичне забезпечення військ (сил) спрямоване на збереження та зміцнення здоров'я особового складу, надання медичної допомоги військовослужбовцям, їх лікування та найшвидшого відновлення праце- і боєздатності після захворювань і травм".

Стратегічний оборонний бюлетень України (СОБ), введений в дію Указом Президента України від 17 вересня 2021 року № 473/2021, окреслює межі "єдиного медичного простору" (пункт 3.11): "інтегрована в єдиний медичний простір система медичного забезпечення Збройних Сил України у взаємодії з медичними службами інших складових сил оборони буде здатною забезпечити виконання широкого спектра завдань сил оборони з поетапною адаптацією до системи медичного забезпечення збройних сил держав-членів НАТО".

Однією зі стратегічних цілей розвитку сил оборони СОБ визначає дієву систему медичного забезпечення (пункт 4.1), виділяючи серед заходів досягнення якої наступні інструменти:

- координація медичних служб сил оборони та системи охорони здоров'я (пп. 4.6.2),

- впровадження сучасних досягнень і новітніх технологій,
- автоматизація лікувально-діагностичних процесів (пп. 4.6.3).

Постановою Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. № 910 було затверджено Воєнно-медичну доктрину України, яка також дає визначення єдиного медичного простору: **“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”**.

Крім того, цей документ встановлює правило єдиного медичного простору у воєнний час — “для надання всіх видів медичної допомоги, медичної і психологічної реабілітації поранених (хворих) утворюються функціональні об’єднання закладів охорони здоров’я Міноборони, МВС, інших військових формувань та системи охорони здоров’я цивільного населення. 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”.

Формування системи медичного забезпечення збройних сил і окреслення її функціонування у парадигмі “єдиного медичного простору” було предметом уваги науковців з ГШ ЗСУ та УВМА у 2018-2021 рр. Колектив виконавців та саму роботу відзначено Державною премією України в галузі науки і техніки за 2022 рік.

25 лютого 2022 р. – на другий день широкомасштабного вторгнення - МОЗ України видало відповідний наказ № 379 “Про організацію роботи закладів охорони здоров’я для забезпечення безвідмовного надання медичної допомоги усім постраждалим та пораненим” щодо залучення усіх спроможних цивільних закладів охорони здоров’я до надання медичної допомо-

ги пораненим та травмованим внаслідок повномасштабної війни. Цим наказом був скоригований та чітко зафіксований перелік закладів охорони здоров’я (спільний наказ МОУ та МОЗ від 07.02.2018 № 49/180), в яких мала надаватись медична допомога у випадку повномасштабного вторгнення, але вже в першу добу вторгнення перелік не відповідав реальним потребам та маршрутам пацієнта.

Отже, загалом верхньорівневі доктринальні документи визначають основу організації медичного забезпечення військ, в основу якого покладено принцип єдиних підходів до профілактики та діагностики захворювань, надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених.

І дійсно, важливою характеристикою системи охорони здоров’я - військової і цивільної - є безперервність взаємодії з людиною (громадянином чи особою порівняною до неї в правах) з моменту народження і до смерті. Здоров’я - це універсальна категорія, яка конститує фізичну і психічну дієздатність людини; у випадку військовослужбовця – в т.ч. боєготовність і боєздатність.

З одного боку, роль військовослужбовця дуже особлива (спеціальна), яка вимагає певної відповідності стану фізичного і психічного здоров’я військового виконуваний функції, з іншого - більшість проблем у профілактиці, діагностиці, лікуванні та реабілітації, попри окремі особливості, є спільними для цивільної та військової складової, напевне за виключенням тактичної (воєнної) медицини на полі бою, медичного сортування, принципів організації передової хірургічної допомоги, етапності евакуації та деяких спеціальних особливостей перебігу травм, поранень, захворювань, уражень та організації медичних сил, а також особливості визначення придатності до служби на основі даних про стан здоров’я людини.

Слід зазначити, що перший рік повномасштабної війни засвідчив деякі сильні сторони наявної системи військової медицини, серед яких можна відзначити:

I. Вступ

- збереження керованості процесами на всіх рівнях управління медичної служби та надання медичної допомоги,
- швидке реагування на виклики, пов'язані з динамічною зміною оперативної ситуації на фронті,
- взаємодія з цивільною системою охорони здоров'я та створення певної моделі єдиного медичного простору.

Водночас з боку експертного середовища та громадськості все частіше лунають заклики до реформування системи або принаймні перегляду деяких підходів, що наразі застосовуються у військовій медицині. Деякі проблеми, на які звертають увагу, включають недостатню медичну допомогу психічно хворим, застарілі підходи до роботи з інформацією, надлишковий паперовий документообіг, перебої з постачанням такмеду та навчання особового складу, архаїчність у діяльності військово-лікарських комісій та медико-соціальних експертних комісій, недорозвинутість системи реабілітації тощо.

Поточний стан розвитку системи військової медицини не враховує в повній мірі ті зміни, яких у 2018-2022 роках зазнала цивільна система охорони здоров'я України, а саме:

- автономізацію закладів охорони здоров'я шляхом перетворення їх з бюджетних установ у комунальні некомерційні або державні казенні підприємства,
- кардинальну трансформацію фінансування медичних послуг з боку держави шляхом контракування закладів єдиним стратегічним закупівельником НСЗУ за правилами, які передбачають перехід до оплати за результат (виконану роботу), замість номінального утримання відповідної інфраструктури,
- використання ЕСОЗ (електронна система охорони здоров'я), яка забезпечує повну цифровізацію шляху пацієнта в системі ОЗ: від медичного висновку про народження (є-Малютко), до укладення декларації щодо вибору сімейного лікаря, електронного рецепта на лікарські

засоби та направлення на діагностику чи лікування, формування електронних медичних записів (ЕМЗ) на амбулаторному і стаціонарному етапі лікування, формування медичного висновку про тимчасову непрацездатність ("лікарняного"), інформацію про щеплення та інші стандартизовані дані про пацієнта у електронному форматі,

- підхід до централізованих закупівель лікарських засобів та медичних виробів.

Суттєві зміни цивільної системи ОЗ протягом останніх 5 років порушують питання перед військовою системою ОЗ щодо її готовності змінюватись з метою інтегрованості в "єдиному медичному просторі", тим паче зараз - у особливий період. Зокрема, таке питання стосується цифровізації військової системи ОЗ, яка покликана спростити і автоматизувати застарілі "паперові" підходи до процесів документування, обліку і аналізу медичних, в тому числі пов'язаних з ними даних у ЗСУ та інших складових сил оборони.

Для з'ясування моделі організації і особливостей функціонування системи охорони здоров'я військових через 16 місяців від початку вторгнення, її динамічних змін, взаємодії між різними учасниками, отриманого досвіду, її переваг і недоліків, проблем на різних рівнях, розуміння "шляху людини в ролі військовослужбовця" у цій системі з акцентом на **людиноцентричність та гідність**, після консультацій з численними стейкхолдерами і зацікавленими особами було ініційоване дане якісницьке дослідження.

За мету ми ставили виявлення проблем та напрацювання відповідних рекомендацій, які сприятимуть удосконаленню системи вже зараз під час бойових дій і ляжуть в основу системних змін відповідних публічних політик у Міністерстві оборони, ГШ, Медичних силах ЗСУ, МОЗ, Мінвет, Мінсоц та ін. у післявоєнний час.

В основі спроможності Сил оборони і ЗСУ виконувати покладені на них завдання

щодо обороноздатності, боєздатності та боєготовності сил і засобів знаходиться **людина** (в першу чергу військовослужбовець) та існуюча **система**, яка покликана забезпечувати збереження, підтримання та відновлення фізичного та психічного (ментального) здоров'я особового складу Сил оборони. В ЗСУ цю функцію покладено на окремих рід військ - Медичні сили ЗСУ та відповідне Командування Медичних Сил ЗСУ (КМС ЗСУ), які разом з медичними службами військових частин і підрозділів, складають цю систему: її структурні елементи, функції, ролі, порядок і номенклатуру забезпечення у мирний час і тепер - у особливий період воєнного стану і повномасштабної війни. Саме людина і вищезгадана система, яка визначає точки і порядок взаємодії з цивільною системою охорони здоров'я, стали об'єктами даного дослідження.

Проблеми в фокусі уваги дослідження:

1. Життя та здоров'я військовослужбовця як пацієнта, повага до його людської гідності **не займають пріоритетного місця** у системі військового медичного забезпечення;
2. Шлях людини як військовослужбовця не є цілісним в частині медичного обслуговування. Відсутнє єдине нормативне, управлінське, цифрове середовище, яке чітко визначало б такий шлях, ролі відповідних підрозділів (елементів системи), стандарти, функції і взаємні очікування.
3. Відсутній структурний елемент у межах системи, який виконував би функцію формування публічної політики і визначення ролей виконавців, а також належного цивільного контролю, що відповідає б стандартам НАТО та уявленням про урядування в демократичних країнах і відкритих суспільствах.
4. Залучення інститутів громадянського суспільства відбувається хаотично. Відсутнє бачення, чи таке залучення є тимчасовим заходом для вирішення нагальних питань в особливий період, чи навпаки - системною відповіддю на високий рівень невизначеності та/або нормативні обмеження та/або фінансові обмеження в роботі медичних служб.
5. Неналежне ставлення до гідності людини в якості пацієнта під час процесу залучення і проходження нею військової служби створює негативний образ служби в ЗСУ, що відповідним чином впливає на мобілізаційний потенціал тепер та впливатиме в майбутньому.

Дослідницьке питання

Що має змінитись в існуючій системі військового медичного забезпечення з метою її трансформації на людиноцентричну та більш стійку у середньо- та довгостроковій перспективі з огляду на цінність та обмеженість людського (мобілізаційного) ресурсу в Україні?

II. Оглядова схема системи медичного забезпечення ЗСУ та Сил оборони України у особливий період (станом на 2023 рік)

Скорочення:

ВМКЦ - військово-медичний клінічний центр; макрорегіональні госпіталі, які керують військовими госпіталями у підпорядкованих регіонах. ВМКЦ створено у Києві (НВМКЦ "ГВКГ" - Національний військово-медичний клінічний центр "головний військовий клінічний госпіталь"), Харкові (ВМКЦ ПнР), Дніпрі (ВМКЦ СхР), Одесі (ВМКЦ ПдР), Вінниці (ВМКЦ ЦР), Львові (ВМКЦ ЗхР).

ВГ - військовий госпіталь (у більшості областей).

РГ - реабілітаційний госпіталь (перформатовані під реабілітацію чи відновне лікування санаторії Міноборони).

НВМКРЛЦ - національний військово-медичний реабілітаційний госпіталь (Ірпінь).

ЦСП - центральна стоматологічна поліклініка (у Києві).

ВМГ - військово-мобільний госпіталь.

ЛСБ - лікарсько-сестринська бригада - мобільний підрозділ військово-медичного закладу.

ПХВ - передове хірургічне відділення (штатний мобільний підрозділ ВМКЦ на воєнний час для надання хірургічної допомоги за принципом хірургії контролю пошкоджень).

ПХГ - передова хірургічна група (позаштатне тимчасове мобільне утворення зі складу ВГ для надання хірургічної допомоги за принципом хірургії контролю пошкоджень).

РСЕУ - регіональні санітарно-епідеміологічні управління.

ЦСЕУ - центральне санітарно-епідеміологічне управління Командування Медичних сил.

ЦВЛК - центральна військово-лікарська комісія Командування Медичних сил.

РВЛК - регіональні військово-лікарські комісії (підпорядковані ЦВЛК).

УВМА - Українська військово-медична академія (підпорядкування КМС); вищий заклад післядипломної освіти, де здійснюється підготовка лікарів-спеціалістів для ЗСУ, спеціалізація, курси післядипломної підготовки, підготовка інтернів та спеціалізації на контрактній основі для цивільної системи, наукова робота у сфері військової медицини.

Передова евакуація - евакуація з поля бою до першого медичного підрозділу.

Тактична евакуація - евакуація між медичними підрозділами та передовими госпіталями чи підрозділами.

Стратегічна евакуація - евакуація до тилкових госпіталів на всій території України та/чи за кордон.

Структура військової медицини:

1. Військова ланка:

- Рівень взводів/рот: військовослужбовець, боєць-рятувальник, бойовий медик, старший бойовий медик. Без медичної освіти, різний рівень підготовки. Функції: перша допомога і кейсерак.
- Медичний пункт батальйону: лікарі загальної практики-сімейної медицини (та ін. спеціальності), фельдшери, саніструктори (медичні сестри). Медична освіта. Функції: загальна практика і медевак.
- Медична рота бригади: лікарі стабілізаційних пунктів та госпітальних відділень медичної роти. Медична освіта. Функції: загальна практика, терапія, амбулаторна хірургія в рамках госпітального відділення, DCR (damage control resuscitation) та медевак – на базі стабілізаційного пункту.
- Медичні служби оперативно-тактичного та оперативно-стратегічних угруповань: координація, організація лікувально-евакуаційної роботи медичних служб військової ланки відповідного угруповання.
- Медична служба оперативних командувань: координація і організація лікувально-евакуаційної роботи військової ланки ОК.
- Медична служба родів і видів військ: координація та організація діяльності медичних служб підрозділів.

