

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ КИЇВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ФУРДИК ВОЛОДИМИР ДАНИЛОВИЧ

УДК 351.86:004:343.32/.34](477)

ДИСЕРТАЦІЯ
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ
КЕРІВНИХ КАДРІВ ДЛЯ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ
В УМОВАХ ЄВРОАТЛАНТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ

Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Галузь знань 28 «Публічне управління та адміністрування»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії з галузі «Публічне управління та адміністрування».

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ В.Д. Фурдик

Науковий керівник: Запорожець Тетяна Володимирівна, доктор наук з державного управління, доцент, професор кафедри глобальної та національної безпеки

КИЇВ 2026

АНОТАЦІЯ

Фурдик В.Д. Державне регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 28 Публічне управління та адміністрування за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, 2026.

У дисертації здійснено обґрунтування теоретичних засад державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини та визначення напрямів його удосконалення в умовах євроатлантичної інтеграції України.

Обґрунтовано, що підготовка керівних кадрів військової медицини має розглядатися як інструмент державного регулювання у сфері національної безпеки, а не як автономний освітній процес. Встановлено, що чинна система характеризується фрагментарністю, інституційною розрізненістю та розмитістю відповідальності, що знижує її адаптивність і стійкість в умовах високої інтенсивності бойових дій.

Уперше розроблено Інтегровану модель підготовки керівних кадрів, яка базується на парадигмі гібридної адаптивної спроможності та синтезує стандарти НАТО: ETEE (система безперервного циклу «освіта-підготовка-навчання-оцінювання»); Medical C2 (вертикаль медичного командування та управління) із національним бойовим досвідом («Lessons Learned»). Центральним регулятивним механізмом моделі виступає динамічний цикл формування управлінської ефективності на основі алгоритму PDCA (Plan-Do-Check-Act), що дозволяє системі підготовки кадрів гнучко адаптуватися до змін у безпековому середовищі. Важливим елементом новизни є

впровадження правового імперативу сертифікації: отримання відповідного рівня професійної військової освіти (L1-L5) стає обов'язковою умовою для кар'єрного призначення, що мінімізує суб'єктивізм та забезпечує професіоналізацію лідерського корпусу.

Уперше концептуалізовано феномен «подвійного регулятивного поля підготовки керівних кадрів військової медицини», який відображає інституційний дуалізм цивільного і військового державного впливу та пояснює виникнення регуляторних прогалів. Для їх подолання обґрунтовано підхід інституційної конвергенції, що базується на функціональному дуалізмі, за якого на процес підготовки одночасно впливають цивільні (МОЗ, МОН) та військові (МОУ) суб'єкти державного регулятивного впливу; що передбачає розроблення уніфікованого професійного стандарту офіцера-управлінця медичної служби.

Розроблено типологію основних категорій дослідження, які згруповано у три взаємопов'язані блоки. Регулятивні категорії, що визначають зовнішню нормативну рамку та легітимізують державний вплив. До цієї групи віднесено: «нормативно-правове забезпечення», «державні стандарти підготовки», «кваліфікаційні вимоги» та «стандарти НАТО (STANAG)». Ці категорії дозволяють ідентифікувати межі державного регулювання та встановити правову відповідальність суб'єктів управління за якість кадрового потенціалу.

Організаційно-структурні категорії, які відображають внутрішню логіку побудови системи управління та взаємодію її елементів. До цієї групи віднесено: «механізм державного регулювання», «інституційне середовище», «система Professional Military Education (PME)» та «вертикаль управління медичними силами».

Компетентнісно-функціональні категорії, які фіксують безпосередній результат регулятивної діяльності та критерії її ефективності. Ключовими тут визначено: «управлінська спроможність», «лідерський потенціал»,

«оперативна сумісність» та «рівні підготовки L1-L5». Ці категорії зміщують акцент з процесу навчання на результат як здатність керівника виконувати специфічні управлінські функції в військово-медичній сфері.

Удосконалено теоретичні підходи до принципів підготовки лідерів, де ключове місце посідає філософія Mission Command (управління за наміром). Визначено інструменти військово-цивільної координації у форматі Total Defence («Загальна оборона») як основи національної медичної стійкості (resilience). Це передбачає створення єдиного медичного простору та впровадження міжвідомчих протоколів перерозподілу поранених і ресурсів між військовими шпиталями та цивільною спроможною мережею.

Підсумовано, що інституціоналізація управлінської спроможності є процесом переходу від фрагментарних практик до стабільної, нормативно закріпленої моделі, де Національний університет оборони України виступає стратегічним «науково-методичним хабом», а Українська військово-медична академія - центром спеціалізованих спроможностей.

Зроблено висновок, що інституціоналізація управлінської спроможності військової медицини означає перехід від ситуативних і відомчих практик до стабільної, нормативно закріпленої моделі державного регулювання, здатної забезпечити операційну сумісність з країнами НАТО, адаптивність до змін безпекового середовища та збереження життєздатності системи медичного забезпечення в умовах сучасних воєнних конфліктів високої інтенсивності.

Ключові слова: державне регулювання, сфера військової медицини, підготовка керівних кадрів для сфери військової медицини, управлінський потенціал у сфері військової медицини, єдиний медичний простір, сфера охорони здоров'я, реформування сфери охорони здоров'я, медичне забезпечення, персонал, Медичні Сили ЗСУ, стандарти НАТО, євроатлантична інтеграція.

ANNOTATION

Furdyk V.D. State regulation of training of management personnel for the field of military medicine in the conditions of Euro-Atlantic integration of Ukraine.

- Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy (public administration) in the specialty "Public management and administration". – Taras Shevchenko Kyiv National University, Kyiv, 2026.

The dissertation substantiates the theoretical foundations of state regulation regarding the training of managerial personnel for the military medicine sphere and defines directions for its improvement amidst Ukraine's Euro-Atlantic integration. It is substantiated that the training of senior leadership personnel in military medicine should be regarded as an instrument of state regulation in the field of national security rather than as an autonomous educational process. It is established that the existing system is characterized by fragmentation, institutional disjunction, and blurred accountability, which reduces its adaptability and resilience under conditions of high-intensity combat operations.

For the first time, an Integrated Model for the Training of Senior Leadership Personnel has been developed. The model is based on the paradigm of hybrid adaptive capacity and synthesizes NATO standards-ETEE (a continuous cycle of Education-Training-Exercises-Evaluation) and Medical C2 (the medical command and control vertical)-with national combat experience (Lessons Learned). The central regulatory mechanism of the model is a dynamic cycle of managerial effectiveness formation based on the PDCA (Plan-Do-Check-Act) algorithm, which enables the training system to flexibly adapt to changes in the security environment. A significant element of scientific novelty is the introduction of a legal imperative of certification, whereby attainment of the relevant level of Professional Military Education (L1-L5) becomes a mandatory prerequisite for career appointment. This approach minimizes subjectivity and ensures the

professionalization of the leadership corps.

For the first time, the phenomenon of the “dual regulatory field” of training senior leadership personnel in military medicine has been conceptualized. This phenomenon reflects the institutional dualism of civilian and military state influence and explains the emergence of regulatory gaps. To overcome these gaps, an institutional convergence approach is substantiated, based on functional dualism, whereby the training process is simultaneously influenced by civilian (Ministry of Health, Ministry of Education and Science) and military (Ministry of Defence) regulatory actors. This approach предусматривает the development of a unified professional standard for a medical service officer–manager.

A typology of the core research categories has been developed and structured into three interrelated blocks.

Regulatory categories, which define the external normative framework and legitimize state influence, include legal and regulatory support, state training standards, qualification requirements, and NATO standards (STANAGs). These categories make it possible to delineate the boundaries of state regulation and to establish legal accountability of governance actors for the quality of human capital.

Organizational and structural categories, which reflect the internal logic of system design and the interaction of its components, include the mechanism of state regulation, institutional environment, Professional Military Education (PME) system, and the medical forces command-and-control vertical.

Competency-based and functional categories, which capture the direct outcomes of regulatory activity and criteria of its effectiveness, include managerial capacity, leadership potential, operational interoperability, and training levels L1-L5. These categories shift the analytical focus from the learning process itself to outcomes, understood as the leader’s ability to perform specific managerial functions in the military-medical domain.

Theoretical approaches to the principles of leadership development have

been further refined, with particular emphasis placed on the Mission Command philosophy (command by intent). Instruments of civil–military coordination within the Total Defence framework are identified as the foundation of national medical resilience. This entails the establishment of a unified medical space and the implementation of interagency protocols for the redistribution of casualties and resources between military hospitals and the capable civilian healthcare network.

It is summarized that the institutionalization of managerial capacity constitutes a transition from fragmented practices to a stable, normatively consolidated model, in which the National Defence University of Ukraine functions as a strategic scientific and methodological hub, while the Ukrainian Military Medical Academy serves as a center of specialized capabilities.

It is concluded that the institutionalization of managerial capacity in military medicine signifies a transition from situational and departmental practices to a stable, normatively *закрепленої* model of state regulation capable of ensuring interoperability with NATO member states, adaptability to changes in the security environment, and the preservation of the viability of the medical support system under conditions of contemporary high-intensity armed conflicts.

Key words: state regulation, military medicine sphere, training of managerial personnel for military medicine, managerial potential in military medicine, unified medical space, healthcare sphere, healthcare reform, medical support, personnel, Medical Forces of the Armed Forces of Ukraine, NATO standards, Euro-Atlantic integration.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, які відображають основні наукові результати дисертації:

1. В.Фурдик. Державне регулювання військово-медичної реформи та підготовки керівників у сфері військової медицини. «Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. Серія: Державне управління». Том 32 (71) №3, 2021. С. 121-126. DOI: <https://doi.org/10.32838/TNU-2663-6468/2021.3/20>
2. В.Фурдик, С.Рудинська. Підготовка керівних кадрів у сфері військової медицини в умовах глобалізації. «Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. Серія: Державне управління». Том 30(69) №2, 2019. С. 96-100. *Особистий внесок здобувача: обґрунтування необхідності впровадження компетентнісного підходу в систему вищої військово-медичної освіти України для досягнення оперативної сумісності зі стандартами НАТО.* URL: https://pubadm.vernadskeyjournals.in.ua/journals/2019/2_2019/20.pdf
3. В.Фурдик. Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів військової медицини. Дніпровський науковий часопис Публічного управління, психології, права. 2021. Випуск 2. С.119-123. DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2021.2.21>
4. В.Фурдик. Організаційно-штатна структура Медичних сил Збройних Сил України. Науковий журнал «Публічне управління і адміністрування в Україні» 2021. № 24. С.114-118. URL: <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/24-2021/22.pdf>
5. В.Фурдик. Кваліфікаційні вимоги до посад медичних фахівців оперативного та стратегічного рівнів Збройних Сил України. Науково-виробничий журнал «Держава та регіони». Серія: Державне управління» 2021. №1. С.108-114. DOI: <https://doi.org/10.32840/1813-3401.2021.1.17>
6. В.Фурдик. Історико-ретроспективний огляд підготовки керівних кадрів військової медицини в Україні. «Літопис Волині», 2021. № 25. С. 143-

147. DOI <https://doi.org/10.32782/2305-9389/2021.25.24>

7. В.Фурдик. Організаційно-правовий механізм підготовки керівних кадрів відомчої медицини для сил оборони в умовах російсько-української війни і євроатлантичної інтеграції України. Науковий журнал «Публічне управління і адміністрування в Україні», 2024. Випуск 40, С.179-187. URL: <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2024/40-2024/32.pdf>

8. В.Фурдик. Модель схемного і формульного алгоритму підготовки керівних кадрів військової медицини оперативного і стратегічного рівня. «Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування». 2024. Том 35 (74) № 3, С. 104-109. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.3/20>

*Публікація у періодичному науковому виданні держави, яка входить до
Організації економічного співробітництва та розвитку та
Європейського Союзу:*

9. Volodymyr Furdyk. Military medicine management and training system for medical military managers in Ukraine. «Reality of Politics. Estimates-Comments-Forecasts» 2021, №16. Р. 38-49. URL: https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_15804_rop2021203

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

10. Єфіменко Т.С., Фурдик В.Д. Фактори виникнення посттравматичних стресових розладів. Матеріали XIX Міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених, присвячений пам'яті ректора, члена-кореспондента НАМН України, професора Л.Я. Ковальчука (ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», конгрес – центр “Червона Калина” 27 -

29 квітня 2015 р.). Тернопіль: «Укрмедкнига», 2015. С. 394.

11. Тишецький А.В., Фурдик В.Д. Компетентнісний підхід, як вимога до удосконалення підготовки військових медичних фахівців. Тези доповідей наукової конференції молодих вчених (10-11 березня 2017 року). Київ. 2017. С. 26-27.