2. Госпітальна ланка (КМС):

- ЛСБ, ПХВ, ПХГ - підрозділи ВМГ, ВГ, ВМКЦ
- ВМГ
- ВГ
- ВМКЦ
- РГ
- НВМКЦ ГВКГ
- НВМКРЛЦ
- ЦСП
- ЦСЕУ, РСЕУ
- ЦВЛК, РВЛК
- Госпітальні ВЛК
- Позаштатні ВЛК
- Склади медичного постачання
- УВМА
- КМС
- ЗОЗ цивільної системи охорони здоров'я (МОЗ, НАМН, ДУС, приватні ЗОЗ, університетські клініки)

II. Оглядова схема системи медичного забезпечення ЗСУ та Сил оборони України у особливий період (станом на 2023 рік)

| № | Географічна умовна віддаленість від лінії фронту | Вид евакуації/ транспорт та евакобригади | Рівень надання/ організації медичного забезпечення |
|----|--|--|--|
| 1. | Зона під вогнем (0) | Передова | Само - і взаємодопомога |
| 2. | Зона в укритті (0-1 км) | Передова (виніс, вихід) | Само - і взаємодопомога |
| 3. | Зона бойових дій (2-5 км) | Передова (виніс/вихід) кей-севак: броньований евако-транспорт, позашляховики підрозділів | Домедична |
| 4. | Зона бойових дій (5-10-15 км) - ураження ствольної артилерії | Тактична (медевак)/позашляховики, АШМД (тип А,В) підрозділів, волонтерських та громадських організацій | Домедична і перша медична |
| 5. | Зона бойових дій (10-15-20 км) - ураження ракетними системами залпового вогню, балістичними ракетами та керованими авіабомбами | Тактична (медевак) / АШМД підрозділів, волонтерських та громадських організацій | Медична допомога |
| 6. | Зона бойових дій (15-25-30 км) - ураження ракетними системами залпового вогню, балістичними ракетами | Тактична (медевак) / АШМД підрозділів, волонтерських та громадських організацій | Медична допомога |

| Основні актори | Об'єм надання медичної допомоги | Медичні підрозділи | Підпорядкування |
|---|---|---------------------|--|
| ASM - усі військово-вослужбовці | Перша допомога (домедична), накладання турнікетів | взвод | Командир роти |
| ASM, бійці-рятівники, бойові медики | Перша допомога (домедична), оклюзійна наліпка, конверсія турнікетів | Взвод | Командир роти |
| Бійці-рятівники, бойові медики | Перша допомога (домедична), конверсія турнікетів | Взвод, рота | Командир роти, батальйону |
| Медевак батальйонного рівня (фельдшер, санінструктор, лікар медичного пункту батальйону -лікар загальної практики, інші спеціальності) | Перша допомога (домедична) та перша медична допомога (долікарська, перша лікарська): гемотрансфузія догоспітальна (при можливості), протишокова терапія, конверсія турнікетів | Батальйон | Командир батальйону, бригади |
| Стабілізаційний пункт (медичні працівники медичної роти бригади: медичні сестри, фельдшери, лікарі хірурги, анестезіологи, травматологи, ін.спеціальності) | Медична допомога в об'ємі ресусцитації контролю пошкоджень (інтубація, центральний венозний доступ, гемотрансфузія, протишокова терапія, дренажування плевральних порожнин), хірургія контролю пошкоджень (DCS - при потребі та спроможності -зупинка внутрішньої кровотечі, судинний шунт, реанімаційна торакотомія) | Бригада | Оперативно-тактичне угруповання військ, начальник медичної служби ОТУ, угруповання медичних сил (командир угруповання) |
| Передові хірургічні відділення (групи), військово-мобільні госпіталі. Хірургічно-анестезіологічні бригади з наявністю судинного, торакального, нейрохірургів. | Медична допомога в об'ємі DCS, DCR. ВЛК у ВМГ для визначених категорій (правопорушники, підозрювані у здійсненні злочинів) | Військові госпіталі | Угруповання Медичних сил, КМС |

II. Оглядова схема системи медичного забезпечення ЗСУ та Сил оборони України у особливий період (станом на 2023 рік)

| № | Географічна умовна віддаленість від лінії фронту | Вид евакуації/ транспорт та евакобригади | Рівень надання/ організації медичного забезпечення |
|----|---|---|--|
| 7. | Зона за межами бойових дій (>100 км) - ураження бойовими БПЛА, крилатими та балістичними ракетами | Стратегічна / АШМД, Автобуси підрозділів, волонтерських та громадських організацій, гелікоптери підрозділів | Медична допомога, медична реабілітація |
| 8. | Зона за межами бойових дій (>200-300км) - ураження бойовими БПЛА, крилатими та балістичними ракетами | Стратегічна / евакопотяги, АШМД, гелікоптери, Автобуси підрозділів, ЦЕМД | Медична допомога, медична реабілітація |
| 9. | За кордоном (країни -партнери) | Стратегічна / АШМД, автобуси ЦЕМД, країн-партнерів, авіація країн-партнерів | Медична допомога, реабілітація |

| Основні актори | Об'єм надання медичної допомоги | Медичні підрозділи | Підпорядкування |
|--|---|-------------------------------|--|
| Військові госпіталі, ВМКЦ, цивільні заклади охорони здоров'я у прифронтових регіонах | Операції "Second look", вторинні хірургічні обробки ран, нейрохірургічні, офтальмологічні, ЛОР, ЩЛХ втручання, гострий гемодіаліз, ВЛК | ВМКЦ, ОВА (ДОЗ) | КМС, МОЗ |
| Військові госпіталі, ВМКЦ, цивільні заклади охорони здоров'я, інститути тилових регіонів | Подальші хірургічні втручання, реанімації, реконструктивні/пластичні хірургічні втручання, кінцеве лікування, реабілітація, протезування, ВЛК | ВМКЦ, ОВА (ДОЗ), НАМН | КМС, МОЗ, КМУ (НАМН), ДУС |
| Цивільні та військові заклади країн-партнерів | Подальші хірургічні втручання, реабілітаційні, реконструктивні/пластичні хірургічні втручання, кінцеве лікування, реабілітація, протезування | Лікарні, інститути, госпіталі | МОЗ, МЗС, КМС. ЄС, НАТО, індивідуальні країни-партнери |

III. Звіт за результатами дослідження

А. Методологія дослідження

Емпірична частина роботи ґрунтується на якісницькій методології. Дослідження, проведене методом напівструктурованих інтерв'ю з людьми, дотичними до системи військової медицини протягом червня-серпня 2023 р., базується на 29 інтерв'ю. Інтерв'ю проводились як очно, так і в телефонному режимі або онлайн. Серед інформантів - люди, які працюють або мають справи з різними рівнями військової медицини: бойові медики, лікарі у військових підрозділах на різних ланках та посадах, представники госпітальної ланки та управлінських структур (КМС, МО, МОЗ), представники організацій громадянського суспільства, волонтери. Також говорили з військовими, що мали пацієнтський досвід в результаті отримання бойових поранень.

Середня тривалість кожного інтерв'ю - 2 год; переважна більшість – у вигляді аудіо-запису.

Довідково:

Всього 29 респондентів:

- **6 респондентів:** військова ланка – бойові медики, два з яких мали поранення і досвід пацієнтів;
- **4 респонденти:** військова ланка – начмеди різного рівня (бригада/батальйон) та лікарі медичних рот;
- **2 респонденти:** військовослужбовці з пораненнями, що пройшли шлях пацієнта в системі;
- **2 респонденти:** лікар-психіатр та – військовий психолог, які надають психіатричну/психологічну допомогу військовим;
- **5 респондентів:** госпітальна ланка – керівники військових госпіталів та напрямків/секторів на різних етапах надання допомоги / тактичної і стратегічної евакуації;
- **6 респондентів:** рівень командування (КСМ) / управління та політик (МОУ, МОЗ);
- **4 респонденти:** представники волонтерських та громадських організацій.

На початку бесіди до відома респондентів було доведено умову конфіденційності розмови та їхні права.

Подальший аналіз отриманої інформації має узагальнений та анонімний характер.

Важливе методологічне зауваження: у подальшому аналізі та інтерпретаціях ми оперуємо суб'єктивними оцінками, рефлексіями та досвідом, якими поділились з нами респонденти. Відповідно, ми радше говоримо не стільки про "стан системи", скільки про "(суб'єктивні) оцінки стану системи".

Якісницька методологія не дозволяє робити верифіковані репрезентативні твердження чи оперувати відсотками. Натомість її сила - у виявленні різноманіття досвіду, сприйняття, думок/бачення, оцінок опитуваних та типових патернів взаємодії (з системою), що можуть вказувати на системність.

Беручи до уваги "точки насичення" - ситуації, коли наступні інтерв'ю вже не дають нової інформації – ми можемо говорити про наявність тенденцій, уникаючи при цьому квантифікованих оцінок їх масштабу та генералізації. Саме тому принциповим у якісницькому дослідженні є відбір для інтерв'ю інформантів з різних "бульбашок" та різних рівнів системи військової медицини, які мають відмінні досвіди та рефлексії.

Б. Основні здобутки і виклики

Інтерв'ю розпочинались з виявлення фокусу уваги/болю. Інформантам пропонувалось у вільному форматі окреслити основні здобутки та проблеми (по три на кожне питання), що з точки зору їх власного досвіду визначають сучасний стан військової/воєнної медицини, беручи до уваги період від початку повномасштабного вторгнення до сьогодні. Тож насамперед варто підсумувати, на чому саме інформанти фокусували увагу та що вирізняли як найбільш успішне чи проблемне.

Багато респондентів відзначали, що виклики системі, спричинені повномасштабним вторгненням росії, були і залишаються неймовірно важкими. Враховуючи багатократне зростання потреб в ресурсах – як людських, так і матеріальних – та беручи до уваги нинішній стан функціонування різних ланок системи, респонденти відзначали, що нові рішення, нехай і не досконалі, все ж впроваджувалися і впроваджуються відповідно до потреб. Аналогічна оцінка самого процесу ухвалення рішень – зміни відбуваються, однак не завжди з достатньою швидкістю, щоб відповідати нагальним потребам. Відповідно, самі виклики сприймаються як можливість вдосконалення та вирішення проблем, які існували на системному рівні дуже давно. Лейтмотивною можна вважати фразу, яка траплялася у відповідях кількох респондентів – певний елемент системи є, він працює, нехай і не ідеально.

«Ми все ж таки не залишилися наодинці, як військова медицина, самостійний структурний підрозділ. Ми з початком війни консолідовано, одноставно, згуртовано, даємо відсіч до нині, так і вся медична спільнота України об'єдналася навколо такої загальної мети – це порятунок наших військовослужбовців. Це, напевно, єдиний такий великий здобуток»

«Перше, система не впала. По-друге, система організувалася, синхронізувалася повністю з цивільною системою, сформувався так званий єдиний медичний простір. Гарно-погано, звичайно, немає жодної ідеальної системи в світі, її не існує, недоліки будуть завжди, і для того всі є, щоб реагувати на ці недоліки. І третій значний успіх, це, як на мене, він такий суб'єктивний, це те, що все-таки є у нас суспільство, як виявилось, об'єднане, спільною метою, спільною задачею, під єдиним керівництвом, в одному напрямку роботи»

Так, говорячи про здобутки, переважна більшість співрозмовників зазначила той факт, що система вистояла в принципі – не зламалась, не зазнала колапсу.

Також як досягнення часто згадувалось формування/створення “єдиного медичного простору (України)”, що фактично об'єднав військову та цивільну медичні системи країни. Це додало гнучкості в використанні ресурсів (насамперед цивільної медицини для потреб військової) та можливість оперативніше реагувати на виклики. В другій половині гайду є окреме питання щодо інтеграції (інтероперабельності) систем цивільної та військової медицини, то ж далі про це буде детальніше.

«Одним із найбільших здобутків, який би я відзначила – це створення єдиного медичного простору і тісна співпраця з колегами з Міністерства охорони здоров'я в цьому єдиному медичному просторі»

Серед іншого, респонденти також зазначали те, що значна кількість військових та лікарів/медиків пройшли через АТО/ООС, тому вже мали певний рівень підготовки. Цікаво, що рівень навченості особового складу чи бойових медиків або ж обсяг наявних засобів тактичної медицини та інших “розхідників” звучали як серед здобутків, так і серед

III. Звіт за результатами дослідження

недопрацювань або викликів для системи. Частково це можна пояснити різними критеріями оцінки: в порівнянні з бажаним станом / станом на 24.02.2022 / станом на весну/літо 2014-го. Іншим поясненням може слугувати те, що, на жаль, навчений особовий склад зазнає втрат.

Також слід брати до уваги, що різні точки взаємодії/контакту з елементами системи даватимуть різний фокус, кут зору та, відповідно, відмінний досвід інформантів. Так, для волонтерів, бойових медиків та фахівці з військової ланки, в порівнянні з представниками вищих керівних позицій, більш актуальними являються питання щодо тактичної медичної підготовки (персоналу) та забезпечення підрозділів якісними аптечками, турнікетами, оклюзійними наліпками тощо, що формує більш критичну та глибоку оцінку саме цих сфер.

Водночас всі відзначали, що неоціненними були досвід та навички, здобуті до початку повномасштабного вторгнення. Багато говорили й про запровадження інновацій та різних ініціатив, спрямованих на підвищення ефективності системи. Наприклад, запровадження пілотних проектів з електронного документообігу, можливість зворотного зв'язку щодо протоколів надання допомоги і засобів тактичної медицини між виробниками, партнерами тощо. Разом з тим, респонденти також відзначали, що до такого повномасштабного вторгнення система не була готова.

«Найбільший виклик це те, що система нормативно і організаційно значною мірою була дещо неготова до повномасштабної мобілізації. Чому? Тому що ми маємо всі діяти в правовому полі, особливо військовослужбовці, і під час своїх всіх дій ми повинні йти по якимсь правилам. Є статuti, є закони, ми все це маємо витримувати. І так воно у нас було прописано все під планову багаторічну рівномірну роботу, а не під ту роботу, яка сталася 24-го числа..»

Загалом в результаті даного дослідження ми дійшли висновків про достатньо

високий рівень організації та операційної діяльності системи на щаблях від стабпукту до шпиталю (роль 3 та 4) включно. Тобто, якщо людину з пораненням, яке не є несумісним з життям вдалось витягнути з поля бою і доставити на стабілізаційний пункт - її перспективи є обнадійливими, а рівень надання їй медичної допомоги - належним. Такий результат є наслідком напрацьованих в період дії АТО/ООС практик, які з 2014 р. перманентно розвивались і вдосконалювались.

Разом з тим, саме етап евакуації з поля бою до стабілізаційного пункту зі зрозумілих причин має статус найбільш критичного. Не в останню чергу даний феномен спричинений нестачею транспорту для евакуації (кейс-еваків та мед-еваків), в т.ч. броньованого .

Іншим помітним викликом для медичної системи в цілому виявилась система реабілітації після поранення, в т.ч. психологічної. Хоча інформанти з власної ініціативи рідко називали серед викликів/недоліків етап реабілітації, проте на прямі питання про неї майже всі відзначили як проблему відсутність достатньої, ефективної та розгалуженої системи реабілітаційних закладів, що були б доступні для відновлення поранених. Детальніше про це далі.

Отже, серед інших недоліків називали:

- якість комплектування/вмісту аптечок з тактичної медицини або окремих предметів такмеду (турнікетів, наліпок тощо);
- скорочення тривалості підготовки особового складу та бойових медиків;
- недоукомплектованість медиками і лікарями підрозділів;
- бюрократизованість системи обліку й списання такмеду на рівні підрозділів;
- відсутність дієвої системи психологічної допомоги;
- зіткнення сфер інтересів різних "гравців" та їхніх компетенцій.

Щодо компетенцій, то, зокрема, гострим виявилось питання неможливості залучення за фахом/спеціалізацією мобі-

лізованих лікарів без офіцерських звань та "використання" їх потенціалу повною мірою. Частина таких кадрів фактично служать рядовими бійцями або бойовими медиками, і спроби їх переведення до медичних рот, стабілізаційних пунктів тощо часто наштвхуються на супротив командирів.

"Це [проблема] використання людей з медичною освітою на етапі евакуації і взагалі на передньому краї. Це епічна проблема. У мене в моєму батальйоні на еваку з нуля, з Бахмуту, загинув хірург високої кваліфікації за-

ввіділенням Олександрівської лікарні. І це трагедія. На цьому етапі не можна використовувати медиків як медиків".

Загалом, респонденти наголошували на тому, що ситуація потребує системного підходу й вирішення на рівні закладів вищої медичної освіти. Наприклад, запровадження обов'язкової безкоштовної військової кафедри або подібних курсів для всіх майбутніх лікарів тощо. Один із респондентів також додав, що таке навчання і курси мають бути безкоштовними і доступними для студентів.

В. Аналіз оцінок інформантів щодо окремих складових системи військової медицини

Розберемо детальніше окремі складові системи військової медицини.

Слід зазначити, що певні проблемні аспекти актуалізувалися не на всіх рівнях системи військової медицини (умовно - від поранення до реабілітації). Наприклад, найбільш актуальним для військової ланки (тактична медицина, стабілізаційні пункти, медичні роти тощо) виявилось наступне:

- брак належно кваліфікованих кадрів,
- недостатня якість та/чи обсяг розхідників і "спорядження",
- проблеми з їхнім обліком і списанням

Логічно й те, що найбільше про це говорили інформанти з військової ланки (включаючи бойових медиків), військові-пацієнти та волонтери. Хоча й інформанти з інших ланок на прямі питання зазначали, що у цій сфері "є над чим працювати".

Водночас, були й моменти, які акцентувались всіма учасниками - зокрема етап реабілітації, доступність і якість психологічної допомоги, виклики щодо електронного обігу документів, окремі аспекти проходження ВЛК для отримання висновку після поранення тощо.

1. Тактичний рівень

Навички, інструктори та навчання, стандарти

Найперше, що слід відзначити - це високу оцінку тренінгів з тактичної медицини для інструкторів, бойових медиків і особового складу та, відповідно, високу їхню навченість станом на лютий 2022 року. Водночас повномасштабне вторгнення очікувано спричинило залучення до лав Збройних сил

великої кількості людей без необхідних навичок та, на жаль, вибування зі складу досвідчених і навчених. Виходячи з потреб швидко навчити велику кількість цивільних людей та підготувати нових бойових медиків та інструкторів, терміни й обсяги навчання та програми тренінгів були значно скорочені - часто в рази чи навіть на порядок.

Таким чином, до навчання тактичної медицині наразі практично у всіх респон-

III. Звіт за результатами дослідження

дентів є багато зауважень - вони оцінюють її як недостатню, на рівні, що не відповідає нагальним потребам. Водночас багато респондентів відзначили, що за цим напрямком є значні зрушення. Наприклад, напрацьовано матеріали для самостійного ознайомлення за потреби. Звісно, це не вирішує системної проблеми, яка потребує активних дій, однак, напрацювання і поява додаткових ресурсів (у тому числі завдяки активному залученню громадськості в цілому і волонтерів зокрема) сприяють покращенню ситуації з навчанням тактичної медицині.

Також респонденти відзначали недостатню кількість часу, що відводиться на навчання тактичної медицині. За десятибальною шкалою (респонденти самостійно визначали, як оцінити навчання тактичної медицині) декілька респондентів поставили оцінки 1,5 і 2 бали.

Серед недоліків навчання відзначалась відсутність матеріально-технічної бази медичного призначення/матеріалів для практичного відпрацювання навичок.

Як приклад: демонструючи тернікет в навчальних цілях, останній наявний лише у фельдшера, що проводить навчання, стажери ж при цьому не отримують зразків для безпосереднього візуального ознайомлення, тим паче відпрацювання практичних навичок. На їхню думку, таке навчання більше схоже на імітацію, "для галочки", що має своїм результатом відповідний рівень підготовленості бойових медиків – теоретичний.

Деякими респондентами було зазначено, що невідомо, як відбувається навчання в кожному конкретному випадку: "ми не знаємо, чому людей вчать". Тому, оцінюючи результати такого навчального процесу, респонденти ставили низькі оцінки підготовленості бойових медиків:

"...рівень [підготовки] не непоганий, а невідомий"

При цьому слід зазначити, що серед оцінок навчання були й позитивні/відмінні, з чого слід зробити висновок, що про-

блемою є відсутність або недосконалість системного підходу до навчання як бойових медиків, так і особового складу, зокрема у підрозділах.

Кілька респондентів зауважили, що інтенсивність та якість тренінгів для особового складу має пряму залежність від рівня відповідальності командирів підрозділів та того, чи приділяють цьому увагу бойові медики та начмеди тощо. Зі слів одного з респондентів, "якщо щось може бути зроблено погано, воно буде зроблено погано", вказуючи на важливість індивідуальної відповідальності". Напрошується висновок, що відсутність чітких впорядкованих систематизованих посадових інструкцій, стандартів, регламенту, визначень (функцій та сфер обов'язків) призводить до хаотичного самоврядування: "ми робимо так, як ми собі придумали і для нас це ефективно працює".

Якщо говорити про те, яка кількість інформації є доступною про належні практики (наприклад, накладання турнікетів - зокрема про менеджмент цих процесів, конверсію, "турнікетний синдром", про критичні показники часу, що потрібен на ті чи інші дії під час евакуації поранених тощо) і стандарти, то в цілому після повномасштабного вторгнення її обсяг значно збільшився, що відповідним чином корелюється з рівнем обізнаності на всіх піддо-слідних ланках.

При цьому інформанти зауважують, що рівень загального інтересу до військової медицини суттєво виріс, що має загалом дуже позитивний результат. Стажери активно використовують додаткові джерела інформації. Один із опитуваних додав, що, якщо недостатньо інформації під час навчання, "є багато чого подивитися на YouTube".

"...питання не в тому, скільки триває навчання, а хто навчає і хто навчається.. можна і за дні [навчити], це minimum, для підготовки бійця.."

Хоча один з опитуваних пожартував з цього приводу, що за два дні можливо на-

вчити лише зупинці критичної кровотечі, а “після трьох днів навчання бойовий медик вирішує, що може користуватися всім із тактичного рюкзака”.

Серед негативних аспектів виділилась тенденція до демотивації стосовно навчання тактичній медицині серед тих, хто “вивчився на фельдшера” або має медичну освіту і не вважає, що їх ще можна чомусь додатковому чи корисному навчити, не розуміючи, що умови бойових дій вимагають інших підходів.

Впровадження стандартів, (насамперед ТССС), на думку більшості респондентів має позитивний імпакт на якість надання медичної допомоги, але потребує певної адаптації до українських реалій (наприклад, стандарти навчання країн НАТО), і підкреслювали, що така робота відбувається. В цілому, досвід взаємодії з іноземними колегами відзначається, як абсолютно позитивний та корисний/придатний. Наводили конкретні приклади уточнень щодо стандартів або вдосконалення окремих засобів тактичної медицини (зокрема, турнікетів), що були зроблені закордонними партнерами чи виробниками.

Забезпеченість (постачання)

Питання про склад аптечок бійців виявилось досить складним для інтерпретації через суттєву різницю в досвіді респондентів: укомплектованість аптечки, їх особистий доступ до матеріалів, досвід роботи з тим, що доступно. Оцінка певним чином потрапляла в залежність і порівнювалась з досвідом, яким з ними ділилися їхні побратими. Деякі респонденти відзначали, що їхня особиста аптечка укомплектована повністю і належним чином, однак практично усі вказували на те, що цьому більшою мірою вони завдячують волонтерській допомозі.

У відповідь на питання про те, яким є співвідношення комплектування з боку підрозділу і з боку волонтерів, практично усі відзначали, що більша частина (від

60%) укомплектована саме з ресурсів волонтерської допомоги. Дехто з респондентів відзначав, що комплектування і його належне забезпечення також залежить від особистісних рис відповідальної за це людини: якщо вона має налагоджену взаємодію на рівні підрозділу і вище, вчасно робить відповідні замовлення, тримає на контролі нагальні потреби і може планувати витрати на майбутнє (на стільки, на скільки це може бути передбачуваним), то така людина має можливість звести проблеми з комплектуванням до мінімуму.

Фактично, питання забезпечення аптечками, турнікетами, наліпками тощо має два аспекти - якість та кількість.

Також наводились приклади, коли централізовано отримана аптечка комплектувалась недостатньою кількістю засобів, зокрема одним турнікетом, замість двох, як того вимагає МОЗ. Слід також зазначити, що більшість зауважень щодо якості стосувались окремих турнікетів (“китайських” та невідомого походження) та оклюзійних наліпок у централізованих закупках або гуманітарній допомозі.

Деякі інформанти на питання-уточнення зауважили непрозорість тендерів та те, що з деякими виробниками вони працюють напряму (заковують засоби за допомогою волонтерів), оскільки виробники не хочуть брати участь у державних тендерах.

Окремим питанням виступає процедура списання у підрозділах майна (аптечки, турнікети тощо), яке забезпечується шляхом волонтерської допомоги/участі, доля якої сягає за різними оцінками від 60% до 90%.

За наявними нормативами, підрозділ (наприклад, окрема бригада) може замовити 110% аптечок та розхідників відповідно до чисельності особового складу. Загалом, зважаючи на обсяги втрат, зміни складу та витрати у стабілізаційних пунктах тощо, така кількість оцінюється респондентами як недостатня. Порівняно з процедурою списання медикаментів або майна на ви-

III. Звіт за результатами дослідження

щих/подальших ланках, тут вона виявилась складнішою в контексті звітування за втрачені, зіпсовані, згорілі, забрані у бійців, загиблих та поранених аптечки, турнікети тощо. Так, деякі респонденти скаржились на те, що більшість списань "зависають" на етапі ДБР", навіть коли "зауважень до документів немає". Відповідно, "легше звернутись до волонтерів і сказати, що потрібно". Проте, деякі інформанти зауважували, що це не зовсім правильно. Отже, процедура списання засобів для тактичної медицини потребує вдосконалення (у бік спрощення чи переведення певної частини з розряду інвентарного у інше розхідне майно). Водночас на думку частини респондентів, аби уникнути безвідповідального ставлення до майна, облік, як такий, все ж таки потрібен.

Один з респондентів зазначив, що було б добре паперову роботу, пов'язану з обліком, організувати в тилу або відтермінувати в часі:

"щоб була людина - тилова частина [роботи], яка в тилу сидить і за передову робить папірці, або коли виходять повністю на відновлення і тоді вже пишуть, в якому бою що втрачено"

Представники військової ланки (меддоти, начмеді бойових бригад різного рівня тощо) зазначали, що частка державного забезпечення медикаментами підрозділів - більше 90% і замовлення потрібних медикаментів у потрібній кількості загалом не складає проблеми. Винятками були наркотичні препарати для знеболення (кетамін, фентаніл) та сухі компоненти крові (і загалом, препарати крові, наприклад, для стабілізаційних пунктів, де роблять переливання), замовлення, отримання і списання яких потребує окремих процедур і часто фактично відбувається "через госпіталь".

Респонденти наголошували на потребі додаткового врегулювання цих процедур, тому що напр., під час повномасштабної війни "списувати за правилами, як у цивільному житті є, мабуть, не зовсім правильно".

Як вже вище зазначалось, крім засобів тактичної медицини, на рівнях від стабілізаційного пункту і далі, питання забезпечення і обліку медикаментів, розхідників, устаткування не згадувалось респондентами як проблемне. Радше всі наголошували, що якщо вмієш працювати з формулярами - то немає проблем. Також, за відгуками респондентів, якщо оцінювати зміни в системі кількісно, то у елементів системи (наприклад, стабпунктів), забезпечення в цілому збільшилось в обсязі.