12. Рудинська С.М., Тишецький А.В., Фурдик В.Д. Удосконалення компетентнісного підходу в системі підготовки медичного фахівця. Матеріали Міжнародного конгресу з медичної і психологічної реабілітації (30-31 жовтня 2017 року). Київ. 2017. С. 72-74.

13. Рудинська С.М., Фурдик В.Д. Удосконалення формування компетентності медичних фахівців тактичної ланки Збройних Сил України. Матеріали щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання підготовки фахівців у сфері публічного управління та адміністрування» (Київ, 1-2 листопада 2018 року).

14. Корольчук О., Рудинська С., Фурдик В. Аналіз вираженості управлінських компетентностей та видів мотивації медичних фахівців Збройних Сил України. І-ша Всеукраїнська науково-практична конференція за міжнародною участю здобувачів вищої освіти та молодих вчених «Теорія і практика публічного управління та адміністрування у ХХІ сторіччі» (Київ, 30 листопада 2018 р.).

15. Фурдик В.Д. Правові механізми державного регулювання підготовки керівних кадрів для військової медицини в Україні. Інституціоналізація публічного управління в Україні в умовах євроінтеграційних та глобалізаційних викликів: матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю (Київ, 24 травня 2019 р.)/ За загальною редакцією А. П. Савкова, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ: НАДУ, 2019. Т. 2. С. 99-101.

16. Рудинська С.М., Фурдик В.Д., Тренчук В.М. Застосування методики DOTMLPFI для потреб збройних сил. Наукова конференція

молодих вчених Української військово-медичної академії, м.Київ. 27-28.05.2019 р. Т. 1. С. 23-24

17. Рудинська С.М., Фурдик В.Д., Шевчук А.А. Аналіз нормативних документів щодо забезпечення навчальним медичним майном військово-медичної підготовки у ЗС України. Наукова конференція молодих вчених Української військово-медичної академії, м. Київ. 27-28.05.2019р.Т. 1. С. 24-25

18. Умярова К.Ю., Фурдик В.Д. Інноваційні технології у підготовці військово-медичних фахівців. Матеріали щорічної науково-практичній конференції з міжнародною участю «Навчання публічних службовців: новітні тенденції та технології» (Київ, 31 жовтня-1 листопада 2019 року).

19. Фурдик В.Д., М.Лозовий Визначення комплекту сил і засобів медичної служби оперативно-тактичного угруповання за досвідом організації медичного забезпечення в ході проведення антитерористичної операції (операції Об'єднаних сил). Всеукраїнська науково-практична конференція «Проблеми оперативного та логістичного забезпечення складових сектору безпеки і оборони України». (09 лютого 2021р.), м. Харків, НАНГУ. 2021. С.186-188.

20. М.Лозовий, Фурдик В.Д. Шляхи удосконалення ЛЕЗ сил оборони з урахуванням стандартів НАТО. Науково-практичний семінар «Проблеми застосування ремонтно-відновлюваних частин (підрозділів) в операціях (бойових діях). (25.02.2021). Київ, 2021.

21. Умярова К.Ю., Рудинська С.М., Фурдик В.Д. Формування соціального інтелекту у випускників вищого навчального закладу як вимога ринку праці. Міжнародна науково-практична конференція «ЛОГОС» «Наукова практика: сучасні та класичні методи дослідження». Збірник III. (Бостон США, 26 лютого 2021 р.). Бостон, 2021. С. 21-23.

22. Фурдик В.Д., Наконечна О.Г. Шляхи удосконалення лікувально-евакуаційного забезпечення військ з урахуванням стандартів НАТО. VIII

Міжнародна науково-практична конференція «Наукові дослідження у XXI. № 44. (6-8 березня 2021, м. Оттава, Канада). Оттава, 2021. С. 561-564.

23. Фурдик В.Д. Мінно-вибухове поранення - медична проблема України сьогодні. І Міжнародна науково-практична конференція «Вибухонебезпечні предмети як елемент гібридних загроз: виклики та протидія». (27 квітня 2021. м. Київ). Київ, 2021.

24. Фурдик В.Д. Перспективи оновлення системи професійної підготовки медичних кадрів сектору безпеки та оборони України в умовах Євроінтеграції. І Міжнародна науково-теоретична конференція «Модернізація сучасної науки: досвід і тенденції». (21 травня 2021, Сінгапур, республіка Сінгапур). Сінгапур. 2021. 47 с.

25. Фурдик В.Д. Державне регулювання системи професійної підготовки медичних кадрів для потреб сектору безпеки та оборони України. Науково-практичний семінар «Напрямки удосконалення логістики Збройних Сил України на сучасному етапі їх розвитку». (24 червня 2021). НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2021.

26. Фурдик В., М.Лозовий Особливості медичного забезпечення бойових дій військ(сил) у великих населених пунктах. Науково-практичний семінар: «Проблеми управління та застосування сил і засобів логістичного забезпечення в операціях (бойових діях) за досвідом відбиття збройної агресії росії та проведення операції Об'єднаних сил (АТО)». (23 червня 2022 року). Київ, 2022.

ЗМІСТ

ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ У СФЕРІ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ	27
1.1. Понятійно-категоріальний апарат дослідження державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини	27
1.2. Методологічні підходи та принципи державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині	48
1.3. Теоретичні засади формування та розвитку державної кадрової політики у сфері військової медицини	64
Висновки до розділу 1	80
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ У ВІЙСЬКОВІЙ МЕДИЦИНІ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ	84
2.1. Організаційно-функціональне забезпечення державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині України	84
2.2. Нормативно-правове забезпечення державного регулювання підготовки керівних кадрів у вітчизняній військовій медицині	110
2.3. Досвід країн-членів НАТО та ЄС щодо підготовки управлінського персоналу військової медицини та можливості його адаптації в Україні	136
Висновки до розділу 2	156
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ЄВРОАТЛАНТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ.	160

3.1. Стратегічні пріоритети розвитку управлінського потенціалу у сфері військової медицини України в умовах післявоєнного відновлення та євроінтеграційних процесів	160
3.2. Інтегрована модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО	178
3.3. Інституціоналізація управлінської спроможності медичних сил України у системі підготовки керівних кадрів військової медицини	202
Висновки до розділу 3	219
ВИСНОВКИ.....	222
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	232

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ЄС	– Європейський Союз
ЗС України	– Збройні сили України
КМУ	– Кабінет Міністрів України
МО України	– Міністерство оборони України
МОЗ України	– Міністерство охорони здоров'я України
НАТО	– Організація Північноатлантичного договору, також Північноатлантичний альянс
США	– Сполучені Штати Америки
УВМА	– Українська військово - медична академія
SSA	– військово-медична служба Франції

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап розбудови сектору безпеки та оборони України вимагає якісного оновлення системи державного регулювання підготовки керівних кадрів, що є базовою умовою національної стійкості. Основоположним вектором цієї трансформації виступає стаття 3 Конституції України, яка визначає людину, її життя і здоров'я найвищою соціальною цінністю. Саме цей конституційний принцип закладає фундамент діяльності державних інституцій в оборонній сфері та регламентується низкою стратегічних актів, зокрема Законом України «Про національну безпеку України», Указом Президента України № 121/2021 «Про Стратегію воєнної безпеки України», Постановою Кабінету Міністрів України № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України» тощо. Зазначені документи встановлюють імператив побудови ефективної медичної служби, здатної функціонувати в умовах збройної агресії та забезпечувати високий рівень Сил оборони. Водночас «Стратегія розвитку Медичних сил Збройних Сил України до 2035 року» вказує на необхідність трансформації кадрової політики та адаптації управлінських процесів до стандартів Альянсу, що стає підґрунтям для глибокого реформування системи військової освіти та лідерства.

Динаміка воєнного стану та стратегічний курс на членство в Альянсі виявив гостру потребу в остаточному відході від радянської адміністративної моделі управління військовою медициною, яка продемонструвала свою низьку адаптивність у динамічних операційних середовищах. Потреба в забезпеченні повної операційної сумісності з медичними службами країн-членів НАТО виходить за межі технічного оснащення, охоплюючи насамперед сферу прийняття управлінських рішень. Державне регулювання у цій сфері має забезпечити перехід до безперервної професійної військової освіти, де багаторівневе навчання стає обов'язковою умовою кар'єрного зростання офіцера медичної служби. Такий підхід дозволяє синхронізувати

вітчизняні освітні програми з архітектурою Medical C2 (медичне командування та управління), забезпечуючи повну операційну сумісність українських військових медиків із партнерами по Альянсу.

Особливого значення в межах державного регулювання набуває впровадження філософії Mission Command (управління за наміром), що спрямоване на розвиток управлінської автономії та лідерських якостей керівників. В умовах сучасних воєнних конфліктів саме здатність командира медичної ланки до прийняття самостійних рішень є визначальним фактором ефективності лікувально-евакуаційного процесу.

Водночас актуалізується роль держави у забезпеченні військово-цивільної координації, що передбачає створення єдиного медичного простору та зміцнення загальнонаціональної медичної стійкості (resilience). Ефективність такої взаємодії залежить від наявності управлінців, які володіють фаховими компетентностями з проактивного моніторингу ресурсів на базі стандартів НАТО та інтелектуальних систем логістики.

Таким чином, наукове обґрунтування державного регулювання підготовки управлінського потенціалу військової медицини є стратегічним пріоритетом, що визначає спроможність держави до швидкого післявоєнного відновлення та гарантує сталий розвиток медичної складової національної безпеки.

Аналіз останніх досліджень та публікацій щодо проблем підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини свідчить про значний інтерес наукової спільноти до трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я та військової медицини. Фундаментальні аспекти категоріального апарату, механізмів державного регулювання, в тому числі у сфері охорони здоров'я досліджувались у працях Ю. Сурміна, В. Бакуменка [2]; М. Височанського [3]; В. Авер'янова [36].

Проблематику формування кадрового потенціалу публічної служби та стратегічного управління персоналом досліджували В. Олуйко [14]; Л.

Безугла, А.Пугач, Т.Тарасенко [16]; О. Шаповал [18]; В. Воронкова [20]. Питання професіоналізації та елітотворення в державному управлінні піднімалися у роботах І. Сурай [39]; О. Аксьонової, А. Волківської О. Яценко [101].

Теоретичні засади управління галуззю в умовах реформ, а також розвиток менеджменту медичних закладів представлені в наукових доробках Л. Криничко [9]; М. Білинської [8]; В. Князевича, Н. Васюк [72]; Ю. Сенюка [13]; Н. Кризини, Я. Радиша [59]; В. Борща [81].

Проблеми кадрового забезпечення медичної сфери та автономізації закладів аналізували І. Жеков, А. Халецький [47]; Ю. Малігон [41, 82]; В. Макарчук [42]; С. Лукаш, О. Маслак, Р. Побідинський [104].

Особливості підготовки управлінців-лідерів для медицини та впровадження європейських стандартів освіти досліджували В. Лехан [89]; Ю. Василенко [71, 90].

Організацію медичного забезпечення військ, лікувально-евакуаційні заходи та цивільно-військову взаємодію в умовах збройної агресії вивчали М. Бадюк, Ф.Левченко, В.Токарчук [28]; О. Шекера [29]; В. Жаховський [31]; В. Орлик [7]; Г. Рошнін, О.Мазуренко [220].

Питання трансформації системи військової освіти, впровадження стандартів НАТО та формування професійних компетентностей офіцерів медичної служби є центральними у працях Д. Карамишева [70, 78, 79, 80, 221]; Є. Тарана [77, 188]; Г. Ситника [187, 189]; А. Сиротенка, В. Артамощенко [194].

Зарубіжний досвід функціонування медичних служб провідних країн світу та розвиток програм DEEP аналізували В. Гридчина [149]; С. Сендак, І.Тимченко [150] та ін.

Незважаючи на значну кількість наукових праць, потреба у обґрунтуванні теоретичних засад державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини та визначення напрямів

його удосконалення в умовах інтеграції України в безпековий простір НАТО, особливо в умовах післявоєнного відновлення, залишається актуальною та потребує подальшого дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана в рамках науково-дослідних робіт Національної академії державного управління при Президентові України за комплексним науковим проєктом «Державне управління та місцеве самоврядування», а саме «Теоретичні і практичні аспекти функціонування системи підготовки керівних кадрів у галузі охорони здоров'я в умовах системних змін» (№ 0118U000639); «Формування національної резильєнтності в Україні в умовах соціально-економічної турбулентності» (№ 0119U101366); а також в межах науково-дослідної роботи Української військово-медичної академії Збройних Сил України «Обґрунтування шляхів досягнення необхідних спроможностей в сфері медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах сучасного безпекового середовища та завдань оборони» (№ 0119U101292).