Стосовно стабілізаційних пунктів респонденти ділилися різними враженнями: були ті, хто казали, що відвідані ними стабілізаційні пункти функціонували дуже добре і мали все необхідне; але були й ті, хто відзначав, дефіцит персоналу, ресурсу та/чи погано організовану роботу стабілізаційного пункту. При цьому також зазначалося, що значною мірою відповідальність за комплектування медичним персоналом, забезпечення та організацію функціонування стабілізаційного пункту лежить на керівництві підрозділу і залежить від ініціативності та особистісних якостей останнього.

Варто відзначити, що метод інтерв'ю не дозволяє перевірити фактаж такої інформації, однак вказує на те, що організація функціонування принаймні деяких стабілізаційних пунктів потребує більшої уваги задля покращення їхньої ефективності. Один із респондентів вказав, що більшість стабпунктів, на його думку, "хаотично обладнані" і траплялись випадки, коли він не бачив потреби доставляти туди пораненого бійця, "бо в мене у машині все є". Натомість інші респонденти наводили приклади дуже добре обладнаних стабпунктів та чудово організовану їхню роботу.

«Ситуація на стабпунктах різна. Знов таки, в нас немає синхронізованих дій. І ми знов, і знов, і знов будемо до цього повертатися. Бо є стабпункти, які організовані бригадами, є стабпунк-

ти, організовані волонтерами... вони не працюють за єдиним алгоритмом. Тому от куди потрапиш, як пощастить, так і буде..»

Деякі респонденти говорили про те, що питання стабпункту потребує більшої визначеності (правової, функціональної та процедурної): чим саме та якими фахівцями він має бути укомплектований, який обсяг допомоги пораненим має надаватись тощо. Деякі стабілізаційні пункти, про які говорили респонденти, за устаткуванням та обсягом допомоги фактично можна класифікувати мобільними госпіталями або ПХГ.

Отже, ймовірно, що підвищення правової визначеності стосовно стабілізаційних пунктів та інших аспектів медицини на військовій ланці потребує уваги.

Передова і тактична евакуація

Респонденти зазначають, що евакуація поранених покращилася, удосконалилися її методи. Цей процес, як відзначили більшість респондентів, пов'язаний зі значними ризиками життя та здоров'я військових медиків. Саме тому багато респондентів відзначали, що передова евакуація – процес транспортування пораненого з лінії зіткнення до точки збору поранених та засоби транспортування (броньовані мед-еваки) – є одним з найбільш проблемних і складних етапів.

Відповідно, критичними є наявність транспорту, насамперед броньованого для евакуації з поля бою. Представники військової ланки зауважили, що для цього у них в підрозділах переважно використовують неспеціалізований броньований транспорт (броньовані десантні машини, МТ-ЛБ тощо).

Окремо прозвучав коментар щодо непрозорості розподілу і отримання броньованого спеціалізованого транспорту частинами. Більше того, навіть неброньований транспорт для евакуації, за відгуками інформантів, переважно зібраний та укомплектований за допомогою волонтерів.

Отже, ситуацію з евакуаційним транспортом, особливо броньованим (кейс-еваки, мед-еваки), переважна більшість респондентів військової ланки визначає як критичну.

Питання переливання крові на догоспітальному етапі

Питання про переливання крові було як проблемним, так і дуже дискусійним.

Респонденти, що представляли громадський сектор, вказували на те, що ризики, пов'язані з неправильним переливанням крові з боку тих, хто не має медичної освіти, порівняно з ризиком втрати бійця, є неспівставними, підтримуючи дозвіл на переливання. Натомість їхні «опоненти» виступали категорично проти здійснення переливання крові тими, хто не має медичної освіти і відповідної підготовки, аргументуючи свою позицію відсутністю необхідності в переливанні на етапі надання допомоги бойовими медиками та враховуючи, що на подальших етапах евакуації вже є ті, хто мають право та відповідні навички для проведення процедури переливання.

Також багато респондентів згадували про суху плазму, що, бодай частково, могла б допомогти вирішити питання, однак і тут були представники полярної точки зору, що акцентували можливі побічні ефекти сухої плазми.

Виходячи з вищенаведеного, позиції інформантів можна структурувати так:

- Всі респонденти, які мають вищу медичну освіту (включно з представниками військової ланки), висловились категорично проти переливання крові не-фахівцями на етапах "до стабілізаційного пункту".
- Позиції щодо переливання лікарями на стабілізаційному пункті розходились, проте, це питання вже не викликало гострих дискусій, радше обговорювалась доцільність з огляду на стан пораненого та плече подальшої евакуації.

III. Звіт за результатами дослідження

- Серед основних застережень щодо переливання крові бойовими медиками на етапі “до стабілізаційного пункту”, крім відсутності належної кваліфікації, називали:
 1. проблему зі **зберіганням крові** або її препаратів (дотримання належних холодкових режимів, яке майже неможливе у польових умовах);
 2. поширеність помилок, пов’язаних з **визначенням сумісності крові** (група, резус тощо) та їх майже 100% летальний наслідок;
 3. сильний додатковий **стрес для організму** через трансплантацію органу (крові чи плазми), що важко контролювати у польових умовах.
- Загалом дискусійною виявилась власне оцінка необхідності переливанні крові чи плазми в польових умовах в порівнянні з використанням сухої плазми або інших замінників.
- Учасники наголошували на відсутності належного правового регулювання щодо переливання крові та її отримання чи списання у підрозділах під час активних і масштабних військових дій та наявного законодавства щодо трансплантації.
- Також фахівці з військової ланки говорили про те, що поширеною є відмова лікарів у підрозділах від додаткової відповідальності, пов’язаної з переливанням крові у стабілізаційних пунктах.

Щодо використання препаратів сухої плазми, то серед проблемних моментів зазначали нераціональність системи розподілення за принципом адміністративних областей, а не серед військових частин та упередження щодо її використання “лікарями старої формації”. Водночас, використання препаратів сухої плазми бойовими медиками розглядалось більшістю інформантів як цілком прийнятне.

Один із респондентів, який емоційно висловлювався на користь дозволу проводити переливання крові, сказав, що ті, хто виступають за надання такого дозволу, виступають не за право:

“..всім впихнути холодильник з кров’ю, а [роблять це] для того, щоб ті, хто це має робити і вміє, вийшли з тіні у світлу зону”.

2. Госпітальний рівень

Стратегічна евакуація

Переважно інформанти високо оцінювали організованість та логістику евакуацій. Поряд з цим, переважно на “нижчих” рівнях – від бойових медиків до пацієнтів – були озвучені коментарі про незрозумілість та нелогічність маршрутів, що пояснюється переважно позиціями та рівнем обізнаності респондентів. Кілька разів, як важливий досвід та елемент логістики, згадувалось використання спеціальних поїздів для евакуації та зміни (покращення), які відбулись щодо цього від початку повномасштабного вторгнення.

Цікавим є те, що участь волонтерів в процесі евакуації на будь-якому з етапів оцінювалось інформантами абсолютно по-різному. Були ті, що вважали вкрай важливою їхню залученість до евакуації, особливо від стабілізаційних пунктів до госпіталів або між госпіталями. Проте були й такі, які вважали, що волонтери або волонтерські організації не мають права взагалі займатись евакуацією (зокрема, на тих самих рівнях чи етапах) - оскільки вони “не несуть взагалі ніякої відповідальності” за те, що може трапитись з пораненим в процесі транспортування (напр., аварія чи падіння тощо).

Відстеження шляху пораненого бійця на етапах евакуації та лікування для багатьох респондентів не складає проблеми, оскільки мають налагоджений алгоритм і відповідні напрацьовані контакти, які дозволяють їм тримати ситуацію під контролем. Разом з тим, були респонденти, які відзначали, що після транспортування пораненого з їхнього підрозділу до мед. закладу, вони мусили самостійно добувати інформацію щодо місцезнаходження пацієнта в телефонному режимі чи відряджати окрему людину для фізичного відвідування шпиталів в пошуках пораненого бійця.

Принаймні один із респондентів вжив термін “міжгоспітальна евакуація”, відзначивши, що цей процес організований “дуже непогано” і, відповідно, на цьому рівні є можливість відстежувати шлях пораненого.

Лікування

Загалом, функціонування системи військової медицини на госпітальному етапі (виконання ролей 2б-3-4) оцінювалося інформантами достатньо високо. Так, переважна більшість вважає, що з усіх складових системи - це є найбільш налагоджений та безпроблемний етап. Від початку повномасштабного вторгнення у лютому 2022 року значному підвищенню стійкості системи військової медицини, її гнучкості та ефективності сприяли інтегрування з цивільною медичною системою та створення єдиного медичного простору.

Респонденти, які ділилися власним досвідом перебування у шпиталі, оцінювали його на стільки позитивно, наскільки такий досвід взагалі може бути позитивним. При цьому вони додавали, що траплялися окремі випадки неухважного ставлення, спричинені браком часу, загальною завантаженістю персоналу, великим потоком пацієнтів - що все разом можна звести до обмеженості ресурсу кадрів.

Деякі респонденти вказували на те, що недостатня увага до бійців може мати вкрай негативні наслідки. Наприклад, відновлення рухливості кінцівок потребує вчасності початку лікування та реабілітаційних заходів на ранньому шпитальному етапі.

Один з респондентів акцентував увагу на ролі власної ініціативи з метою покращення отримуваної допомоги:

«..якби просто лежав, то нічого хорошого не сталося б..»

На основі наведених інтерв'ю ми не можемо говорити про систематичність подібних проблем, але можемо констатувати певні тенденції. Наприклад, деякі військово-пацієнти відзначали, що мали кардинально різний досвід в одному й тому ж закладі, але з різними лікарями чи медсестрами, або у різних відділеннях. Деякі наводили приклади неприємних інцидентів, говорили про ліфти, які не працюють, про необхідність відстоювати свої права чи привертати до себе увагу персоналу.

«Що стосується лікарень, тут є велика проблема в тому, що зараз багато цивільних лікарень приймає військових, бо немає місць в госпіталях в достатній кількості. І цивільні лікарні, вони не готові до прийому військових в тому сенсі, що вони потрапляють в різні відділення, там де є місце. І їх починають лікувати ті, хто працює в цьому відділенні. І з одного боку там, звичайно дякуємо, за те, що вони намагаються це робити, з іншого боку, наприклад, в тій же сумській лікарні я опинилась в лор-відділенні. Крім мене в лор-відділенні було там десь 7-8 теж військових з різними пораненнями, у когось там великі рани, у когось там теж акубаротравма, в когось там переломи і так далі. Але лікар не вміє з цим працювати, ну, правда, не вміє. От що б ми не робили, тому, наприклад, там свого чоловіка і свого побратима перев'язувала я, бо я це вмію робити краще, ніж майстри з лор-відділення. ... Бинти, Зеленка і Марля, коли починаєш казати, слухайте,

III. Звіт за результатами дослідження

є препарати на основі срібла, є адаптивні сіточки, купа всього нормального, людського, вони дивляться і вони не розуміють, про що ти їм кажеш.»

«У мене є і хороший, і поганий досвід з госпіталю. І так само, і бійці відгукується, що десь дуже гарно, десь швидко все зробили... а десь там і хамлять, і такого, на жаль, теж багато. У мене було, що я десь в Кривий Ріг привезла хлопця, якому відірвало..., пальців два на руці. Ось. І поки я водила його, значить, до хірурга, його там оформляли, на мене накричало п'ять медсестер по дорозі.»

«З мого досвіду військові шпиталі жахливі. Це просто повний мрак. Реально, це жах... І військові шпиталі, вони більш такі обмежені, там більші обмеження і так далі, бо це, фактично, військова частина. Ось, і вплоть до того, що ти не можеш скористатися візком у себе в кімнаті. У тебе візок на коридорі, і ти з ліжка якимось повзеш, береш візок, потім кудись їдеш, ти не можеш, ну, типу, все неінклюзивно, ну, якби, повна жопа. По-друге, типу, там немає фахівців у військових шпиталях, і вони не хочуть пускати туди фахівців. Тобто, потрапити туди якомусь реабілітологу, це з області фантастики. Ось, тому військові шпиталі – це дуже поганий досвід може бути, і люди гниють в тих військових шпиталях, і ніхто їхньою реабілітацією не займається. На жаль, такі самі проблеми можуть бути і в цивільному закладі охорони здоров'я. У нас не працюють мультидисциплінарні реабілітаційні команди, і люди гниють, людьми ніхто не займається»

Одним з найпроблемніших моментів в шпитальному лікуванні після поранення виявилась коротка тривалість лікування:

«виписали, як тільки я зміг стати на ноги, хоча, власне, стояти чи пересуватись я тоді ще не міг.»

Звичайно, такий інтенсивний режим лікування та швидка виписка можуть бути

легко пояснені великим потоком поранених та їх потребою у ліжко-місцях, що лише ще більше актуалізує питання наступного етапу лікування - реабілітації - та її забезпеченості. Адже потік нових пацієнтів не робить вчорашнього пораненого здоровим.

Реабілітація поранених військових

Як вже було зазначено, навіть якщо інформанти прямо не називали реабілітацію як проблемний момент чи етап у системі військової медицини, всі вони фактично підтверджували наявність проблем з нею або характеризували її як відсутню в принципі.

«Це був госпіталь ветеранів... Він там, госпіталем його не назвеш... по факту там немає якоїсь матеріальної бази, там навіть, щоб просто тобі зробили рентген нормальний, ти маєш йти в приватний центр, ... там, треба було аналізи здавати за свої гроші в приватній ціні... я у вільний час, окремо, ходив, там, до жіночки, як би, кінезіолога, з якою ми, там, індивідуальні,... І потихеньку, потихеньку, навантажуючи, ну, я з нею не дуже довго займався, вона каже, що прогрес нормальний, Це було не завдяки, а всупереч просто моїй військовій частині»

Недостатність самої структури системи реабілітації (зокрема, дуже маленька мережа закладів та програм реабілітації), дефіцит професійних кадрів у сфері реабілітації військовослужбовців, що володіли б відповідною підготовкою, сучасними методами реабілітації та комплексним баченням, потреба у вдосконаленні самих методів та опирання на доказові підходи – основні пункти, відзначені більшістю респондентів.