Мета дослідження. Мета дисертаційної роботи полягає у обґрунтуванні теоретичних засад державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини та визначення напрямів його удосконалення в умовах євроатлантичної інтеграції України.

Для досягнення поставленої мети вимагалось вирішення таких *завдань*:

- дослідити теоретичні засади формування та розвитку державної кадрової політики у сфері військової медицини;
- уточнити понятійно-категоріальний апарат державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини;
- проаналізувати сучасний стан організаційно-функціонального забезпечення підготовки керівних кадрів військової медицини України;
- дослідити структуру та внутрішню узгодженість правового поля, яке визначає умови формування управлінських кадрів військової медицини

України;

- узагальнити досвід країн-членів НАТО та ЄС щодо підготовки управлінського персоналу військової медицини та визначити можливості його адаптації в Україні;

- розробити Інтегровану модель підготовки керівних кадрів військової медицини України на засадах стандартів НАТО;

- обґрунтувати концептуальні засади інституціоналізації управлінської спроможності медичних сил України у системі підготовки керівних кадрів військової медицини.

Об’єктом дослідження є державна кадрова політика Медичних сил Збройних сил України.

Предмет дослідження – державне регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є сучасні загальні та спеціальні методи наукового дослідження. Використання цих методів обумовлене системним підходом. Для досягнення поставленої мети було використано: логіко-семантичний метод та метод термінологічного аналізу для уточнення змісту понятійно-категоріального апарату (підрозділ 1.1); системно-аналітичний метод при дослідженні методологічних підходів та принципів формування державної кадрової політики у сфері військової медицини (підрозділи 1.2; 1.3); компаративний (порівняльний) метод та системно-структурний аналіз для вивчення досвіду країн-членів НАТО та ЄС щодо підготовки управлінського персоналу медичних служб та визначення можливостей його адаптації у вітчизняну практику (підрозділ 2.3); статистичний та функціонально-аналітичний методи при оцінці сучасного стану організаційно-функціонального забезпечення підготовки кадрів військової медицини в Україні (підрозділ 2.1); формально-юридичний (нормативно-правовий) метод для аналізу чинного законодавства та розробки

пропозицій щодо вдосконалення нормативної бази державного регулювання у цій сфері (підрозділ 2.2); метод стратегічного планування та прогнозування для визначення пріоритетів розвитку військово-медичного потенціалу в умовах післявоєнного відновлення (підрозділ 3.1); метод моделювання та абстрагування при розробці інтегрованої моделі підготовки керівних кадрів на засадах стандартів НАТО та обґрунтуванні механізмів інституціоналізації управлінської спроможності медичних сил (підрозділи 3.2; 3.3).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що у дисертації вирішено актуальне наукове завдання, яке полягає у обґрунтуванні теоретичних засад державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини та визначення напрямів його удосконалення в умовах євроатлантичної інтеграції України. Зокрема, у дисертаційній роботі:

у перше:

– розроблено Інтегровану модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО, що *базується на парадигмі гібридної адаптивної спроможності* та інтеграції стандартів Альянсу у національний бойовий досвід, де центральним елементом визначено *динамічний цикл формування управлінської ефективності* на основі алгоритму PDCA (Plan-планування, Do-виконання, Check-перевірка, Act-коригування) та адаптації змісту професійної підготовки відповідно до змін у безпековому середовищі; при цьому архітектура моделі *інтегрує багаторівневу систему професійної військової освіти* (рівні L1-L5) із практичним досвідом бойових дій («Lessons Learned») через впровадження правового імперативу сертифікації кадрового призначення; *визначає роль Національного університету оборони України* як головного системного інтегратора та «науково-методичного хабу» для синтезу стандартів НАТО (Medical C2, STANAG) із національними особливостями військово-медичного управління, перетворюючи модель на дієвий інструмент забезпечення інституційної стійкості системи та її

інтеграційної здатності на міжнародному рівні;

набуло подальшого розвитку:

– обґрунтування формування концепту управлінського потенціалу військової медицини, який консолідує три критичні компоненти в єдину стратегічну рамку: *інституційну гармонізацію* шляхом впровадження принципів Командування та Контролю (C2) згідно з доктриною АJP-4.10, що передбачає чітку вертикаль управління та операційну сумісність із медичними службами країн-членів НАТО; *розвиток лідерських компетентностей* через трансформацію системи військової освіти шляхом впровадження спеціалізованих програм менеджменту та лідерства, спрямованих на формування здатності приймати рішення в умовах обмеженого ресурсу та стресових навантажень; *цифровий моніторинг ресурсів* шляхом переходу до проактивного управління через впровадження електронних систем обліку пацієнтів та IT-систем медичної логістики на базі стандартів NCS (NATO Codification System - єдина система кодифікації предметів матеріально-технічного забезпечення країн Альянсу), що дозволяє здійснювати автоматизований облік та прогнозування потреб у медичному майні від тактичного до стратегічного рівнів;

– теоретичні підходи до формування принципів підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини, які адаптовані до специфіки військового управління через синергію: *безперервності (continuity)*, що інтегрує навчання у кар'єрний цикл офіцера як інструмент формування оперативних спроможностей; *доктринальної відповідності*, яка забезпечує синхронізацію підготовки з політикою НАТО ETEE (система безперервного циклу «освіта-підготовка-навчання-оцінювання») та системою Medical C2 (вертикаль медичного командування та управління) для подолання академічної ізольованості; *функціональної автономії*, що базується на філософії Mission Command (управління за наміром, де підлеглому надається свобода вибору способів виконання завдання), розвиваючи у медичних

лідерів здатність до «дисциплінованої ініціативи» (діяти самостійно заради досягнення загальної мети) та прийняття рішень в умовах втрати зв'язку чи дефіциту часу;

удосконалено:

– підходи щодо державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині шляхом виокремлення та концептуалізації *подвійного регулятивного впливу*, в межах якого одночасно діють цивільні (публічно-управлінські та освітні) і військові (оборонні та відомчі) важелі державного регулятивного впливу на цілі, зміст, організаційні форми та результати управлінської підготовки медичних кадрів для сектору безпеки і оборони, що дозволило ввести до наукового обігу та обґрунтувати авторський термін *«подвійне регулятивне поле підготовки керівних кадрів військової медицини»* як аналітичну категорію, яка відображає інституційний дуалізм цивільного та військового регулювання і створює методологічне підґрунтя для подальшого вдосконалення підготовки керівних кадрів у військовій медицині;

– концептуальний підхід до професіоналізації керівних військово-медичних кадрів через «інституційну конвергенцію» (або накладання) управлінських впливів, яка базується на принципі «функціонального дуалізму», та обґрунтовує необхідність розробки професійних стандартів для підготовки керівних кадрів у військовій медицині, що інтегрують цивільні управлінські компетенції (адміністрування охорони здоров'я) та специфічні мілітарні спроможності (організація медичного забезпечення в умовах бойових дій та кризових ситуацій);

– визначення інструментів військово-цивільної координації у форматі Total Defence («Загальна оборона») як фундаментальної основи національної медичної стійкості (resilience), що можуть бути реалізовані шляхом: створення єдиного медичного простору через інституціоналізацію Координаційного центру медичних служб Сил оборони та цивільних органів

охорони здоров'я; впровадження ефективних міжвідомчих протоколів перерозподілу поранених та ресурсів між військовими шпиталями та цивільною спроможною мережею закладів охорони здоров'я; координацію дій щодо надання домедичної допомоги та евакуації, що забезпечує безперервність лікувального процесу та підвищує загальну живучість системи в умовах тривалих воєнних конфліктів високої інтенсивності.

Практичне значення отриманих результатів. Сформульовані у дисертації теоретичні положення та прикладні рекомендації спрямовані на підвищення ефективності державного регулювання процесів модернізації військової медицини та оптимізації системи підготовки керівних кадрів для Сил оборони України в умовах євроатлантичної інтеграції. Результати дослідження можуть бути використані:

- у діяльності Центральних органів виконавчої влади та ЗС України;
- при удосконаленні нормативно-правового забезпечення державних, галузевих програм, стратегій, концепцій, доктрин підготовки керівних кадрів відомчої медицини для сил оборони що регулюють підготовку офіцерів медичної служби за стандартами НАТО;
- у якості методологічної основи роботи сектору безпеки та оборони, медичних освітніх закладів та Командування Медичних сил України;
- у науково-дослідній та викладацькій роботі, зокрема при написанні підручників, навчальних і методичних посібників, розробці навчальних планів і програм професійного навчання керівних кадрів відомчої медицини для сил оборони України.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження є самостійною науковою працею автора. Основні ідеї та розробки, здійснені у рамках дисертаційного дослідження, зокрема, що характеризують наукову новизну, практичне значення та одержані результати, отримані автором особисто. У дисертації не використовувалися ідеї та розробки, що належать співавторам.

Апробація результатів дисертації. Основні ідеї, положення, теоретичні та практичні результати, а також загальні результати дослідження було представлено і схвалено на науково-практичних конференціях і науково-методологічних семінарах, лекціях: XIX Міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених, присвячений пам'яті ректора, члена-кореспондента НАМН України», Тернопіль, 2015); Тези доповідей наукової конференції молодих вчених (Київ, 2017); Матеріали Міжнародного конгресу з медичної і психологічної реабілітації (Київ, 2017); Матеріали щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю (Київ, 2018); Аналіз вираженості управлінських компетентностей та видів мотивації медичних фахівців Збройних Сил України (Київ, 2018); Інституціоналізація публічного управління в Україні в умовах євроінтеграційних та глобалізаційних викликів: матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю (Київ, 2019); Наукова конференція молодих вчених Української військово-медичної академії (Київ, 2019); Наукова конференція молодих вчених Української військово-медичної академії (Київ, 2019); Інноваційні технології у підготовці військово-медичних фахівців (Київ, 2019); Всеукраїнська науково-практична конференція «Проблеми оперативного та логістичного забезпечення складових сектору безпеки і оборони України (Харків, 2021); Науково-практичний семінар «Проблеми застосування ремонтно-відновлюваних частин (підрозділів) в операціях (бойових діях) (Київ, 2021); Міжнародна науково-практична конференція «ЛОГОС» «Наукова практика: сучасні та класичні методи дослідження» (Бостон, 2021); VIII Міжнародна науково-практична конференція «Наукові дослідження у XXI.№ 44 (Оттава, Канада, 2021); I Міжнародна науково-практична конференція «Вибухонебезпечні предмети як елемент гібридних загроз: виклики та протидія (Київ, 2021); I Міжнародна науково-теоретична конференція «Модернізація сучасної науки: досвід і тенденції». (Сінгапур, республіка

Сінгапур 2021); Напрямки удосконалення логістики Збройних Сил України на сучасному етапі їх розвитку (2021); Науково-практичний семінар: «Проблеми управління та застосування сил і засобів логістичного забезпечення в операціях (бойових діях) за досвідом відбиття збройної агресії росії та проведення операції Об'єднаних сил (АТО)» (Київ, 2022).

Публікації. Загальні положення та основні ідеї та зміст дисертації відображено у 26 публікаціях, зокрема у 8 статтях у вітчизняних наукових фахових виданнях з державного управління, 1 – у періодичному науковому виданні держави, яка входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та Європейського Союзу, 17 тезах доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційне дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (222 найменування). Повний обсяг дисертації становить 261 сторінку, обсяг основного тексту – 216 сторінок. Дисертація містить 4 рисунка, 7 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ У СФЕРІ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

1.1. Понятійно-категоріальний апарат дослідження державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини

Ефективність державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини детермінована рівнем наукової обґрунтованості та категоріальної визначеності цього процесу. Оскільки управління кадровим потенціалом у військово-медичній сфері є багатоаспектною управлінською діяльністю, яка адаптується до трансформаційних процесів у системі охорони здоров'я, військової сфери, вимог євроатлантичної інтеграції, першочерговим завданням є формування валідного понятійно-категоріального апарату.

Реформа сфери охорони здоров'я в Україні спрямована на створення комплексної системи, орієнтованої на пацієнта, яка здатна забезпечити доступне та якісне медичне обслуговування для всіх громадян на рівні стандартів, притаманних розвиненим європейським державам. Водночас ця реформа передбачає реалізацію одного із ключових напрямів – формування ефективної державної кадрової політики у системі охорони здоров'я, що стає стратегічною основою забезпечення функціональної спроможності медичних закладів і розвитку професійного потенціалу персоналу. Підготовка керівних кадрів у медичній сфері, зокрема у військовій медицині, розглядається як важливе завдання державної політики, що гарантує узгодженість нормативної бази, організаційних процесів та компетентнісних вимог до керівників, забезпечуючи системний підхід до підвищення якості управління та ефективності медичного обслуговування [1].

З метою наукового обґрунтування та уніфікації категоріального апарату, необхідного для дослідження державного регулювання підготовки

керівних кадрів у сфері військової медицини, слід встановити чіткі дефініції таких ключових понять, як «державне регулювання», «кадрова політика», «керівні кадри», «військова медицина», «державне регулювання у сфері військової медицини» та «кадрова політика у сфері військової медицини».

Як базова дефініція в теорії та практиці публічного управління, державне регулювання являє собою сукупність цільових методів і форм впливу, що використовуються державними органами влади. Його стратегічне призначення полягає у стабілізації суспільно-економічних відносин та забезпеченні адаптивної стійкості політичної системи до мінливих зовнішніх і внутрішніх умов. За своїм змістом державне регулювання є процесом цілеспрямованого коригування системних елементів. Це коригування здійснюється з метою підтримки функціонування соціальної чи економічної системи у стані, який відповідає заздалегідь визначеним цільовим характеристикам. Таким чином, регулювання сприяє досягненню оптимального рівня взаємоузгодженості між окремими частинами системи [2]. Державне регулювання у сфері військової медицини в Україні забезпечується через систему законодавчих актів, яка визначає завдання, структуру та механізми медичного забезпечення військовослужбовців.

Концептуальний аналіз засвідчує дисперсію у тлумаченні категорії «державне регулювання», зумовлену відмінностями у предметних сферах наукового знання. Спостерігається чітка бінарна опозиція у підходах: фахівці, у сфері державного управління традиційно дотримуються широкого трактування, сприймаючи державне регулювання як систему заходів, діяльність або всеохоплюючий комплекс форм впливу. Натомість, вчені, чий дослідження сфокусовані на економічній сфері, надають перевагу вузькій інтерпретації цього явища. Зокрема, М. Височанський [3] підтримує широку управлінську позицію, наголошуючи, що державне регулювання має тлумачитися як діяльність держави. Таке визначення здатне інтегрувати як процеси застосування системних заходів, так і використання різноманітних

форм і методів впливу. На його переконання, сутність державного регулювання полягає у стратегічному формуванні середовища (створенні умов), яке спрямовує функціонування суб'єктів та об'єктів управління у векторі, заданому державою, та забезпечує загальний розвиток системи. При цьому державне регулювання не є жорстко детермінованим, воно передбачає варіативність майбутньої діяльності керованих об'єктів, оптимізуючи їхні можливості для досягнення максимальної ефективності.

На противагу широкому управлінському баченню, економічна наука традиційно надає «державному регулюванню» вузький, більш інструментальний зміст, концентруючись на його впливі на ринкові механізми. У цій площині державне регулювання розглядається як набір конкретних заходів, орієнтованих на економічний сектор. Дослідники Д. Зухба, Е. Зухба та Н. Каптуренко [4] визначають його як комплекс економічних і політичних інтервенцій, що здійснюються державними інституціями. Ці інтервенції спрямовані на координацію макроекономічних процесів, підтримку оптимальних пропорцій суспільного виробництва та, що є ключовим, мінімізацію ризиків виникнення кризових явищ. Таким чином, економічна дефініція чітко відмежовується від загальноуправлінської діяльності держави, оскільки вона акцентує увагу виключно на комплексі цільових заходів та координації економіки, а управлінське трактування охоплює функціонування державної системи в цілому.

Аналізуючи концептуальні підходи до визначення цього поняття, О. Кундицький [5] пропонує систематизовану класифікацію тлумачень державного регулювання, об'єднуючи їх у чотири основні групи, у яких державне регулювання тлумачиться як:

- а) безпосередня діяльність держави;
- б) формалізована система цільових заходів;
- в) арсенал основних форм і методів впливу на об'єкт або процес;
- г) підсилювальний та допоміжний механізм, де держава бере на себе

виключно компенсаційні функції, не підмінюючи, а лише доповнюючи функціонування ринкового механізму [5].

Вітчизняні науковці, зокрема А. Савченко, Г. Пухтаєвич та О.Тітьонко [6], дотримуються функціонального підходу. Вони розглядають державне регулювання як комплексну діяльність владних структур, що зосереджена на забезпеченні необхідних передумов (правових, економічних і соціальних). Це сприяє формуванню сприятливого середовища для функціонування механізму (наприклад, ринкового чи самоврядного). Такий підхід дозволяє досягти реалізації національних інтересів та втілення стратегічних цілей і пріоритетів державної політики.

В. Орлик зазначає, що державне регулювання медичного забезпечення військовослужбовців України ґрунтується на комплексі нормативно-правових актів, які регламентують як порядок надання медичних послуг, так і забезпечення військовослужбовців необхідними медичними засобами. Ця теза є ключовою для нашого дослідження, оскільки вона підкреслює регулятивну функцію держави через створення законодавчої бази, що є первинною умовою для формування кадрової політики та системи підготовки керівних кадрів [7].

М. Білинська, Л. Жаліло та О. Мартинюк [8] вказують на те, що державне управління (яке є ширшим поняттям, ніж державне регулювання), зокрема у сфері охорони здоров'я, зазнало значних змін, які поширилися «вертикально і горизонтально» відповідно до інституційних рівнів. Ці зміни відображають нові підходи до демократії та формування і здійснення державної політики, де здоров'я розглядається як частина загального добробуту. Таке бачення векторів державного управління свідчить про перехід від суто відомчого контролю до міжсекторального та людиноцентричного підходу. Це має безпосередній вплив на військово-медичну службу, оскільки її керівні кадри мають бути підготовлені до горизонтальної координації з цивільними медичними установами та

інтеграції загальнодержавних стратегій добробуту і здоров'я у специфічну військову діяльність.

Державне регулювання підготовки керівних кадрів для медичної сфери в Україні є складним багаторівневим механізмом, що включає встановлення уніфікованих кваліфікаційних вимог, процедури ліцензування та акредитації, а також здійснення державного контролю у сфері охорони здоров'я. Провідна роль у цьому процесі належить Міністерству охорони здоров'я України як головному суб'єкту регулювання, що не лише визначає професійні стандарти для управлінського корпусу, а й формує загальний вектор державної політики, забезпечуючи нормативне підґрунтя та фінансову стабільність галузі.

Досліджуючи теоретико-методологічні засади цього процесу, Л. Криничко наголошує, що державне управління в охороні здоров'я має базуватися на інтегрованому підході, де регуляторна діяльність держави гармонійно поєднується з механізмами стратегічного розвитку кадрового потенціалу. Авторка обґрунтовує, що ефективність медичної системи безпосередньо залежить від дієвості інституційних інструментів, які забезпечують безперервність підготовки керівників та їхню здатність адаптуватися до трансформаційних змін у державному секторі [9]. Такий підхід дозволяє розглядати підготовку управлінців не лише як освітній процес, а як стратегічний елемент національної безпеки в галузі охорони здоров'я.

У Національному класифікаторі України «Класифікатор професій» ДК 003:2010 [10], передбачено перелік професій - зокрема, керівників у сфері охорони здоров'я, а саме:

- «Вищі посадові особи державних органів влади (1120): Вищі посадові особи органів державної виконавчої влади (1120.1); Вищі посадові особи місцевих органів державної влади (1120.2);
- Керівники інших основних підрозділів (1229): Керівні працівники

апарату центральних органів державної влади (1229.1); Керівні працівники апарату місцевих органів державної влади (1229.3); Керівники підрозділів в охороні здоров'я (1229.5);

- Менеджери (управителі) підприємств, установ, організацій та їх підрозділів (14): Менеджери (управителі) в освіті, охороні здоров'я та соціальній сфері (148): Менеджери (управителі) в охороні здоров'я (1482).

Також у покажчику професійних назв робіт за кодами професій, визначених цим класифікатором, передбачені посади керівних кадрів у сфері охорони здоров'я: Міністр охорони здоров'я України, заступник міністра охорони здоров'я України, заступник керівника головного управління, іншого органу державної виконавчої влади, керівник головного управління, іншого органу державної виконавчої влади, академік-секретар національної академії (наук, охорони здоров'я і т. ін.) України, віце-президент національної академії (наук, охорони здоров'я і т. ін.) України, головний учений секретар президії національної академії (наук, охорони здоров'я і т. ін.) України, президент національної академії (наук, охорони здоров'я і т. ін.) України, вища посадова особа громадської організації (у галузі охорони здоров'я та ін.), директор комплексу (оздоровчого, спортивного, туристського), керівник підприємства (установи, організації) охорони здоров'я (генеральний директор, директор, головний лікар та ін.), директор (керівник) малого підприємства (у сфері охорони здоров'я і т. ін.), менеджер (управитель) з громадської охорони здоров'я» [10].

Аналіз положень Національного класифікатора професій ДК 003:2010 засвідчує, що держава офіційно закріпила широкий, ієрархічно структурований спектр керівних посад у сфері охорони здоров'я, від вищих посадових осіб органів державної влади до менеджерів (управителів) підрозділів. При цьому ключовим суб'єктом, що визначає єдині кваліфікаційні та інституційні вимоги, залишається Міністерство охорони здоров'я.

Проте, сама лише формальна кодифікація професій та нормативне забезпечення є лише рамковими умовами для функціонування системи. Ефективність функціонування держави та її безпекового сектору безпосередньо залежить від якості цього кадрового потенціалу, який є її головним національним ресурсом. Саме тому дієва кадрова політика у військово-медичній сфері виступає ключовим каталізатором реформування, що вимагає системного підходу та детального розгляду її функціонального призначення.

Функціональне призначення державної кадрової політики полягає у забезпеченні раціонального та ефективного використання наявного кадрового потенціалу держави. Досягнення цієї мети вимагає системного підходу, який, як зазначають О. Шубалий, Н. Рудь та ін. [11], інтегрує чотири основні елементи управління персоналом: планування (стратегічне прогнозування потреб); формування (набір та відбір кадрів); розвиток (безперервне навчання та мотивація); стабілізація (забезпечення гідних умов праці та соціальних гарантій).

Ця багатокомпонентна структура є надзвичайно важливою, оскільки нездатність держави забезпечити або належно реалізувати хоча б одну з цих ланок, як підкреслюють Г. Осовська та ін [12], неминуче призводить до дефіциту критично важливих спеціалістів та суттєвого зниження рівня управлінської стійкості системи.

Така ситуація є особливо загрозливою для системи охорони здоров'я, а особливо для військової медицини, що функціонує в умовах трансформаційних процесів; загроз національній безпеці та є фундаментальною умовою успішної імплементації та стійкості галузевих реформ. Зрештою, саме від професіоналізму, компетентності та кількісної достатності медичних кадрів безпосередньо залежать якість, своєчасність та доступність надання медичної допомоги населенню.

Проблеми кадрового забезпечення на рівні підприємства чи організації

є предметом теоретичного опрацювання у вітчизняному науковому просторі. Серед українських дослідників, які зробили вагомий внесок у концептуалізацію цього напрямку, слід відзначити В. Воронкову, О. Шаповала, Б. Язлюка, В. Гордієнка, О. Дикань, Л. Прокопець, І. Тодоріко та інших. Незважаючи на значний обсяг опублікованих наукових праць та широту проведених емпіричних і теоретичних досліджень, проблематика кадрового забезпечення, особливо в умовах постійних соціально-економічних трансформацій, зберігає свою актуальність і не може вважатися остаточно вичерпаною. Динаміка суспільних процесів та поява нових управлінських викликів (зокрема, у специфічних галузях, як-от військова медицина) вимагають концептуалізації її сутності, цілей та механізмів реалізації.

Державна політика у сфері охорони здоров'я визначається як системно організована сукупність загальнодержавних управлінських рішень і публічних зобов'язань, спрямованих на збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я, а також соціального благополуччя населення як стратегічної складової національного багатства держави, що реалізується через інтегроване застосування політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медико-профілактичних механізмів [13].

Поняття «кадровий потенціал» є фундаментальним для аналізу системи державного регулювання, оскільки саме воно визначає ресурсну базу для реалізації державної політики, включно з військово-медичною сферою. Поняття «потенціал» (лат. *potentia* – наявність можливості, сили) у широкому сенсі позначає сукупність наявних засобів, запасів, джерел, які можуть бути використані в разі потреби для досягнення певної мети. Однак у контексті управління цей термін набуває якісно іншого змісту, орієнтованого на людський фактор.