Наскільки ми можемо судити з оцінок інформантів, наразі реабілітаційний фонд – потенціал розміщення, кадри, методо-

логії – не здатен задовольнити наявні потреби та запит на реабілітацію військових, що є надважливою ланкою у відновленні як здорового людського ресурсу загалом, так і ресурсу, що міг би бути повторно залученим до військової діяльності.

«З реабілітацією все погано. Дуже важко медику визнати, що він щось не може вилікувати... Або не може це зробити швидко і просто. Тому з'являється чимало недоказових методик. Або просто витрачання коштів державних або громади, або волонтерів на фігню. Я це не розумію, я це називаю терміном «терапія конями і лебедями». Це такий мем про проекти арт-терапії. Не тільки арт-терапії, це про те, що в кожному гаражі можна відкрити «реабілітаційний центр», зібрати на це мільйон коштів і всі задоволені. Нам не потрібно стільки реабілітаційних центрів, як у нас робиться і планується ще відкрити. Нам не потрібні «новітні» методики лікування бджолами, конями і якимись там непонятними методиками».

Респонденти, які мали досвід поранення, переважно говорили про те, що власними силами або з допомогою по-

братимів та/або волонтерів знаходили собі реабілітаційні центри і програми. Декілька респондентів вказували на те, що для реабілітації можна залучати і використовувати ресурси цивільної інфраструктури, у тому числі й приватного сектора. Один із респондентів проходив реабілітацію у приватній клініці, яка фінансує програму самої реабілітації за рахунок самостійно залучених спонсорських коштів – тобто пошук грошей не покладається на військовослужбовців.

Окремим моментом у питанні реабілітації, отримання для неї відпустки та документування пересувань пораненого військового є інформування свого підрозділу та отримання документів на підтвердження відпустки для реабілітації. На етапі збору даних для цього дослідження, відбулись певні процесуально-нормативні зміни, що суттєво полегшили даний процес, знявши вимогу про особисту присутність пораненого у підрозділі з метою підтвердження відпустки для реабілітації після поранення. Звичайно, така вимога характеризувалась нашими респондентами, які говорили про це, як абсурдна.

3. Психологічна підтримка і допомога

Більшість респондентів, які висловлювалися щодо підготовки військових психологів, відзначали недостатність тривалості підготовки, низьку якість самої підготовки та невідповідність сучасним викликам і потребам.

Також в фокусі опинились критерії відбору даних фахівців, а точніше їх відсутність – відсіювання практично не відбувалось. З цього приводу один з респондентів відзначив наступне: «закінчують [підготовку-навчання] всі і всі про це знають, що всі закінчать».

Декілька респондентів також вказували на те, що надання базової психологічної підтримки є відповідальністю офіцерів з морально-психологічного забезпечення (МПЗ), на яких покладена значна частина роботи. У цьому контексті респонденти зазначали, що ставлення до офіцерів з МПЗ – як до колишніх «політруків», без розуміння їхньої ролі та сфери відповідальності у сучасних реаліях як зі сторони військовослужбовців, так і деяких керівників.

Дехто з респондентів іронічно зауважував, що офіцери МПЗ – це ті, хто постій-

III. Звіт за результатами дослідження

но тягають за собою принтер, бо відповідають, на їхню думку, у першу чергу за "паперову роботу", яка забирає левову частку їхнього часу, що міг би бути використаний для надання морально-психологічної підтримки бійцям. Декілька респондентів зазначили, що офіцери з МПЗ у підрозділах радше займаються розслідуваннями.

Водночас респонденти наголошували на важливості підтримки морально-психологічного стану ("морального духу") військових у підрозділах, не згадуючи про роль у цьому офіцерів з МПЗ.

Кілька респондентів відзначили позитивну роль капеланів у наданні психологічної допомоги та підтримки морально-психологічного стану військовослужбовців. Проте, один із респондентів наголосив, що вони можуть лише доповнювати – сприяти підтримці морально-психологічного стану – але не можуть повноцінно замінити функції військових психологів.

Багато респондентів, які детальніше у своїх відповідях розкривали теми і проблеми психологічного характеру, звертали увагу на те, що серед цивільних психологів останнім часом з'явилося багато різних ініціатив щодо військових. Тема психологічної допомоги військовим і щире бажання допомогти, на думку деяких респондентів, у більшості випадків все ж не веде до позитивного результату через нерозуміння специфіки військової психології, відсутність відповідної підготовки та додаткової освіти.

Декілька респондентів наводили особисті приклади чи приклади своїх побратимів і посестер безплідної взаємодії з

цивільними психологами, які або ставили некоректні питання, або занадто емоційно реагували на розповіді військових, а тому про надання повноцінної психологічної допомоги вже не йшлося.

У цьому контексті деякі респонденти піднімали питання про систему навчання і підготовки психологів в Україні взагалі - на рівні навчальних закладів; говорилося про потреби ліцензування професійної психологічної допомоги на рівні фахових спільнот за відповідними напрямками тощо.

Загалом, значна частина респондентів мають думку, що система психологічної/медично-психологічної допомоги військовим на місцях у частинах та/або під час реабілітації є недостатньо забезпеченою та розбудованою і, щоб почати хоча б більш-менш ефективно функціонувати, дана ланка потребує системної роботи. Те ж саме стосується психологічної допомоги ветеранам.

Серед інших проблемних моментів, крім наявності кваліфікованих і компетентних фахівців та програм для їхньої підготовки, багато інформантів згадали упередження серед військових щодо самого звернення до психологів, психіатрів чи психотерапевтів, особливо - цивільних. На їхню думку, військова (суб)культура, як така, не сприяє зверненню військових до психолога - це ніби руйнує образ сильного і впевненого чоловіка та підважує маскуліність. Тож даний аспект також вимагає системної роботи, зокрема поширення думки про те, що "нормально потребувати психологічної підтримки" та просити чи шукати кваліфікованої допомоги.

4. Кадрове забезпечення

Проблема відновлення сил медиків відзначалася респондентами на всіх рівнях, один із яких іронічно відмітив, що не знає такого слова, як "ротація". Багато респондентів наголошували на тому, що можливість відновити сили є ключовою і дуже важливою. Вони також вказали, що станом на зараз, попри високу вмотивованість товаришів по службі/колеги, достатньо високим є ступінь виснаженості, що негативно позначається на їх роботі. Відповідно, це вказує на значний запит щодо можливості відпочинку та відновлення сил для продовження служби і якісного виконання покладених на них обов'язків.

Найбільш критичним є забезпеченість кадрами на "нижніх" або військових (бойових) рівнях. Особливо це стосується бойових медиків, які фактично за посадами і статусом є рядовими військовими своїх підрозділів, які беруть участь у штурмових походах. Багато респондентів відверто заявляли, що "бойових медиків вибивають" - вони є для ворога пріоритетною цілью.

Проблемою є і комплектація медичних рот та підрозділів медичним персоналом і фахівцями. Найбільш затребуваними спеціальностями є хірурги, анестезіологи, травматологи тощо. Тут деякі респонденти говорили про недосконалість роботи ТЦК і СП під час мобілізації медичних працівників та подальшого розподілення, про складність підбору належно кваліфікованого персоналу до стабілізаційних пунктів.

Окремим питанням є кваліфікація як вже наявних медичних фахівців в лавах ЗСУ, так і нещодавно мобілізованих. За відгуками респондентів, більшості фахівців не завадило б навчання щодо актуальних підходів і технік та специфіки воєнних поранень і травм – і це актуально як для кадрів з цивільної медицини, так і для їх колеги з військовою медичною освітою.

Усі наші респонденти-лікарі - від військової ланки до командування - говорили про вищезгадане питання невідповідності посад кваліфікаціям і проблему відсутності у багатьох кваліфікованих лікарів офіцерських звань, що призводить до розподілення цих фахівців на не-лікарські позиції чи посади під час мобілізації.

Очікувано, на подальших рівнях (ПХГ, госпіталі різних рівнів тощо) проблема з кадрами не відчувалась так гостро і про неї говорилося менше.

Водночас варто зазначити, що навіть на рівні стабілізаційних пунктів більшість респондентів зазначали, що все ж таки мають час на невеликий перепочинок у вигляді кількох днів відпустки та про те, що є можливість "підстрахувати" або "замінити" колегу, за потреби.

Дещо дискусійним виявилось питання додаткових винагород та доплат (грошового забезпечення).

Одні респонденти вважали, що у переповненому шпиталі на етапі ролі 2б чи 3 лікар може бути завантажений не менше, ніж на передовій у стабілізаційному пункті, тож мав би отримувати більшу доплату за інтенсивність праці; інші - що за сам факт роботи на передовій слід доплачувати значно більше, порівнюючи з роботою "в тилу" - тож для них наявна ситуація є виправданою. Окремо деякі респонденти (особливо на госпітальній ланці) згадували питання врегулювання доплат тим лікарям, які "прикріплені" до госпіталів, наприклад, Запоріжжя чи Дніпра, проте регулярно їздять у ротації в ПХГ чи мобільні госпіталі.

III. Звіт за результатами дослідження

5. Документування та цифровізація

Респонденти, які говорили про збір медичних даних, зазначали його недосконалість та вказували на закритість інформації (невдалі спроби отримати останню).

Ймовірно, йшлося про оцінку санітарних втрат, однак більш конкретної інформації про те, яка саме інформація (детально) збирається і як (в який спосіб чи з якими цілями) опрацьовується, респонденти не надавали. Частина респондентів, переважно управлінського рівня військових підрозділів (напр., начмеди), госпіталів або КМС зауважили (без деталізації), що така інформація збирається та аналізується з метою покращення роботи на відповідних ланках, безпосередньо в їхніх сферах відповідальності, і складає значну частину їхньої роботи.

Загалом, потребу цифровізації процесів відзначали практично усі респонденти. Більшість із них ділилися власним досвідом (ті, що відповідальні за це, роз-

повідали про досвід розробки, впровадження, а також про роботу з наявними цифровими рішеннями на своїх ланках), зазначали, що належна цифровізація спрощує роботу і вивільняє часовий і людський ресурс, що може бути залучений для інших справ. Разом з тим, від респондентів також можна було почути занепокоєння щодо безпеки даних, про потенційні проблеми у разі, якщо ворог отримає доступ до баз даних, що містять інформацію про наших військових.

Окремі респонденти також піднімали питання про те, яка інформація з баз даних військової ланки може бути доступною цивільним закладам: в якому обсязі, за яких умов та гарантій безпеки, що з цивільних баз даних не буде витіку інформації тощо.

Один з респондентів також відзначив, що й захищений зв'язок також покращився з момент повномасштабного вторгнення.

6. Потреби ветеранів

Оцінюючи потреби ветеранів у медичній допомозі та супроводі, більшість респондентів говорили про це, як про комплексну відповідальність різних структур, насамперед Міністерства ветеранів, громадського сектору тощо. Один респондент зазначив, що йдеться не стільки про надання пільг, скільки про можливість інтегрувати ветеранів у суспільство.

Зі слів одного з респондентів: "...той, хто став професійним вбивцею, не стане пасічником..", - чим висловив сумнів щодо можливостей повноцінної реінтеграції військових у суспільство

Хоча серед інших респондентів підтримки такого бачення не виявилось.

Про створення відповідних умов для цього потрібно починати думати вже сьогодні, наприклад, для роботодавців - у вигляді стимулів наймати на роботу ветеранів.

Також, більшість респондентів зауважили, що держава має гарантувати надання певного обсягу або "пакету" послуг щодо медичного, медико-психологічного та соціального супроводу для ветеранів. У цьому контексті слід наголосити, що це вимагатиме комплексної роботи та узгодження дій різних міністерств та громадських ініціатив.

7. Військово-лікарські комісії та встановлення (не)придатності

На питання про визнання частково чи повністю непридатним до служби від деяких респондентів ми отримували відповіді, що цей процес відбувається відповідно до законодавства і не викликає у них зауважень. Натомість інші респонденти казали про те, що робота ВЛК в цілому потребує покращення, зокрема щодо організації процесу задля мінімізації черг. З відповідей респондентів складається враження, що однією з ключових проблем є ефективна організація роботи ВЛК - без черг, з електронною системою запису до лікарів тощо.

Проте один з респондентів відзначив, що його власна спроба перевірки наявності черг не підтверджує дану інформацію – принаймні у ВЛК, яку він особисто відвідав, натовпу людей виявлено не було.

Важливо, що респонденти відзначали недостатню поінформованість бійців про те, що саме потрібно для проходження ВЛК – перелік документів та довідок, належний порядок їх оформлення:

«...з чим абсолютний провал, це з інформуванням. Люди, які з цим стикаються на етапі власного поранення, вони взагалі не знають, що вони можуть робити, що вони не можуть робити, що сміє робити держава, що не сміє робити держава. Скільки в нас було поранених з ампутаціями, стільки разів мені доводилось їм надсилати всі алгоритми, і всі до єдиного були здивовані, що держава займається протезуванням. Вони були абсолютно впевнені, що це суто волонтерська історія, що це неможливо там захищувати державу. Але щось типу, я не знаю, можливо, інформаційний буклетів, локацій, хоч чогось, має бути на кожному кроці в кожній лікарні, в якій може опинитися поранений. Те саме стосується документації, яка має бути у пораненого, бо більшість взагалі про це не

думає і не знає, що там форма номер 5 потрібна, про обставини поранення, що форму 100 треба собі зробити, а не віддати кудись склеєну історію хвороби, що в виписці має бути все вірно написано. У мене один з моїх побратимів, який теж отримав важкі уламкові поранення, в тому числі поранення легень під час виконання бойової задачі, в нього в формі 100 в документі було написано, звернувся з приводу болі в правому підбер'ї. І воно далі йде на основі цієї форми 100 йде вся історія...»