Так, В.Олуйко та Р.Мацелик [14] визначають кадровий потенціал як

«сукупність якісних та кількісних характеристик персоналу (освітній, професійний, кваліфікаційний, віковий, статевий склад, рівень ділової активності, мотивація до праці, інноваційні та креативні здібності), які визначають потенційні можливості організації виконувати покладені на неї функції, вирішувати поставлені завдання і досягати цілей». Ця дефініція є найбільш релевантною, оскільки вона фокусується на якостях персоналу (компетентностях, мотивації) як ресурсі, що може бути активований для виконання стратегічних завдань. З цього випливає, що кадровий потенціал є не просто штатом співробітників, а динамічною сукупністю можливостей, які необхідно формувати, розвивати та використовувати за допомогою управлінських інструментів.

Необхідність розвитку та раціонального використання цього потенціалу зумовлює потребу формування та реалізації кадрової політики, яка виступає одним із найважливіших стратегічних напрямів державного управління, орієнтований на задоволення потреби публічної адміністрації у висококваліфікованих ресурсах.

Згідно з визначенням, наведеним у Енциклопедичному словнику з державного управління [15], кадрова політика інтегрує в собі стратегічну діяльність, спрямовану на концептуальне та програмне забезпечення усіх етапів життєвого циклу кадрових ресурсів, від формування та розвитку до ефективного використання. Вона є визначальним чинником для підвищення загальної ефективності системи органів публічної влади. Головна мета кадрової політики полягає у створенні професійного корпусу публічної служби, який володіє достатньою спроможністю та фаховістю для успішного вирішення поточних і стратегічних завдань, що постають перед державою на сучасному етапі. Таким чином, чітко розмежовуються ролі, оскільки кадрова політика виступає як стратегічний суб'єкт управління, який формує принципи та механізми впливу, а кадровий потенціал є об'єктом цього цілеспрямованого стратегічного впливу.

Розширене тлумачення цього феномена поділяють і дослідники у сфері управління персоналом. Так, Л.Безугла, А.Пугач та співавтори у навчальному посібнику «Кадрова політика в державній службі» [16] розглядають кадрову політику як цілісну систему соціально-правових, організаційно-економічних і психологічних інструментів державного впливу, спрямованих на формування, ефективне використання та відтворення трудового (кадрового) потенціалу. Автори акцентують, що визначальними орієнтирами кадрової політики є укомплектування посад персоналом відповідної кваліфікації як у поточній, так і в довгостроковій перспективі, а також забезпечення раціонального використання людських ресурсів і становлення результативних трудових колективів.

Подібною, але більш процесною позицією дотримуються і Л.Балабанова та О.Сардак [17], які визначають кадрову політику як складний організаційно-економічний процес, що охоплює низку важливих заходів і процедур із пошуку, формування, забезпечення умов розвитку, вдосконалення кадрового потенціалу та становлення соціальної інфраструктури. Це підкреслює її динамічний та інвестиційний характер, а не лише регулятивний.

З позиції стратегічного менеджменту, О. Шаповал [18] тлумачить кадрову політику як скоординовану та збалансовану кадрову діяльність. Суть цієї діяльності полягає у формуванні високопродуктивного, згуртованого кадрового потенціалу, який не лише забезпечує досягнення поточних цілей і завдань організації, але й володіє критичною здатністю своєчасної та гнучкої реакції на мінливі зовнішні вимоги. Цей наголос на балансі та високій адаптивності набуває особливої актуальності для військової медицини, де зовнішнє операційне середовище характеризується перманентною нестабільністю, високими ризиками та непередбачуваністю, вимагаючи від управлінського корпусу максимальної стійкості та гнучкості.

Поглиблене осмислення кадрової політики як динамічного управлінського процесу представлено у дослідженнях, зорієнтованих на

управлінський аспект. Зокрема, Б. Язлюк, В. Вороніна та В. Гордієнко [19] доходять висновку, що кадрова політика за своєю суттю є безперервним і ресурсомістким процесом, у межах якого реалізуються функції планування, організації, мотивації та контролю діяльності персоналу. Науковці підкреслюють, що саме така процесуальна логіка кадрової політики є визначальною для досягнення стратегічних цілей організації та ефективного розв'язання поточних управлінських завдань, водночас наголошуючи, що обґрунтована кадрова політика створює підґрунтя для формування висококваліфікованого персоналу й забезпечення умов його професійного та кар'єрного розвитку. В.Воронкова, зосереджуючись на філософських засадах управління людськими ресурсами [20], визначає кадрову політику як систему, яка має забезпечувати не лише функціональну відповідність, але й етичну та ціннісну узгодженість персоналу зі стратегією організації, що є особливо важливим у сфері публічної служби, зокрема військової.

У руслі економічних досліджень, зокрема у працях М. Бутенка та О.Петряєва [21], кадрова політика визначається як систематизований комплекс управлінських методів і заходів. Її першочерговим завданням є забезпечення раціоналізації використання наявних ресурсів (як трудових, так і фізичних) з метою максимізації ефективності організації. Основними стратегічними цілями такого підходу є зростання конкурентоспроможності суб'єкта господарювання та посилення його ринкової позиції. Це визначення підкреслює інструментальний характер кадрової політики: вона має бути достатньо гнучкою, здатною оперативно та адекватно реагувати на динамічні зміни, що відбуваються як у внутрішньому кліматі організації, так і в її зовнішньому конкурентному середовищі.

О.Дикань та співавтори, розглядаючи проблему удосконалення управління персоналом [22] підтверджують, що кадрова політика слугує механізмом, який систематизує усі процедури роботи з персоналом для досягнення загальних бізнес-цілей, що у контексті державного управління

перекладається на цілі національної безпеки та ефективності публічних послуг.

Релевантність цих підходів для сфери військової медицини є беззаперечною, оскільки кадрова політика не може бути редукована до суто економічного контексту. Вона повинна інтегрувати стратегічний, процесуальний та ціннісний аспекти для формування кадрового потенціалу, критично необхідного для роботи в умовах високої відповідальності та кризового менеджменту. Зокрема, Л.Прокопець та І.Тодоріко [23], аналізуючи проблеми управління персоналом у закладах охорони здоров'я, акцентують увагу на необхідності створення умов для ефективної роботи саме медичних фахівців. Це безпосередньо стосується військово-медичної служби, де дефіцит кваліфікованих керівних кадрів, здатних до кризового управління та міжсекторальної координації, залишається однією з найбільш критичних проблем.

Саме тому наказ Міністерства оборони України від 27.10.2023 № 637 «Про затвердження Концепції військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України на період до 2028 року» [24] є ключовим нормативно-правовим актом, що інституалізує теоретичні засади кадрової політики у військово-медичній сфері, надаючи їм обов'язкового регулятивного статусу. Цей документ слугує стратегічною основою, забезпечуючи нормативне закріплення та визначаючи конкретні напрями, в межах яких має здійснюватися державне регулювання, особливо у частині професійної підготовки та розвитку керівного складу. Таким чином, кадрова політика функціонує як системний елемент, який пов'язує загальні стратегічні цілі держави з конкретними процедурами управління людськими ресурсами, що, у свою чергу, робить її основною точкою впливу для реалізації державного регулювання.

Аналіз наукових джерел дозволяє ідентифікувати поняття «керівні кадри» як виділену категорію персоналу організації, що має повноваження та

відповідальність за управління, координацію діяльності та досягнення стратегічних цілей.

Згідно з дослідженням І. Міщенко [25], до цієї категорії належать керівники, менеджери та лідери, ключова роль яких полягає у прийнятті стратегічних та тактичних рішень, що впливають на функціонування всієї установи. Вони забезпечують узгоджену роботу підрозділів, планують діяльність, контролюють виконання завдань і є основним суб'єктом, який безпосередньо втілює у життя кадрову політику та стратегію підприємства

Як зазначає В. Борщ, така центральна роль управління має важливе значення у сфері охорони здоров'я, адже ефективне управління медичним персоналом є визначальним чинником, що сприяє вирішенню проблем підвищення якості надання медичної допомоги населенню [26]. Сучасні принципи реформування передбачають кардинальну зміну концепції управління кадрами, що вимагає від керівників впровадження новітніх підходів. Ці концептуальні зміни трансформуються у стратегічні вектори діяльності на рівні медичного закладу. До них належать: безпосередня реалізація кадрової політики та стратегії в рамках внутрішньої діяльності установи, запровадження сучасних методів стимулювання та нових принципів оплати праці, інтенсивне формування та розвиток кадрів шляхом застосування новітніх методів підготовки (особливо управлінських), а також впровадження принципів командної роботи в процесі надання медичних послуг.

Якість управлінського персоналу є предметом широкої наукової дискусії, особливо щодо статусу керівного складу медичного закладу та наявності у них спеціальної освіти. Як зазначає Л. Мельник, в Україні історично склалася ситуація, коли головний лікар акумулював у своїх руках адміністративні, господарські, та медичні функції. Водночас, передовий міжнародний досвід демонструє ефективнішу модель управління, що передбачає чітке функціональне розмежування цих сфер, яке реалізується

через залучення двох фахівців: генерального директора (відповідального за адміністративні та господарські питання) та медичного директора (який курує всі медичні та клінічні процеси) [27]. Запровадження такої двокомпонентної моделі та розмежування управлінських і клінічних посад було законодавчо закріплено та активно впроваджується в Україні з 2019 року.

Таким чином, керівні кадри у сфері військової медицини є і адміністративним елементом, і стратегічним провідником реформ, відповідальним за перехід до нових, якісно вищих стандартів медичного забезпечення, що й обумовлює нагальну потребу в удосконаленні системи їхньої підготовки.

У підручнику «Організація медичного забезпечення військ» [28], колектив авторів під редакцією В.Паська (М.Бадюк, Ф.Левченко, В.Токарчук та ін.) концептуалізує поняття «військова медицина» як багаторівневу організаційну систему. Ця система охоплює навчальні, науково-дослідні та лікувально-санаторні військово-медичні заклади, включаючи профільні військові шпиталі та госпіталі. Головна функція цього комплексу полягає у забезпеченні повноцінної діагностики та надання необхідного лікування військовослужбовцям, які належать до широкого спектру силових структур (зокрема, Міністерства оборони, Державної прикордонної служби, Служби безпеки України та інших воєнізованих формувань). Виходячи з цього, військова медицина визнається не лише як галузь, а як комплексна, міжвідомча система, що за своєю природою вимагає уніфікованого державного регулювання для забезпечення її ефективності та злагодженості як у мирний, так і в особливий (воєнний) час.

Функціональна площина військової медицини є значно ширшою за суто клінічну діяльність. Згідно з дослідженням О. Шекери [29], вона охоплює не лише практичне лікування військовослужбовців як у стаціонарних умовах, так і безпосередньо в зонах бойових дій чи навчань, але

й спеціалізовані напрями. Серед них - оперативне лікування вогнепальних травм, надання допомоги при радіаційних ураженнях, а також боротьба з інфекційними захворюваннями та отруєннями. Критично важливим аспектом, що має безпосередній вплив на державну кадрову політику, є її військово-експертна функція. Вона включає вивчення та розробку принципів медичної і психологічної придатності осіб до військової служби. Крім того, військова медицина відповідає за експертне встановлення втрати здоров'я внаслідок бойових операцій та визначення інвалідності.

Таким чином, військова медицина здійснює подвійну функцію: лікувально-евакуаційну (надання допомоги) та військово-експертну (оцінка придатності та наслідків), що підтверджує її стратегічну роль у забезпеченні обороноздатності держави.

Медична енциклопедія під редакцією П.Черв'яка [30] доповнює це визначення, вказуючи, що військова медицина є галуззю медицини, що вивчає вплив умов військової діяльності на здоров'я військовослужбовців, розробляє методи їхнього захисту та лікування, а також принципи організації медичного забезпечення військ. Це свідчить про науково-прогностичний характер даної сфери.

У світлі сучасних викликів, В.Жаховський та співавтори [31] акцентують увагу на необхідності створення функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення сил оборони на засадах єдиного медичного простору. Ця концепція, розроблена у 2022 році, відображає стратегічний тренд інтеграції військової медицини з цивільною системою охорони здоров'я. Така інтеграція, у свою чергу, висуває підвищені вимоги до управлінської підготовки керівних кадрів, які повинні вміти ефективно координувати ресурси та процеси в умовах єдиного медичного простору.

Таким чином, військова медицина є складною, багатфункціональною системою, що включає науковий, навчальний, клінічний та експертний компоненти, є критичним об'єктом державного регулювання, що визначає

необхідність формування висококваліфікованого управлінського корпусу.

Підсумовуючи результати аналізу джерел, можна констатувати, що низка фундаментальних категорій, таких як «кадрова політика», «державне регулювання», «кадровий потенціал» та «управління персоналом», розкриває специфіку взаємодії державних інститутів та медичного персоналу у контексті забезпечення ефективного функціонування військової медицини. Систематизація цих понять (таблиця 1.1.) дозволяє створити цілісну рамку понятійно-категоріального апарату, на основі якого здійснюватиметься подальший теоретичний та методологічний аналіз.

Таблиця 1.1

Систематизація основних понять дослідження державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини

Поняття	Автори	Сутність поняття
Державне регулювання	М. Височанський	Діяльність держави, яка створює умови для діяльності суб'єктів та об'єктів управління, забезпечуючи розвиток системи в напрямі, бажаному для держави. Розглядається як система заходів чи комплекс форм і методів впливу (на відміну від вузькоекономічного трактування).
	В. Орлик	Ґрунтується на комплексі нормативно-правових актів, які регламентують порядок надання медичних послуг та забезпечення військовослужбовців засобами, підкреслюючи регулятивну функцію держави через законодавчу базу.
Кадрова політика	Енциклопедичний словник з державного управління	Стратегічна діяльність із цілевизначення та програмного забезпечення формування, розвитку і використання кадрових ресурсів як визначального чинника ефективності публічної влади.
	Л. Балабанова, О. Сардак	Складний організаційно-економічний процес, що охоплює пошук, формування, забезпечення умов розвитку та вдосконалення кадрового потенціалу.
	Б. Язлюк, В. Вороніна, В. Гордієнко	Тривалий і трудомісткий процес, що включає планування, організацію, стимуляцію і контроль над роботою співробітників, необхідний для кар'єрного зростання та досягнення цілей.
Кадровий потенціал	В. Олуйко, Р. Мацелик	Сукупність якісних та кількісних характеристик персоналу (освітній, професійний, мотивація, здібності), що визначає потенційні можливості організації виконувати покладені на неї функції.
Військова медицина	М. Бадюк, Ф. Левченко, В. Токарчук та ін.	Система навчальних, науково-дослідних, лікувально-санаторних та шпитальних військово-медичних закладів, що забезпечує діагностику та лікування

		військовослужбовців у мирний та воєнний час.
	О. Шекера	Виконує лікувально-евакуаційну та військово-експертну функцію, включаючи визначення медичної та психологічної придатності до служби, що має прямий стосунок до формування кадрової політики.
Керівні кадри	І. Міщенко	Виділена категорія персоналу (керівники, менеджери, лідери), ключова роль яких полягає у прийнятті стратегічних та тактичних рішень, що впливають на функціонування всієї установи.

Джерело: складено автором

Таким чином, дослідивши понятійно-категоріальний апарат застосований у вітчизняній науковій літературі, нами пропонується авторське визначення понять:

- «державне регулювання» - це стратегічна діяльність органів публічної влади, спрямована на комплексне формування (правове, економічне та соціальне) сприятливих умов, які забезпечують ефективне функціонування суспільних механізмів відповідно до визначених цілей, пріоритетів державної політики та реалізації національних інтересів;
- «кадрова політика» - це систематизований організаційно-економічний процес, що охоплює комплекс стратегічних заходів та процедур із планування, формування, розвитку, раціонального використання та збереження кадрового потенціалу, включаючи забезпечення соціальної інфраструктури та умов для досягнення цілей організації;
- «керівні кадри» - це стратегічно важлива категорія персоналу, що складається з керівників, менеджерів та лідерів, які наділені формальними повноваженнями та несуть персональну відповідальність за прийняття ключових рішень, координацію діяльності та забезпечення досягнення визначених цілей системи (організації) в цілому;
- «військова медицина» - це спеціалізована міжвідомча галузь, що являє собою комплексну систему наукових знань, діагностичних, лікувально-евакуаційних та реабілітаційних заходів, а також технічного оснащення. Її стратегічною метою є зміцнення та відновлення здоров'я військовослужбовців, забезпечення їхньої професійної придатності

(боєздатності), а також запобігання та лікування бойових ушкоджень, травм та захворювань;

- «державне регулювання у сфері військової медицини» - це цілеспрямований вплив держави на функціонування військово-медичної системи, що реалізується через трирівневу нормативно-правову базу (Конституція України, законодавчі акти) та відомчі акти Кабінету Міністрів України, Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України, з метою забезпечення її ефективності та злагодженості в умовах оборони;

- «кадрова політики у сфері військової медицини» - це спеціалізована кадрова діяльність, інтегрована у загальну державну кадрову політику, яка стратегічно зосереджена на задоволенні кваліфікаційних та кількісних потреб Збройних Сил України у медичному персоналі. Вона охоплює цикл управління персоналом - від відбору та фахової підготовки до безперервного професійного розвитку, збереження кадрового ядра та гарантування соціального захисту військовослужбовців медичної служби.

На основі проведеного аналізу наукових джерел можна зробити кілька важливих висновків.

По-перше, систематизація базових понять дозволяє чітко окреслити межі та предмет дослідження державного регулювання кадрової політики у військовій медицині.

По-друге, виділення сутності понять «кадрова політика», «державне регулювання», «кадровий потенціал», «управління персоналом» та «професійне навчання і підготовка» створює основу для розуміння взаємозв'язків між державними інститутами, кадровими ресурсами та медичними потребами Збройних Сил.

По-третє, узагальнення показує, що ефективне державне регулювання кадрової політики у військовій медицині неможливе без комплексного підходу, який враховує правові, організаційні та соціальні аспекти діяльності

персоналу.

Розкриття взаємозв'язків між цими поняттями дозволяє здійснити аналіз їх функціональної інтеграції у практичну систему державного регулювання, що забезпечує адаптивність та результативність.

У системі державного регулювання кадрової політики у військовій медицині поняття «кадрова політика» виступає центральним, оскільки саме воно визначає цільові орієнтири формування, розвитку та ефективного використання кадрового потенціалу. Кадрова політика, будучи комплексом цілеспрямованих заходів держави, встановлює принципи відбору, підготовки, розподілу та мотивації медичного персоналу, узгоджуючи їх із стратегічними завданнями Збройних Сил. Таким чином, кадрова політика безпосередньо залежить від механізмів державного регулювання, які забезпечують нормативно-правову та організаційну основу для реалізації кадрових стратегій.

Поняття «державне регулювання» у цьому контексті виступає як інструмент впливу держави на розвиток і функціонування кадрового потенціалу. Воно охоплює правові норми, організаційні структури та економічні механізми, що забезпечують планування, контроль і коригування діяльності медичного персоналу. Взаємодія державного регулювання з кадровою політикою створює передумови для формування стійкої системи управління персоналом, яка здатна адаптуватися до сучасних викликів у сфері військової медицини.

Ключовим ресурсом у цій системі є «кадровий потенціал», який формується через поєднання професійних знань, компетенцій, практичного досвіду та мотивації персоналу. Ефективність кадрового потенціалу залежить від того, наскільки адекватно державне регулювання та кадрова політика забезпечують його розвиток і використання. Тут виникає тісний зв'язок із поняттям «професійне навчання та підготовка», що визначає процес організованого набуття і вдосконалення знань, умінь і навичок медичного

персоналу. Без системної підготовки кадрів кадровий потенціал не може реалізуватися у повному обсязі, а стратегічні цілі військово-медичної системи залишаються недосягнутими.

Іншим важливим компонентом є «управління персоналом», що інтегрує планування, організацію, мотивацію та контроль діяльності працівників. Управління персоналом безпосередньо забезпечує реалізацію кадрової політики на практиці, трансформуючи нормативні положення державного регулювання та результати навчання у конкретні дії та функціональні результати. Воно виступає посередником між кадровою політикою та кадровим потенціалом, переводячи стратегічні завдання у щоденну діяльність військово-медичного персоналу.

Таким чином, ці поняття утворюють взаємопов'язану систему:

- *державне регулювання* створює нормативно-правову і організаційну базу.
- *кадрова політика* формує цільові орієнтири щодо розвитку і використання персоналу.
- *кадровий потенціал* забезпечує ресурсну основу для реалізації політики.
- *професійне навчання та підготовка* наповнює кадровий потенціал знаннями, навичками та компетенціями.
- *управління персоналом* трансформує політику та потенціал у практичну діяльність, досягаючи стратегічних цілей військово-медичної системи.

Важливо відзначити, що ці елементи не існують ізольовано, а взаємодіють циклічно та динамічно. Зміни в нормативній базі державного регулювання потребують коригування кадрової політики; розвиток кадрового потенціалу стимулює вдосконалення системи професійного навчання; а ефективне управління персоналом повертає інформацію до органів державного регулювання для оптимізації кадрових рішень. Така системна

взаємодія забезпечує стійкість, адаптивність та результативність кадрової політики у військово-медичній сфері, що є критично важливим для забезпечення обороноздатності держави та високого рівня медичного забезпечення особового складу Збройних Сил.

Проведений аналіз дозволив виокремити чітку типологію ключових категорій, що лежать в основі формування кадрової політики та організаційних процесів. Зокрема, було виділено три взаємопов'язані групи понять.

Перша група: регулятивні категорії (законодавчо-нормативні поняття: державні стандарти освіти, нормативи професійної підготовки, положення про військово-медичні установи), визначає зовнішні рамки функціонування системи підготовки кадрів. Ці категорії формують базові умови та стандарти, на підставі яких організовуються освітні та кадрові процеси, задають юридичні й адміністративні вимоги до діяльності навчальних та військових органів.

Друга група: організаційно-структурні категорії (управлінські механізми та процеси: планування навчальної та практичної діяльності, координація між рівнями управління), характеризує внутрішню архітектуру управління підготовкою кадрів. Ці поняття визначають практичні інструменти реалізації державної політики у сфері військової медицини, забезпечують взаємодію між навчальними закладами та військовими структурами, а також координують діяльність на різних рівнях управління.

Третя група: компетентісно-функціональні категорії (професійні та управлінські якості керівників: управлінські, організаційні та професійні навички, компетенції), відображає внутрішні характеристики якості підготовки керівних кадрів. Ці поняття формують ключові критерії оцінки ефективності кадрової політики та результативності навчальних і практичних процесів, дозволяючи оцінювати готовність керівників до виконання стратегічних завдань у військово-медичній сфері.

Отже, чітке визначення та взаємне розташування цих категорій створює методологічну основу для формування ефективної системи підготовки керівних кадрів. Взаємодія регулятивних, організаційно-структурних та компетентнісно-функціональних категорій забезпечує гармонізацію між нормативною базою, організаційною структурою та професійними вимогами, формуючи системну модель, де кожна група понять впливає на інші, а зворотні зв'язки дозволяють коригувати і вдосконалювати як освітні, так і управлінські процеси. Така системна взаємодія категорій є підґрунтям для науково обґрунтованого формування стратегічних підходів до підготовки керівних кадрів у військово-медичній сфері.

1.2. Методологічні підходи та принципи державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині

Сучасні тенденції реформування сфери охорони здоров'я України вказують на те, що необхідно провести кардинальні зміни в управлінні сферою охорони здоров'я з метою чіткого розподілу функцій управлінських та лікарських посад.

З метою вирішення завдання щодо державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині велике значення має визначення методологічних основ.

Згідно з Словником-довідником «Методологія державного управління» [32], методологія визначається як систематизований корпус знань про способи організації та здійснення як теоретичної (пізнавальної), так і практичної діяльності. Вона являє собою не лише сукупність прийомів, але й вчення про цю систему, охоплюючи її логічну організацію, внутрішню структуру, принципи, методи та засоби реалізації. Концептуально, методологія функціонує як багаторівнева ієрархічна система, що інтегрує три ключові підсистеми, які охоплюють як сферу пізнання, так і сферу

практичної діяльності.

Методологія науки являє собою фундаментальне вчення про систему способів організації та здійснення наукового пізнання, а також принципи побудови систем наукових знань. Вона диференціюється на дві основні складові, що взаємно доповнюють одна одну, зокрема: змістовна методологія сфокусована на внутрішній архітектоніці наукового знання, вивчаючи структуру наукової теорії, закони її породження і трансформації, понятійний апарат та прийняті схеми пояснення; формальна методологія зосереджена на аналітичних аспектах, пов'язаних з аналізом мови науки, формальною структурою наукового пояснення та описом формалізованих методів дослідження.

Другою підсистемою є методологія наукового дослідження, яка представляє собою систему конкретних способів і прийомів дослідження певних об'єктів. Ця підсистема має ієрархічну структуру і включає:

- філософську методологію, що становить найвищий, світоглядний рівень.
- загальнонаукову методологію, що охоплює міждисциплінарні та загальні логічні підходи.
- конкретно-наукову методологію, що використовує методи, специфічні для певної наукової дисципліни або галузі знань.

Третя підсистема, методологія практичної діяльності, є системою способів організації та здійснення безпосередньої прикладної роботи. Вона має пряме прикладне значення і поділяється на:

- загальнопрактичну методологію, що застосовується у широкому спектрі практичних сфер.
- конкретно-практичну методологію, що орієнтована на специфічні прийоми та операції у вузькій галузі.