Також частина респондентів говорили про потребу в уточненні критеріїв для визнання придатності/непридатності/обмеженої придатності чи можливості служити у певних родах військ, на певних посадах тощо (т. зв. "402 наказ"); часто зазначалася їхня невідповідність актуальним викликам, потребам та ситуації на фронті.

Респонденти також відзначали, що залучення цивільних лікарів або закладів до роботи ВЛК є позитивним моментом, однак вказували на те, що відповідальність у військовій та цивільній системі і, відповідно, пов'язані з цим ризики (зокрема корупційні) є різними - вищими у випадку цивільних ВЛК.

Один з респондентів з цивільної медицини зазначив, що ведення документів і звітності з визнання частково чи повністю непридатним до служби у перші місяці роботи у ВЛК викликали особливі проблеми - на заповнення одного документу доводилося витратити до 5 годин. Однак з напруженням досвіду цей час суттєво скоротився. На його думку, форми можна було б спростити чи зробити зручнішими. Цей же респондент відзначив, що якість роботи лікарів ВЛК на базі ТЦК та СП викликає у нього сумніви, спричинені випадками, коли до лав ЗСУ потрапляли дійсно хворі, непридатні до служби люди.

III. Звіт за результатами дослідження

Один респондент з військової ланки зазначив, що така ситуація спонукається війною, бо, за його словами, «ми або граємо у здоров'я, або воюємо». Водночас, були респонденти з військової ланки, які бачать проблему в мобілізації людей з певними хронічними захворюваннями або

станами, що здатні до загострення та вимагають подальшого оперативного реагування безпосередньо у підрозділах.

Система МСЕК загалом респондентами сприймається скептично і характеризується як «радянська» та «заздалегідь корупційна».

8. Інтегровуваність військової та цивільної систем медичної допомоги

Інтегровуваність систем цивільної та військової медицини характеризувалась респондентами як така, що активно запроваджується, або вже існує, однак потребує вдосконалення, зокрема на рівні відповідальності цивільної медицини.

Деякі респонденти також відзначали, що в умовах війни вся медицина стає військовою, і це потрібно враховувати, в першу чергу, на рівні цивільної медицини, зокрема задля створення єдиного простору або спільної системи, що дозволить покращити загальну взаємодію між різними структурними елементами обох систем.

У цьому контексті деякі респонденти наводили приклади, коли цивільна система не була готова до значних викликів, спричинених війною, особливо щодо того, як працювати з вогнепальними чи мінно-вибуховими пораненнями.

Деякі респонденти зауважили, що внаслідок повномасштабної війни Україна має потужну напрацьовану практику, зокрема щодо роботи з мінно-вибуховими травмами, якого, на їхню думку, не мають країни НАТО. Цей аспект може бути корисним і потрібним як нашій країні, так і закордонним партнерам, а тому здобутий досвід потребує ретельного опрацювання, як на рівні військової, так і на рівні цивільної медицини.

Ухвалення рішення про переведення та саме переведення на лікування до цивільного закладу за словами респондентів відбувається без особливих проблем, хоча

траплялися випадки значних затримок, спричинених бюрократичністю процедури підготовки документів. Стосовно останнього, деякі респонденти зазначали, що «у підрозділах медики не знають, які довідки можуть виписувати», що у подальшому може ускладнювати шлях пораненого чи хворого бійця - коли бракує відповідних супровідних документів.

У контексті взаємодії військової та цивільної систем медицини, кілька респондентів зазначили, що залучення цивільної медицини є важливим чинником, який позитивно впливає на ситуацію, однак часто постає питання про відповідальність цієї ланки. Оскільки відсутність системи контролю дій цивільних лікарів, що працюють з військовими, призводить до вищих корупційних викликів. Зауважимо, що таких коментарів від респондентів було небагато, хоча питання відповідальності і контролю стосовно обох систем піднімали багато респондентів.

Серед позитивних моментів створення єдиного медичного простору деякі респонденти зауважили фактичне збільшення обсягу ресурсів, як кадрових, так і матеріальних, залучення яких для лікування поранених військових стає можливим/доступним.

Як було зазначено раніше, важливим є набуття цивільними лікарями досвіду лікування вогнепальних та мінно-вибухових травм, що підвищує їхню кваліфікацію та здатність надавати допомогу, зокрема цивільним, що постраждали від військових дій.

9. Волонтерська підтримка

У цілому респонденти відзначили вагому роль волонтерів. Взаємодію з ними, яка дає найкращі результати, можна узагальнити цитатою одного з респондентів: **“хороша річ - волонтери, які знають, що роблять”**. Йдеться про ситуацію, коли волонтери доставляють саме те, що потрібно підрозділам - тобто якісну продукцію, яка до того ж вже відповідним чином розсортована, оскільки деякі респонденти озвучували ситуації, коли через фізичну нестачу **“робочих рук”** і часу було просто неможливо розібрати і розсортувати доставлене волонтерами; відповідно, надане ними не могло бути використаним, і просто лежало.

За умови налагодженої співпраці як з компетентними волонтерами, так і з іншими підрозділами, деякі респонденти зазначали, що могли скеровувати надану допомогу до колег, які найбільше її потребували. Як сказав один із респондентів: **“..зараз дістати будь-що легше, ніж колись..”**, як завдяки значним обсягам між-

народної допомоги, так і підтримці волонтерів, які надзвичайно високомотивовані у своїй роботі.

«Наше, як волонтерів, задання – це, щоб усіх медиків на цьому етапі були для цього необхідні якісні засоби, і щоб вони, саме головне, були вчасно. Тобто, щоб вони були там не через два місяці, а були відразу. Саме під це ми і налагодили нашу роботу [на довгострокову перспективу]»

За оцінками наших респондентів, доля внеску волонтерів та волонтерських організацій, найбільша на рівні тактичної медицини, де вони допомагають як з навчанням чи інструкторами, так і з матеріально-технічним забезпеченням. Проте фактично - волонтери задіяні тим чи іншим чином майже на всіх ланках військової медицини та у процесах реабілітації чи соціальної адаптації ветеранів. Майже у всіх респондентів були позитивні історії про співпрацю з волонтерами.

III. Звіт за результатами дослідження

10. Громадський / цивільний контроль за збройними силами

Питання громадського/цивільного контролю більшість респондентів сприймали як зайве втручання цивільних у справи військових, яке може завдати лише шкоди, або вказували на те, що цивільні, які намагаються опікуватися цими питаннями, мають низьку обізнаність у проблематиці, за яку беруться.

Деякі респонденти також відзначали, що залучення фахівців з боку цивільного сектору має бути відповідальністю МОУ або КМС, які могли б налагодити взаємодію з людьми, що можуть бути корисними у їхній діяльності. У цілому це питання також стосується важливості залучення висококваліфікованих кадрів - як на всіх ланках досліджуваної системи, так і для допомоги ЗСУ з боку цивільного сектору.

Один з респондентів дещо іронічно відзначив, що цивільний контроль над військовими потрібен для того, щоб "ЗСУ не здійснили державний переворот", але зауважив,

що окрім цього професійна діяльність ЗСУ з оборони держави та звільнення окупованих територій не потребує ані зовнішнього втручання, ані якогось особливого нагляду. Деякі респонденти зауважили, що вимога мати цивільного як міністра оборони і є проявом цивільного контролю.

Слід також зазначити, що першочергова реакція респондентів на питання про громадський контроль – дещо критична, особливо що стосується "обговорення у фейсбуці" чи інших соціальних мережах. Декілька респондентів зазначили, що на фоні зростання загального інтересу суспільства до військової медицини, деякі особи можуть робити на цьому "зайвий піар". Кілька респондентів також відзначили, що винесення обговорень "у фейсбук" не завжди йде на користь, інколи перетворює важливі обговорення дійсно критичних моментів на "піар" або на заробляння зацікавленими особами політичних дивідендів.

11. Формування політик

На питання про вироблення політики та, відповідно, про відповідального за це, респонденти давали різні відповіді, виходячи з різниці у своїх позиціях, перспективах та досвіді.

Так, частина вказали на те, що за формування політик щодо військової медичної системи відповідає Командування медичних сил. Були й більш детальні відповіді, якими відзначалась вага роль МОУ та МОЗ, які беруть участь в комплексній розробці. Зокрема розробкою та впровадженням стандартів і протоколів лікування займається саме МОЗ.

Один із респондентів зауважив, що саме МОЗ могло б бути основним партнером волонтерів та громадського сектору - структурою, що здатна констру-

тивно впливати на діяльність цивільних організацій та робити їх допомогу більш ефективною. Також декілька респондентів відзначили, що політика, звісно ж, розробляється зверху, але вагомим фактором для ініціювання змін і привернення уваги до проблемним питань є суспільний тиск. Інший інформант зауважив, що основним агентом формування політик є великий бізнес - зокрема фармацевтичні та медичні компанії.

Інша частина респондентів зазначила, що політики "радіше формуються знизу" під тиском суспільства або військових. Були й ті, хто говорили про те, що основним чинником та агентом формування є контекст або час - тобто політики "формуються часом" або "під

тиском обставин". При цьому, у впровадженні політик та "змін на вимогу часу" ці респонденти не відкидали ієрархічного принципу "згори-вниз".

Ті респонденти, кого ми безпосередньо питали про те, чи вони читали Воєнно-медичну доктрину України, відповідали "так".

12. Принципи діяльності та мотивація з їхнього дотримання

Окрім поодиноких респондентів, які зазначили, що не вірять у можливість винагороди за їхні особисті здобутки (у цьому контексті згадувалося "кумівство", але не безпосередньо таке, з яким вони стикалися, такі конкретні приклади ніхто не наводив, тут йшлося про феномен "десь там" або на іншому рівні), переважна більшість респондентів вказували на те, що їхнє керівництво вітає ініціативність і створює для них можливості якісно виконувати свою роботу. Деякі респонденти також іронічно зауважували, що цінують те, що їм не заважають виконувати свою роботу.

Усі опитані (на всіх рівнях) виказували високу міру самовмотивованості до виконання безпосередньо своєї роботи. Разом з тим, кілька респондентів зауважували про побоювання інших, дії та ініціативи яких потенційно можуть йти всупереч правил.

Безпосередньо від наших респондентів ми не почули приклади того, що вони особисто мали подібні інциденти чи що їхні побоювання втілювалися в конкретних «санкціях» проти них особисто. Але як приклади наводились поодинокі випадки зауважень щодо невідповідності кількості транспортних засобів «нормі», встановленій для даного структурного підрозділу або несанкціоноване водіння авто командиром підрозділу (функція водія). Також звучав приклад, який можна було б класифікувати як безініціативність, пов'язаний з небажанням командирів брати обладнання чи транспорт "на баланс", пояснюючи це словами "ми всі сядемо".

«[система] заохочує якраз навпаки таких "захованців" [тих, хто зараз уникає активних дій всередині системи]. Краще сидіти, нічого не робити, і дочекатися своєї пенсії. Це загальне в армії. Це загальна доктрина, яка на вищих командних рівнях показала свою ефективність для особи, тому вони за нею тримаються. Поки ці люди не зміняться молодими наступниками, нічого не буде»

Отже, більшість наших інформантів говорили про те, що керівництво (військове та медичне, залежно від випадку) підтримує їхні ініціативи, дослухається до їхньої думки і вони бачать сенс і зміст у своїй роботі.

На питання, що саме система в цілому винагороджує, звучали наступні відповіді: якісне виконання своєї роботи, яку можна наглядно оцінити (наприклад, кількість врятованих життів або тих, хто був "повернений у стрій") та "правильно заповнені документи".

Останнє, судячи з усього, забирає у них багато часу, що в черговий раз підіймає питання про спрощення звітності, впровадження електронного документообігу тощо.

Тут також слід зазначити, що на питання, "а що для вас є показником добре виконаної роботи" переважно інформанти давали відповіді про збереження життя та здоров'я військових або про докладання максимальних своїх зусиль до цього:

«..бо не всіх в принципі можливо врятувати, але я знаю, що зробив/ла все можливе...»

При цьому, часто обсяг та пріоритетність цих обов'язків визначалися самими

III. Звіт за результатами дослідження

інформантами, переважно у бік збільшення через брак кадрів та велике навантаження.

«...в системі медицини б'ють за те, що проявляєш ініціативу, пишеш багато запитів, багато чого хочеш, пропонуєш... Хвалять за правильно налагоджений процес, коли документація в порядку, коли всі папірці правильно оформлені, розкладені, зроблені. Скажімо так, керівництву важливо, щоб все було по правилам, по інструкціям, і щоб не порушували, і щоб їм не прилітало з Фейсбука або від їх керівництва».

Насамкінець основні принципи, на яких базується надання допомоги зі слів опитуваних. Найперше, що слід відзначити - більшість респондентів не протиставляли "як є" та "як має бути". На прями питання чи є наразі розбіжність між тим, що є, і тим, що має бути, відповідали "ні".

«В цілому головним принципом військового системи охорони здоров'я є виконання державного замовлення на військові дії [тобто виконання певних планів, відповідність цифрам]. Тобто військова медицина – це не гуманістична медицина. Вона не займається тими гуманістичними цінностями, про які ми з Вами говоримо у розрізі медицини»

Всі респонденти говорили про пріоритет збереження життя та здоров'я і швидке відновлення. Проте конкретні формулювання могли відрізнитися – для одних значущим було повернення військових у стрій, інші не акцентували на цьому увагу.

Деякі окремо відзначали важливість збереження гідності людини/пораненого, проте часто це звучало як відповідь на задане нами питання.