Така трирівнева класифікація дозволяє системно охопити увесь спектр від абстрактного філософського пізнання до деталізованої практичної

реалізації, забезпечуючи методологічну повноту дослідження [32].

Будь-яке наукове дослідження базується на чітко визначеній методологічній основі. Методологічні ідеї, які доводять свою продуктивність у різних, навіть неспоріднених, галузях знання, можуть набувати загальнонаукового статусу і застосовуватися як універсальні інструменти пізнання. До таких фундаментальних загальнонаукових підходів (або парадигм), які є невід'ємною частиною сучасного наукового методу, належать, зокрема, системний, процесний та ситуаційний підходи. Їхнє використання забезпечує комплексний погляд на об'єкт дослідження, дозволяючи враховувати його структурну цілісність, динаміку розвитку та залежність від зовнішнього контексту [32].

Аналіз наукової спадщини демонструє, що для вирішення методологічних проблем державного управління, зокрема формування державної кадрової політики у сфері військової медицини, ключове значення мають роботи провідних вітчизняних вчених. Їхній внесок можна систематизувати у три взаємопов'язані змістовні блоки: концептуалізація та категоріальний апарат державного управління; системно-аналітичні засади реформ та прикладна методологія наукового пошуку.

В. Бакуменко, В. Луговий, В. Князєв та співавтори, виступаючи упорядниками «Словника-довідника з методології державного управління» [33], здійснили уніфікацію та систематизацію базових понять. Це забезпечило загальноприйнятну термінологічну базу, необхідну для ведення наукового дискурсу в Україні.

Дослідники Г. Бірта, Ю. Бургу, В. Ладика, Л. Шильман, Л. Перцевой у навчальних посібниках [34; 35] детально розкривають ієрархічну структуру методології, поділяючи її на філософську, загальнонаукову та конкретно-наукову, що є необхідним для обґрунтування вибору методів.

Напрацювання цих вчених дозволяють обґрунтовано визначити предмет, об'єкт і мету дослідження, оскільки вони задають стандарт

наукового дискурсу. Це усуває термінологічну двозначність і слугує незаперечною відправною точкою для переходу до аналізу динамічних систем і процесів. В. Авер'янов у праці «Державне управління: теорія і практика» [36] запровадив системний підхід як домінуючу методологічну парадигму для аналізу виконавчої влади. Його концепція дозволяє розглядати державну кадрову політику як інтегровану частину складної системи національної безпеки. Ю. Сурмін у праці «Майстерня вченого» [37] надає деталізацію логіки, процедур та технологій наукового дослідження. Його внесок є прикладноорієнтованим, допомагаючи у формуванні алгоритмів вибору та застосування конкретних методів. Праці В. Бочелюка, В. Нечипоренка, В. Завцької [38] про методику та організацію наукових досліджень зосереджують увагу на прикладних методиках, які є релевантними для аналізу людського фактора та психологічних аспектів управлінських кадрів у військовій медицині. Енциклопедичний словник з державного управління [15] містить таке визначення: «методологія дослідження» (від грецького *methodos* – шлях дослідження або пізнання та *logos* – слово, поняття, вчення) – система принципів і способів організації дослідження

Спираючись на ґрунтовний аналіз теоретичних і методологічних напрацювань вітчизняних учених (В. Авер'янова, В. Бакуменка, Ю. Сурміна та ін.), наше дисертаційне дослідження базується на системі взаємодоповнюючих методів, що забезпечують його комплексність, достовірність та багатоаспектний характер.

Основними засобами науково-теоретичного дослідження є: сукупність наукових методів, всебічно обґрунтованих та зведених в єдину систему; сукупність понять, строго визначених термінів, пов'язаних між собою і утворюють характерну мову науки [34].

Методологічні основи дослідження проблем державного управління включають визначення предмета, мети, об'єкта та завдань дослідження, вибір

методів, які найкраще сприятимуть пізнанню [39]. На думку О. Барило, методологічні основи дослідження проблем державного управління включають загальнонаукові методи (системний, аналіз, синтез, спостереження, експеримент), а також спеціально-наукові підходи, які застосовуються в конкретній сфері управління. До них належать принципи державного управління, такі як системний, функціональний та інституційний методи [40].

Отже, методологія державного управління – це інтегрована, двокомпонентна система знань (вчення) про способи організації та реалізації пізнавальної (дослідницької) та практичної (управлінської) діяльності в публічній сфері.

Методологія функціонально диференціюється на дві взаємопов'язані підсистеми:

- підсистема наукового пізнання (охоплює концептуальний інструментарій дослідження (поняття, принципи, підходи, методи, парадигми), необхідний для генерування нового знання про сферу державного управління та її процеси);
- підсистема практичної діяльності (складається з операційного інструментарію (принципи, методики, процедури, технології), який забезпечує ефективне здійснення безпосередньої державно-управлінської діяльності та прийняття рішень [15].

Таким чином, методологія державного управління виступає зв'язком між теорією (способами мислення) та практикою (способами дії).

Дослідження державного регулювання підготовки керівних кадрів військової медицини ґрунтується на методологічних принципах, що визначають зміст, логіку та орієнтири управлінського впливу держави. Ці принципи виступають концептуальною основою кадрової політики й формують нормативно-цільову базу для діяльності МОУ, МОЗ, військово-медичних закладів освіти та інших державних інституцій.

Аналіз сучасних наукових праць у сфері публічного управління охороною здоров'я (Ю. Малігон, В. Макарчук, М. Мандрик-Мельничук, С. Чуприна, В. Пугач) дає змогу уточнити комплекс принципів, релевантних саме для системи військової медицини, що перебуває в умовах трансформації та адаптації до стандартів НАТО. Ю. Малігон підкреслює, що кадрову політику неможливо обмежувати освітньою складовою: вона функціонує як багаторівнева система, у якій поєднуються адміністративні, ресурсні, інституційні та інформаційні процеси [41]. З позиції військової медицини це означає, що підготовка керівних кадрів повинна розглядатися у зв'язку із: системою національної безпеки, цивільним сектором охорони здоров'я, оборонним плануванням, інноваційною та телемедичною інфраструктурою. *Комплексність* передбачає охоплення всіх механізмів регулювання: визначення стандартів компетентностей, моніторинг якості та ресурсного забезпечення тощо. Цей принцип забезпечує узгодженість регулятивних, організаційно-структурних та компетентнісно-функціональних категорій, які було визначено у підрозділі 1.1. У підходах М.Малігон наголошується також важливість інституційної взаємодії між різними суб'єктами політики, що є критично важливим для військово-медичних структур.

В. Макарчук доводить, що ефективність кадрової політики безпосередньо залежить від чіткості правового поля та узгодженості законодавчих і підзаконних актів [42]. Принцип *верховенства права та законності* є базовим для державного регулювання та передбачає, що всі процеси, пов'язані з підготовкою, атестацією, призначенням та кар'єрним розвитком керівників, повинні здійснюватися виключно в межах Конституції України, законів та нормативно-правових актів (Постанови КМУ, накази МОЗ та Міністерства оборони). У сфері військової медицини він має особливе значення, оскільки кваліфікаційні вимоги, стандарти підготовки, правила атестації, вимоги до службової кар'єри мають бути нормативно закріплені з урахуванням військової специфіки та стандартів НАТО. В. Пугач

також акцентує, що правова підготовка керівників є ключовою передумовою їх ефективної діяльності у складних регульованих системах [43]. Отже, легітимність і правова компетентність - це не лише формальна вимога, а й фундамент професійного управління у військовій медицині.

М. Мандрик-Мельничук обґрунтовує перехід від суто адміністративного підходу до людиноцентричної моделі, орієнтованої на забезпечення якості медичних послуг і гуманітарних потреб людини [44]. Згідно з Концепцією військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України, цей принцип є одним із ключових і передбачає повагу до людини, її конституційних прав і свобод [45]. У контексті нашого дослідження це передбачає пріоритет збереження життя та здоров'я військовослужбовців, необхідність етичної компетентності керівників, формування відповідальності за безпеку пацієнта, орієнтацію на реабілітацію та психологічну підтримку. У військовій медицині принцип *людиноцентричності* проявляється у поєднанні гуманітарного підходу, етики та стратегічної відповідальності держави за життя військових.

С. Чуприна наголошує на потребі впровадження європейських стандартів пацієнтоорієнтованості, прозорості та гуманітарної відповідальності в системі охорони здоров'я. Це свідчить про *інноваційний та адаптивний* характер сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я, що орієнтується на інтеграцію нових норм і вимог [46]. Принцип інноваційності та адаптивності (гнучкості) в умовах реформування сфери охорони здоров'я [47] та постійних викликів воєнного часу вимагає від системи державного регулювання оперативного оновлення навчальних програм, впровадження новітніх форм управління (наприклад, розмежування функцій генерального та медичного директорів) та використання сучасних медичних технологій. Він забезпечує здатність керівних кадрів швидко адаптуватися до мінливого оперативного середовища та вимог євроатлантичної інтеграції.

Таким чином, використання методологічних *принципів комплексності, верховенства права та законності, людиноцентричності, інноваційності та адаптивності* формує цілісну теоретико-методологічну основу, на якій вибудовується сучасна модель державного регулювання підготовки керівних кадрів військової медицини. Їх комплексне застосування забезпечує внутрішню логічну узгодженість управлінських рішень, здатність системи реагувати на зовнішні виклики, що особливо важливо в умовах трансформацій оборонно-медичної сфери. Принцип системності дозволяє інтегрувати кадрову політику у контекст національної безпеки, інституційної модернізації та розвитку медичної інфраструктури. Принцип верховенства права та законності гарантує нормативну визначеність і стабільність управлінських процесів, створюючи правові передумови для впровадження інноваційних моделей підготовки. Людиноцентричність спрямовує зусилля держави на забезпечення гуманістичної орієнтації управлінських рішень, що є критично важливим для військової медицини, де кінцевим результатом діяльності керівників виступає збереження життя та здоров'я військовослужбовців. Адаптивність та інноваційність забезпечує гнучкість системи підготовки, її здатність до оновлення змісту, форм і методів навчання відповідно до динаміки безпекового середовища та стандартів НАТО.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання комплексу завдань дисертаційного дослідження застосовано систему взаємодоповнюючих загальнонаукових, міждисциплінарних і спеціальних методів, що забезпечили отримання об'єктивних, валідних і науково обґрунтованих результатів. Методологічна логіка їх добору ґрунтувалася на структурі дослідження та особливостях предметної сфери - державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині.

У роботі використано емпіричні методи, спрямовані на безпосереднє вивчення стану та тенденцій розвитку досліджуваних процесів. Зокрема,

метод спостереження застосовувалося для фіксації практик державного регулювання та аналізу змісту наукових підходів до формування кадрової політики у сфері військової медицини (підрозділ 1.1); метод порівняння для виявлення спільних і відмінних рис між національними та зарубіжними моделями регулювання, що дало змогу уточнити нормативно-правову еволюцію відповідної сфери (підрозділ 2.2).

Важливе місце у дослідженні посіли теоретичні методи, які дозволили здійснити глибоке концептуальне осмислення проблематики. Так, аналіз і синтез забезпечили виокремлення ключових складових зарубіжних систем підготовки військово-медичних керівних кадрів та подальше інтегрування цих елементів у цілісну аналітичну модель (підрозділ 2.3); метод узагальнення та класифікація застосовувалися для систематизації нормативно-правової бази, визначення структурних особливостей вітчизняної моделі та виявлення закономірностей її розвитку.

До групи методів, що функціонують на межі емпіричного й теоретичного рівнів, належать метод моделювання, використання якого дозволило сформулювати науково обґрунтовану модель організаційно-правового удосконалення системи підготовки керівних кадрів військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції (підрозділ 3.2); метод аналогії використаний для адаптації позитивного досвіду НАТО та ЄС шляхом імплементації релевантних управлінських практик до українського контексту (підрозділ 3.1). Для поглибленого аналізу були застосовані також спеціальні методи, зокрема: статистичний аналіз, групування, ранжування, графічні методи, діалектичний підхід, методи прогнозування та ідеалізації. Їх використання забезпечило аргументоване формулювання висновків, визначення наукової новизни та окреслення перспектив модернізації механізмів державного регулювання підготовки керівних кадрів військової медицини (підрозділи 2.1; 3.3). Інформаційну базу дослідження сформували вітчизняні та міжнародні наукові джерела, законодавчі й нормативно-правові

акти (укази Президента України, закони Верховної Ради України, постанови Кабінету Міністрів України), статистичні дані, офіційні документи МОЗ і МВС України, аналітичні матеріали ВООЗ, а також результати власних досліджень автора. Наукове дослідження є системним процесом пізнання, спрямованим на отримання нових знань про властивості, структуру та закономірності функціонування певних явищ чи процесів. Його організація передбачає послідовне проходження низки логічно взаємопов'язаних етапів, кожен з яких виконує самостійну методологічну функцію та забезпечує якість і достовірність кінцевого наукового результату.