IV. Висновки та Рекомендації

Висновок 1

Фактично створений єдиний медичний простір, що об'єднує військову та цивільну системи охорони здоров'я, який є швидким тимчасовим рішенням, що наразі не набуло формалізації та системності із визначеними цілями, структурами, процесами та ролями у межах такої системи, які можуть відрізнятися у мирний час і особливий період

Зокрема,

A. Ускладнена мобільність людей та інтероперабельність інформації при переході зі статусу цивільного у статус військовослужбовця чи навпаки (відстежуваність шляху в системі)

B. Дублювання фінансування медичних послуг за кошти платників податків, особливо у мирний час

C. Відмінність у стандартах надання медичних послуг, відповідних практиках, що застосовуються в межах цивільної та військової систем охорони здоров'я, недостатня адаптація цивільних галузевих стандартів до потреб військових, майже відсутні стандарти надання медичної допомоги у цивільній системі, яка у воєнний час приймає значну кількість пацієнтів-військовослужбовців

D. Гідність людини не є наскрізним фокусом уваги. Військова система охорони здоров'я натомість налаштована виключно на підтримання боєздатності війська та, відповідно, на якнайшвидше повернення пацієнта до виконання бойових завдань.

E. Мобілізація громадян на посади, що передбачають виконання завдань, пов'язаних із порятунком життя військовослужбовців, має дефіцитність системного навчання; професійна підготовка та практичний досвід, здобуті в мирний час, нівелюються через відсутність військової підготовки/звання, що в своїй сутті являється нераціональним використанням професійного ресурсу медичних кадрів.

Рекомендації щодо Висновку 1

- Імплементувати/інтегрувати досвід функціонування системи, здобутий за час широко-масштабного вторгнення, в доктринальні документи та затвердити нову Військово-медичну доктрину України (попередня від 2018 року).
- Впровадити уніфіковані стандарти, процеси надання домедичної і медичної допомоги, що наскрізно притаманна для всіх сил оборони та ґрунтується на загальних підходах, що спільно використовуються в цивільній і військовій системі охорони здоров'я (максимально уніфікувати професійні стандарти та траєкторії навчання у сфері цивільних і військових професій, пов'язаних з домедичною, екстреною та іншими видами медичної допомоги)
- Впровадити людиноцентричний підхід до надання домедичної і медичної допомоги як наскрізний принцип для обох систем охорони здоров'я як через належні показники ефективності, де це релевантно, так і через tone of voice керівників усіх ланок задля зміни організаційної культури.
- Упорядкувати та здійснити автономізацію мережі закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України (перетворення на державні казенні підприємства), що в мирний час дозволить надавати медичні послуги пацієнтам безвідносно статусу і доступ населення до таких послуг через ПМГ. На час воєнного стану автономізація дозволить закладам охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України ефективно і більш гнучко використовувати доведені кошти та удосконалить управлінську культуру.

IV. Висновки та Рекомендації

- Збалансувати міркування щодо загального інтересу з захисту держави, з одного боку, та індивідуальних прав та законних інтересів військовослужбовців - з іншого, з метою забезпечення сталості системи в цілому. Спроможність держави вести війну прямо пропорційна до здатності берегти життя кожного військовослужбовця. З огляду на обмежений мобілізаційний ресурс у порівнянні із державою-агресором, збереження життів є ключовим питанням, що має визначальне значення для ходу війни в середньо- та довгостроковій перспективах.
- “Прошити” цінність людини, її життя та здоров’я, як одну з ключових функціональних вимог до військової системи охорони здоров’я, що відображається в цілепокладанні для кожної ланки/структурного елемента системи у відповідних політиках.

Висновок 2

Держава не виконує належно функцію, що передбачає надання справедливо очікуваного обсягу стандартизованих медичних і супутніх послуг за універсальними стандартами всім військовослужбовцям. Водночас, з іншого боку, держава не делегує належно іншим акторам (неурядовому сектору, органам місцевого самоврядування) виконання функцій, що спрямовані на задоволення окремих індивідуальних потреб, де унеможливлена агрегація і централізація забезпечення.

Зокрема,

A. В системі як на госпітальній, так і на військовій ланці, є “зірки” і є “аутсайтери”. Зірки з кожним періодом зростають (залучають кращі кадри та технічні засоби, увагу з боку донорів, благодійників та ЗМІ, створюють дієві патронатні служби тощо). При цьому аутсайтери позбавлені внутрішньої та зовнішньої мотивації розвиватись.

B. Держава належно не кодифікує та відповідно не впроваджує мінімальні стандарти кваліфікацій та комплектування в межах тієї чи іншої діяльності, що пов’язана із домедичною і медичною допомогою на обох ланках забезпечення. Нестача нормативного та управлінського наповнення відповідних процесів компенсується ініціативою на місцях, де функціонери на власний розсуд організують діяльність відповідних підрозділів. Приклади - стабілізаційні пункти, навчання бойових медиків і їх кваліфікаційні характеристики, контроль якості при прийманні медичного майна та застосування медичних виробів тактичної медицини та їх стандартизації, організація передової евакуації, проходження ВЛК, організація реабілітаційної допомоги тощо.

C. Ініціатива на місцях залежить від особистісних якостей відповідних людей. За умов фактичної відсутності кадрової політики у війську, якість та обсяг такої ініціативи суттєво відрізняється від підрозділу до підрозділу. Таким чином, військовослужбовець не може обґрунтовано розраховувати на належний рівень надання домедичної і медичної допомоги безвідносно місця проходження служби.

D. Волонтери продовжують виконувати часткове “заміщення” держави в питаннях медичного забезпечення. Найбільш очевидним таке заміщення є в питаннях медичного постачання засобів з тактичної медицини та розхідних матеріалів. Водночас таке заміщення також спостерігається в питаннях організації навчання бойових медиків, надання психологічної допомоги, подекуди тактичної евакуації, реабілітації, соціальної підтримки тощо.

Рекомендації щодо Висновку 2

- Розбудувати систему, яка заохочує всіх тримати уніфікований і стандартизований середній рівень, на який може розраховувати військовий (пацієнт), його родина, командир на всіх етапах надання домедичної і медичної допомоги.
- Впровадити чіткі стандарти і вимоги до структури, штатів, навчання і підготовки, комплектації, забезпечення, постачання, обліку та списання, підвищення кваліфікації в системі медичного забезпечення військ у мирний час і особливий період
- Систематизувати функції моніторингу та контролю за стандартами та вимогами через впровадження управлінських інструментів, систем із заохочення та покарання (передусім не в розумінні законодавства про адміністративні чи кримінальні правопорушення, але в менеджеріалістській логіці сприяння бажаній поведінці).
- Визначити види допомоги, в яких держава за визначенням не може ефективно виконувати функції надавача блага, та делегувати надання таких послуг органам місцевого самоврядування, неурядовому сектору. Йдеться про послуги, де агрегація унеможливлена через відсутність стандартизації потреб (унікальні ситуації, специфічні обставини). У разі готовності держави фінансувати такі послуги, модель фінансування може бути побудована за принципом “квазі-ринку”, де провайдери обиратимуться бенефіціарями, а платником виступатиме держава. У разі неготовності уряду до фінансування певних послуг, функція держави полягатиме принаймні в регулюванні якості надання таких послуг безвідносно платника.
- Заохочувати формування “компетентної допомоги армії” з боку організацій громадянського суспільства, благодійних фондів та волонтерських організацій з формуванням експертизи у предметах допомоги та спеціалізації за видами/типами підтримки

Висновок 3

Брак інституційного та персонального лідерства в сфері військової медицини з боку Міністерства оборони України, множинність центрів ухвалення рішень без належної експертизи з розмиттям відповідальності та повноважень

Зокрема,

А. Відсутні інституції, що концептуалізують роль та місце військової системи охорони здоров'я (не тільки медицини) в межах єдиного медичного простору, забезпечують дотримання цілісної функціональної логіки, наскрізної для закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони та домедичної і медичної ланки в межах бойових підрозділів і по всій вертикалі військового управління.

В. Відсутні підготовлені люди та команди в межах держави, об'єднані проектно чи інституційно (організаційно) задля аналізу, накопичення досвіду та експертизи і формування та реалізації такого цілісного бачення у вигляді публічних політик із залученням широкого кола стейкхолдерів із ЗСУ, урядового і громадського секторів.

С. Брак рефлексії щодо досвіду, набутого в процесі надання медичних послуг як на військовій, так і на госпітальній ланці, що ускладнює або унеможлиблює активний розвиток і удосконалення системи зсередини, відбір та впровадження інновацій, заохочення ініціативи. Натомість стимулами для розвитку наразі слугують переважно зовнішні подразники (інші органи державної влади, інститути громадянського суспільства, окремі лідери суспільної думки).

IV. Висновки та Рекомендації

D. Консервація поточних практик та норм, які їх спричинили, без належного переосмислення, що призводить до дисонансу між актуальними потребами та внутрішніми процесами. Застарілі штатні розписи медичних служб військових частин, облік і списання майна, слабе проникнення цифровізації, невідповідність кількості та якості ВЛК потребі визначення придатності та залучення на службу, некомпетентна мобілізація, як очевидні приклади.

Рекомендації щодо Висновку 3

- Розбудувати у межах Міноборони організаційну та кадрову спроможність з аналізу і формування політики у військовій системі охорони здоров'я. Така спроможність включає, зокрема, створення нового структурного підрозділу у вигляді Директорату з військової медицини, який аналізуватиме і формуватиме цілісні політики із залученням широкого кола стейкхолдерів (розроблена відповідна Аналітична записка із рекомендаціями і структурою підрозділу***)
- Системно накопичувати знання завдяки збору даних, аналізу та рефлексуванню щодо власного і міжнародного досвіду в межах спеціально створених і адаптованих до умов України національних професійних структур (Національний комітет з тактичної медицини, Об'єднана система травми України тощо) чи/або належного представництва у відповідних структурах з метою узагальнення досвіду і впливу на формування керівних настанов і стандартів
- Запустити функцію розробки політики в межах центрального органу виконавчої влади (МОУ) через створення належного організаційного підґрунтя та довести для впровадження такої політики відповідним елементам військової системи ОЗ в межах структур ЗСУ та бажано усіх Сил оборони із регулярною оцінкою зворотного зв'язку щодо тих чи інших політик - їхня сталість, стійкість, відповідність суспільним очікуванням, верхньорівневим цілям держави та міністерства, а також результативність та ефективність в досягненні таких цілей.
- Заохотити формування експертних організацій за профілями політик в урядовому і неурядовому секторі для підвищення якості аналізу і формування політик, в тому числі за рахунок підтримки партнерів і міжнародної технічної допомоги.

*** Аналітична записка (Додаток)

Новий структурний підрозділ Міністерства оборони України

Директорат (департамент) військової медицини ДВМ МОУ
(Military medicine directorate of Ministry of Defence of Ukraine)

Для чого?

Максимальна реалізація прав на збереження та відновлення фізичного і психічного здоров'я, повернення в стрій після поранень і хворіб військовослужбовців ЗСУ та інших Сил Оборони України, гідності та людиноцентричності на усіх етапах медичного забезпечення і в усіх доступних вимірах, на основі сучасних досягнень військової і медичної науки і практики та досвіду України 2014(22)-2023 рр., у координації з євроатлантичним інтеграційним курсом, є наріжним каменем збереження і посилення боєздатності та боєготовності ЗСУ в умовах триваючої війни та запорукою нашої перемоги та збереження кількісно обмеженого людського потенціалу держави і мобілізаційних спроможностей у майбутньому, високої підтримки ЗСУ і Сил Оборони з боку громадянського суспільства.

Контекст: Під час частково політично обумовлених реформ медичної служби ЗСУ у 2018-2020 рр. - на початку 2020 року МОУ остаточно втратив функцію формування політики і лідерство у системі охорони здоров'я військових. Історично Головне військово-медичне управління (ГВМУ) — орган управління медичної служби Збройних сил України у 2018-2020 рр. підпорядковувалось Міністру оборони України, а з питань планування, застосування, управління силами і засобами медичної служби Збройних Сил та їх підготовки було у підпорядкуванні начальника Генерального штабу — Головнокомандувача Збройних Сил України. ГВМУ - як перехідний орган управління

медичного забезпечення - було створено спільною директивою Міністерства оборони України та Генерального штабу ЗС України у 2018 році на базі Центрального військово-медичного управління Збройних Сил України (ЦВМУ) (перебувало у підпорядкуванні Генерального штабу, яке було розформоване наприкінці 2017 року) та Військово-медичного департаменту (ВМД) Міністерства оборони України (розформований на початку 2018 року). У лютому 2020 було ГВМУ переформовано у новий керівний орган управління Медичної служби України — Командування Медичних сил (КМС) Збройних Сил України. Створене КМС ЗСУ за своєю суттю є окремим органом військового управління під керівництвом ГК ЗСУ, яке реалізує політику медичного забезпечення військ, але не може її формувати. Завищені очікування від КМС призвели до значного суспільного резонансу при виявленні проблем з тактичною медициною, передовою евакуацією, навчанням, турнікетами і переливанням крові в польових умовах, системою визначення придатності до військової служби (ВЛК), тактичною і стратегічною евакуацією, лікуванням військовослужбовців у військових та цивільних закладах та ін., збільшеним тиском на МОУ з вимогами змін у системі військової медицини та медичному забезпеченні військ, реформуванню ВЛК, системи надання допомоги хворим чи/або пораненим військовим на усіх етапах, їх фізичної і психічної реабілітації до повторного визначення придатності після лікування та повернення в стрій.

Що?

Повернення спроможності формування політики в сфері військової системи охорони здоров'я у Міністерство оборони України шляхом створення нового структурного підрозділу – Директорату військової медицини МОУ, який забезпечить **лідерство** у формуванні цілісних політик військово-медичного забезпечення військовослужбовців ЗСУ та інших Сил Оборони як всередині системи МОУ (Головком, ГШ, КМС), так і у зовнішній тісній взаємодії з іншими органами влади (Президентом як Верховним головнокомандувачем, КМУ, МОЗ, МВС, СБУ, МінВет, МінСоц, ВРУ та ін), громадянським суспільством, волонтерськими організаціями та добровольчими ініціативами на основі представництва та інклюзії усіх стейкхолдерів та зацікавлених сторін; а також візьме на себе забезпечення належного цивільного і демократичного контролю за ЗСУ та Силами Оборони в царині медичного забезпечення.

Завдання - аналіз і формування політик:

- взаємодії військової (Сил Оборони) та цивільної систем ОЗ та їх фактичної і цифрової інтероперабельності як єдиної системи в «єдиному медичному просторі»;

Коли?

Протягом вересня-жовтня 2023-го року із поступовим набуттям спроможностей директором до кінця 2023 року та формуванням штату та процедур, з від-

- визначення придатності до військової служби (ВЛК);
- забезпечення тактичної і військово-польової медицини;
- етапної евакуації поранених і хворих військовослужбовців;
- військово-медичної освіти і стандартизації кваліфікацій;
- медичного постачання та стандартизації комплектацій;
- формування штатних схем медичної служби на усіх рівнях;
- організації і функціонування госпітальної мережі військових закладів ОЗ в сфері управління МОУ;
- швидкої і якісної реабілітації військовослужбовців та повернення їх в стрій;
- цифрової трансформації військової системи ОЗ;
- дебюрократизації шляху пораненого;
- взаємодії медичних служб ЗСУ з інститутами громадянського суспільства та неурядовим сектором;
- взаємодії з провайдерами МТД, благодійними, патронатними та волонтерськими організаціями щодо медичного забезпечення військ та ін.

повідним бюджетуванням та забезпеченням діяльності структурного підрозділу у 2023-му та на 2024-й і наступні роки в апараті МОУ.

Як?

Наказ міністра оборони України про утворення відокремленого структурного підрозділу Директорату військової медицини - ДВМ в оновленій структурі апарату МОУ на виконання законів України «Про національну безпеку», «Про оборону України», «Про збройні сили України», «Про військовий обов'язок і військову службу» та ін.; ПКМУ «Про затвердження положення про МОУ», СОБ, Військово-медичної доктрини України (2018).

Передбачити, що паралельно із розробкою Положення про ДВМ МОУ відбувається аналіз та внесення змін у Положення про КМС ЗСУ із відповідним розподілом функціоналу щодо аналізу і формування політик (ДВМ МОУ) та реалізації політик медичного забезпечення військ (КМС ЗСУ) із відповідним затвердженням нових Положень Міністром оборони та директив ГК та ГШ. Процес передбачатиме відповідне скорочення штатної чисельності Командування медичних сил (орієнтовно на 24-32 штатні одиниці) з передачею їх до МОУ для формування штатної структури ДВМ.

Можливо, для забезпечення сталості функціонування ДВМ МОУ та уникнення політичних ризиків у майбутньому, внести зміни до Положення про МОУ (ПКМУ) з конкретизацією, що саме Директорат військової медицини МОУ формує політику у сфері системи охорони здоров'я військових та медичного забезпечення ЗСУ (чи усіх Сил Оборони у частині медичного забезпечення) у мирний час і особливий період.

Пропонована організаційна структура ДВМ МОУ: штатна чисельність до 32 осіб, з них 5 керівники і 27 експерти/фахівці; передбачити, що до 50% штатних працівників ДВМ можуть складати чинні військовослужбовці (в тому числі переведені мобілізовані).

Генеральний директор директорату – 1 (в/ц)

Заступник генерального директора – 1 (в/ц)

Державний експерт (комунікаційник) – 1 (в/ц)

Діловод директорату – 1 (ц)

Експертна група (управління) медичної допомоги та евакуації – 9 (1 керівник ЕГ (в), 8 експертів), група буде мати кілька підгруп (відділів) за напрямками.

- Координація розробки Військово-медичної доктрини України та СОБ в частині медичного забезпечення військ.
- Формування політик спроможності мережі закладів охорони здоров'я у системі МОУ та взаємодії з цивільною системою охорони здоров'я.
- Формування політики роботи закладів охорони здоров'я системи Міноборони у мирний час та в особливий період, визначає пріоритетні напрями та прогнози щодо розвитку і вдосконалення системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил, розробляє програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил у мирний час та особливий період, організовує їх виконання та здійснює державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я в Міноборони та Збройних Силах.
- Формує політику цифровізації закладів охорони здоров'я та етапів евакуації системи Міноборони.
- Організовує підготовку керівних документів щодо надання медичної допомоги та евакуації.
- Формування політики визначення придатності до служби та військово-лікарської комісії.
- Створення та забезпечення функціонування національної об'єднаної системи травми (Комітету).

- Формує політику в сфері військово-медичної освіти і науки.
- Формування політики в сфері фізичної та психологічної реабілітації військових.
- Формування інших конгруентних політик, стандартів, рекомендацій, настанов та інструкцій.

Експертна група військової (тактичної) медицини – 5 (1 керівник ЕГ (в), 4 експерти).

- Формування політики тактичної медицини та медичного забезпечення військової ланки.
- Формування політики з підготовки фахівців.
- Створення та забезпечення функціонування національного об'єднаного Комітету тактичної медицини.

Експертна група профілактичної медицини військ – 4 (1 керівник ЕГ (в), 3 експерти)

Експертна група медичного постачання та стандартизації номенклатури – 5 (1 керівник ЕГ(в), 4 експерти)

- Формування політики щодо накопичення запасів медичної техніки та майна.
- організації постачання такої техніки та майна Збройним Силам, а також іншим військовим формуванням в особливий період;

Відділ звернень та взаємодії із зацікавленими сторонами – 5 (1 начальник відділу (ц), 4 головних спеціалістів (ц))

Особливості кадрового забезпечення ДВМ МОУ:

Конкурс на посади (включно з визначенням рівня добросовісності, навіть через поліграф) з перевагою для осіб, які є чинними військовослужбовцями і мають як бойовий медичний досвід, так і досвід формування політик у органах державної влади (директоратах МОЗ, Мінцифри та ін.) із залученням до конкурсної комісії представників громадянського суспільства і неурядового сектору.

Саме **формат директорату** дозволить забезпечити підвищену винагороду співробітникам директорату - фахівцям (державним експертам) з формування політик і обрання вмотивованих професіоналів на посади.

Розглянути можливість отримання **спеціального ресурсу від партнерів** (МТД, спеціалізована програма) з метою функціонування підрозділу як Директорату формування політик (підвищені вимоги до персоналу із збільшеною грошовою винагородою), що дозволить залучити найкращих професіоналів.

Положення про ДВМ повинно містити чіткий перелік сфер політики, які аналізуватимуться і формуватимуться у директораті, перелік яких варто визначити у робочій групі, сформованій із представників зацікавлених сторін (МОУ, ГШ, ГК, КМС, МОЗ, МінВет, МВС, Мінцифри, МінСоц).

Наразі сформовано пул потенційних фахівців, майбутніх співробітників ДВМ МОУ як цивільних, так і чинних військовослужбовців медичної служби бойових бригад, які мають відповідну освіту у сфері аналізу і формування державних політик. Проведені консультації та переговори щодо їх зацікавленості взяти участь у формуванні команди нового ДВМ МОУ.

ДОВІДКОВО:

ПОСТАНОВА КМУ № 671, від 26 листопада 2014 р.

Про затвердження Положення про Міністерство оборони України (витяг)

88) визначає в межах повноважень, передбачених законом, пріоритетні напрями та прогнози щодо розвитку і вдосконалення системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил, розробляє програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил у мирний час та особливий період, організовує їх виконання та здійснює державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я в Міноборони та Збройних Силах;

89) організовує додержання в закладах охорони здоров'я Міноборони стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

90) організовує медичне забезпечення Збройних Сил у мирний час та особливий період, розробляє і здійснює комплекс профілактичних, лікувальних, санаторно-курортних та реабілітаційних заходів, спрямованих на збереження і здоров'я військовослужбовців Збройних Сил;

91) затверджує порядок медичного огляду військовослужбовців, організовує та контролює його проведення, подає Кабінетові Міністрів України пропозиції щодо організації та проведення військово-лікарської експертизи у Збройних Силах;

92) здійснює управління щодо закладів охорони здоров'я, які належать до сфери управління Міноборони, затверджує положення про такі заклади та забезпечує підтримання їх високої мобілі-

заційної готовності, а також готовності до виконання завдань за призначенням;

93) організовує присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій військовослужбовцям медичних і фармацевтичних спеціальностей;

94) організовує санаторно-курортне лікування військовослужбовців та ветеранів військової служби, членів їх сімей, ветеранів війни, працівників Збройних Сил та інших категорій громадян, яким надано право на користування закладами охорони здоров'я Міноборони;

95) організовує забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя військовослужбовців у Збройних Силах та здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд на підпорядкованих їм територіях, об'єктах, у військових частинах і підрозділах;

96) забезпечує накопичення запасів медичної техніки та майна, організовує постачання такої техніки та майна Збройними Силами, а також іншим військовим формуванням в особливий період;

Командування Медичних сил Збройних Сил України є органом військового управління (з березня 2020 року) та призначене для забезпечення реалізації права на охорону здоров'я та медичну допомогу, санаторно-курортного лікування та реабілітацію військовослужбовців, ветеранів військової служби, членів їх сімей, ветеранів війни та інших категорій громадян, яким законодавством України надано право користування закладами охорони здоров'я Збройних Сил України, організації медичного забезпечення Збройних Сил України (далі — ЗС України) та координації заходів медичного забезпечення інших складових сил оборони.

Основні завдання Командування Медичних сил Збройних Сил України:

1. Виконання заходів медичного забезпечення, спрямованих на досягнення та підтримання рівня готовності, необхідного для виконання завдань ЗС України, силами і засобами інших складових сил оборони, які залучаються до оборони держави;

2. Організація планування, застосування, підготовки та управління військовими частинами, закладами, установами, безпосередньо підпорядкованими Командуванню Медичних сил (далі — заклади охорони здоров'я ЗС України);

3. Формування єдиного інформаційного простору Медичних сил ЗС України, інших складових сил оборони;

4. Забезпечення реалізації держав-

ної політики щодо охорони здоров'я особового складу ЗС України, медичного та санаторно-курортного забезпечення військовослужбовців, членів їх сімей, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори, ветеранів військової служби, ветеранів війни та інших категорій громадян, яким законодавством України надано право користуватися закладами охорони здоров'я ЗС України.

Командування Медичних сил підпорядковується Головнокомандувачу Збройних Сил України та утримується за рахунок чисельності Збройних Сил.

Командувач Медичних сил Збройних Сил України — генерал-майор медичної служби Остащенко Тетяна Миколаївна.

Структура Командування Медичних сил Збройних Сил України:

Командування Медичних сил;

Штаб Командування Медичних сил:

- Управління персоналу;
- Управління оперативного планування та підготовки;
- Управління оборонного планування (медичного);
- Група логістики;
- Відділ зв'язку та кібербезпеки;
- Група оборонних ресурсів;
- Група цивільно-військового співробітництва;
- Адміністративний відділ;
- Відділ військового співробітництва;

Центральне лікувально-евакуаційне управління;

Центральне санітарно-епідеміологічне управління;

Управління постачання медичного майна;

Група внутрішнього контролю;

Група морально-психологічного забезпечення;

Служба зв'язків з громадськістю;

Служба охорони державної таємниці;

Фінансово-економічний відділ;

Юридична служба;

Група по роботі з сержантським складом.

**Штатна чисельність
командування
медичних сил
146 осіб.**

СТРАТЕГІЧНИЙ ОБОРОННИЙ БЮЛЕТЕНЬ України

**затверджено Указом Президента України
від 17 вересня 2021 року № 473/2021**

Стратегічна ціль 4. Розвинута військова інфраструктура, об'єднана логістика та достатні запаси матеріальних засобів, дієва система медичного забезпечення, що відповідають потребам Збройних Сил України, інших складових сил оборони для відсічі збройної агресії проти України.

Очікуваний результат - військова інфраструктура, логістичне та медичне забезпечення, запаси матеріальних засобів відповідають потребам Збройних Сил України та інших складових сил оборони.

Завдання 4.6. Створення ефективної системи медичного забезпечення, здатної на належному рівні забезпечити комплектування військ (сил) особовим складом, придатним за станом здоров'я до військової служби, збереження життя і зміцнення здоров'я військовослужбовців, своєчасне надання високоякісної та ефективної медичної допомоги, підтримання боєздатності військ відповідно до стандартів держав - членів НАТО.

Очікувані результати - створено систему медичного забезпечення Збройних Сил України, підвищено рівень міжвідомчої координації діяльності медичних служб сил оборони в єдиному медичному просторі, нарощено спроможності сил і засобів медичного забезпечення.

Заходи:

4.6.1. Удосконалення планування з метою ефективного управління силами і засобами медичного забезпечення військ (сил) на відповідних рівнях.

4.6.2. Забезпечення чіткої координації та взаємодії діяльності медичних служб сил оборони, системи охорони здоров'я держави з ефективного та раціонального використання медичних ресурсів.

4.6.3. Упровадження сучасних досягнень медичної науки, техніки і новітніх технологій, автоматизація лікувально-діагностичних процесів та інших технологічних видів діяльності.

4.6.4. Підвищення рівня технічної оснащеності медичних підрозділів та закладів охорони здоров'я сучасною медичною (спеціальною) технікою та апаратурою для надання встановлених видів медичної допомоги.



**здорові
рішення**

для відкритого суспільства