Традиційно в науковій літературі виокремлюється триетапна модель дослідницького процесу, яка включає: програмування та планування дослідження (визначення проблеми, формулювання мети, завдань, гіпотез, вибір методів); застосування методів пізнання з метою отримання емпіричної інформації; інтерпретацію та узагальнення результатів. Попри поширеність, така модель має певні недоліки. Зокрема, другий етап у ній охоплює надто широкий спектр процедур, починаючи від роботи з джерелами до первинної аналітики, що ускладнює чітке розмежування дослідницьких операцій та їх методологічне обґрунтування. У зв'язку з цим більш адекватною, структурно збалансованою та методологічно вивіреною вважається чотириступенева модель, запропонована Ю. Сурміним. Вона дозволяє чіткіше окреслити логіку наукового пошуку, внутрішні зв'язки між етапами та функції кожного з них (табл. 1.2). Згідно з цією моделлю, будь-яке наукове дослідження включає такі етапи: програмувальний, інформаційний, аналітичний та практичний [48].

Таблиця 1.2

Характеристика етапів наукового дослідження

Назва етапу	Зміст етапу	Результати
Програмувальний	Розроблення методології, методики, дизайну та техніки дослідження; формування проблеми, мети, завдань, гіпотез; вибір інструментарію та процедур збору даних.	Програма дослідження
Інформаційний	Застосування методів та дослідницьких технік	Емпірична

	для отримання достовірної, репрезентативної, релевантної емпіричної інформації.	інформація
Аналітичний	Оброблення та аналіз даних; інтерпретація результатів; теоретичне узагальнення; формування пояснювальних моделей, виявлення закономірностей, тенденцій, причинно-наслідкових зв'язків.	Теоретичний опис і пояснення об'єкта
Практичний	Розроблення практичних рекомендацій, прикладних технологій, моделей, механізмів чи концепцій, що ґрунтуються на отриманих результатах.	Модель або технологія практичного перетворення

Джерело: сформовано за [48]

Наукове дослідження - це складний, системно впорядкований процес, що включає кілька ключових етапів, які забезпечують його логічність, методологічну обґрунтованість та практичну реалізацію. В.Корбутяк у посібнику «Методологія системного підходу та наукових досліджень» акцентує увагу на важливості послідовного проходження логічних етапів із застосуванням системного аналізу та інтеграції методів пізнання [49].

Зокрема, у дослідницькому процесі можна виділити такі фази.

Формування наукової проблеми та обґрунтування теми дослідження. На цьому етапі здійснюється виявлення прогалин у знаннях, формулюються наукові питання, визначається значимість теми для наукової спільноти та практики.

Визначення мети і завдань дослідження. Мета наукового пошуку чітко формулюється, а завдання розбиваються на окремі завдання, що забезпечують поетапне досягнення цільового результату.

Ідентифікація об'єкта і предмета дослідження. Об'єктом стає ширше поле дослідження (система, процес, явище), а предмет - конкретні аспекти або змінні цієї системи, які підлягають вивченню. Це визначення потрібно для цілеспрямованого застосування методів.

Накопичення інформаційної бази. Виконується систематичний пошук, збір та критичний аналіз літератури, нормативних документів, статистики, емпіричних даних, що формують теоретичну та інформаційну основу

дослідження.

Розробка теоретичної бази дослідження. Формулюються гіпотези, створюються концептуальні моделі, визначаються методологічні передумови пізнання, які ляжуть в основу подальших дослідницьких дій.

Вибір методів дослідження. В. Корбутяк акцентує, що методи обираються з урахуванням системного характеру об'єкта. Це може бути поєднання загальнонаукових, логічних, системних та спеціальних методик, що відповідають цілям і завданням дослідження.

Збір, обробка та аналіз даних. На цьому етапі реалізується методологічна програма дослідження: застосовуються вибрані методи, фіксуються дані, здійснюється їх систематизація, статистичний або логічний аналіз.

Інтерпретація та теоретичне осмислення результатів. Отримані дані аналізуються з огляду на концептуальні моделі, формується власне наукове тлумачення результатів, виявляються закономірності, причинно-наслідкові зв'язки та тенденції.

Формулювання висновків і рекомендацій. Підсумковий етап включає виведення узагальнених висновків, пропозицій для практики (моделей, рекомендацій), а також можливих подальших дослідницьких напрямків [49].

Дисертаційне дослідження характеризується багаторівневою структурою та послідовністю етапів, що забезпечують його наукову обґрунтованість і практичну релевантність. На додаток до класичних етапів наукового пошуку, в дисертаційній роботі передбачено процедури інституціоналізації дослідження, які здійснюються як на початковому, так і на завершальному етапі. Це забезпечує формалізацію результатів дослідження та їхню інтеграцію в наукову спільноту і практику управління.

Етапи дослідження визначаються специфікою наукового об'єкта та предмета, що вивчається, і є засобом організаційного впорядкування роботи. Згідно з підходом А.Немченка та І.Ніраза [50], ефективне управління

дослідницьким процесом вимагає попереднього формування узагальненої моделі дослідження, яка дозволяє відобразити основні етапи, методологічні процедури, очікувані результати та логіку їх отримання. Така модель, яку автори визначають як програму наукового дослідження, виконує функцію короткого теоретико-методологічного і організаційно-методичного опису наукового процесу, спрямованого на системне досягнення цілей дослідження.

У науковому контексті це означає, що будь-яке дослідження, включно з дисертаційним, є системою дій, в якій кожен етап логічно пов'язаний із попереднім і наступним, а результати кожної стадії стають підґрунтям для подальшого аналізу та узагальнення. Програмування наукових досліджень забезпечує:

- чітке визначення об'єкта і предмета дослідження;
- встановлення мети та завдань, що спрямовують усі етапи роботи;
- організацію інформаційного забезпечення, включаючи пошук та критичний аналіз літературних, нормативних і статистичних джерел;
- формування методологічної основи для вибору і комбінування емпіричних і теоретичних методів;
- планування аналітичних процедур для обробки, узагальнення та інтерпретації отриманих даних;
- визначення практичних результатів та рекомендацій, які можуть бути реалізовані в управлінській або професійній сфері.

Використання системного підходу, як зазначають А.Немченко та І.Ніраз [50], дозволяє уніфікувати логіку дослідження, підвищити його наукову надійність та забезпечити цілісність процесу. Кожний етап дисертаційного дослідження, від програмування до практичної реалізації висновків, розглядається як компонент єдиної системи, де методологія, теоретична база, емпіричні дані та практичні результати взаємопов'язані. Такий підхід дозволяє не лише прогнозувати можливі результати, а й

забезпечує адаптивність дослідницької стратегії у разі необхідності коригування на основі проміжних висновків або нових даних.

Таким чином, програмування наукових досліджень забезпечує логічну послідовність роботи, формує основу для інтеграції отриманих результатів у практику державного управління та інших суміжних сфер, зокрема в підготовку керівних кадрів у військовій медицині.

Реалізація вищезазначених методологічних засад, а також обраних підходів і методів, була структурована в межах детально розробленої програми дисертаційного дослідження, що обумовило послідовне розв'язання завдань, визначенню предмета і об'єкта та проведення дослідження у п'ять етапів

Перший етап - виборі напряму дослідження, визначенні його мети, завдань, об'єкта, предмета та основних методів дослідження.

Другий етап - аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з проблем державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини. Одне із його завдань є дослідження категоріально-понятійного апарату з питань державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини.

Третій етап - проведення аналізу нормативно-правового забезпечення державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України та основних проблем щодо визначення потреб в освітніх програмах для підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини.

Четвертий етап - узагальнено зарубіжний досвід державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини з метою виявлення можливостей його застосування в Україні, зокрема проаналізовано види магістерських програм. На основі зарубіжного досвіду запропоновано шляхи удосконалення системи такої підготовки; обґрунтовано необхідність запровадження в Україні резерву керівників закладів для сфери

військової медицини; розроблено модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини в Україні, на основі якої запропоновано програму підготовки, що побудована за принципом навчальних модулів, які відповідають тематиці основних напрямів розвитку системи охорони здоров'я України на довгострокову перспективу.

П'ятий етап - узагальнення отриманих результатів і запропоновано практичні рекомендації щодо удосконалення державне регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України (рис. 1.2).

Вищенаведене дозволяє зробити висновок, що ця структура забезпечила системність дослідження державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України, тому, що отримані результати на кожному попередньому етапі, ставали логічною основою для наступних етапів і наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.



Рис1.2. Структурно-логічна схема дослідження

Джерело: складено автором

1.3. Теоретичні засади формування та розвитку державної кадрової політики у сфері військової медицини

Державна кадрова політика у сфері військової медицини формується на стику кількох науково-практичних сфер, включаючи публічне управління, політичну науку та менеджмент охорони здоров'я. Вона є логічним продовженням загальнонаціональної державної політики у сфері охорони здоров'я, одночасно враховуючи специфіку військових структур та вимоги національної безпеки. Теоретичне осмислення цієї політики вимагає врахування як загальних принципів публічного управління, так і специфічних принципів, що регламентують підготовку, атестацію та професійний розвиток керівних кадрів військових медичних установ.

Поняття «політика» у класичному розумінні походить від грецького терміну «*politike*», що буквально тлумачиться як мистецтво управляти державою. У філософсько-політичній традиції цей термін охоплює не лише процес прийняття рішень владою, але й широкий спектр соціальних взаємодій, через які забезпечується організація суспільства, встановлення правил поведінки та регламентація відносин між соціальними групами. Згідно з Великим тлумачним словником сучасної української мови, політика визначається як загальний напрямок діяльності держави, певного класу або політичної партії, що відображає їхні ціннісні орієнтири та стратегічні цілі [51]. У науковому контексті політика розглядається як цілераціональна діяльність, спрямована на перетворення політичних, економічних та соціальних інтересів різних соціальних груп у конкретні рішення, заходи та дії, що відповідають інтересам більшості суспільства [52]. Такий підхід дозволяє оцінювати політику не лише як абстрактне управління, а як інструмент впливу на суспільні процеси через системне поєднання цілей, механізмів і результатів. Вона передбачає планування, прогнозування наслідків, встановлення пріоритетів та балансування конфліктуючих

інтересів, що є основою ефективного державного управління.

Політика, таким чином, виступає як механізм організації та розподілу ресурсів, здатний координувати дії різних соціальних груп, державних інституцій і громадських організацій для досягнення визначених цілей. Відтак, політика стає ключовим інструментом реалізації державних стратегій, зокрема у сфері охорони здоров'я та військової медицини, де її роль полягає у визначенні пріоритетів кадрового розвитку, формуванні компетентнісних стандартів та забезпеченні ефективного функціонування системи підготовки керівних кадрів [53].

Розуміння політики як складного соціально-політичного феномену створює фундамент для аналізу державної кадрової політики. Вона є невід'ємною складовою ширшого політичного і адміністративного простору, оскільки визначає стратегічні орієнтири для формування, розвитку та регулювання управлінських кадрів, їхнього професійного зростання та адаптації до змін у соціально-політичному середовищі. Тобто політика одночасно є і регулятором, і координатором, і стимулятором для реалізації державних цілей у сфері людського капіталу, що особливо важливо для високоспеціалізованих систем, таких як військова медицина.

Публічна політика виступає конкретизацією політики у сфері вирішення суспільних проблем і визначає діяльність держави як безпосереднього регулятора соціальних процесів. Вона охоплює комплекс цілеспрямованих дій органів публічного врядування, які спрямовані на досягнення суспільно значимих цілей та вирішення проблем, що мають громадський характер і стосуються інтересів широкого кола громадян [54; 55]. Такий підхід підкреслює, що публічна політика не є суто адміністративним процесом; вона інтегрує соціально-політичні, економічні та правові механізми для досягнення стабільності та розвитку суспільства, забезпечуючи при цьому ефективне реагування на актуальні потреби громадян.

Серед ключових характеристик публічної політики в науковій літературі виділяють ціннісну орієнтованість, тобто визначення пріоритетів і стратегічних напрямів на основі соціальних, етичних та політичних цінностей; інтеграцію інтересів заінтересованих сторін, що забезпечує баланс між державними, громадськими та професійними очікуваннями; а також партнерство між публічним та приватним секторами, що дозволяє максимально ефективно використовувати ресурси та компетенції різних суб'єктів управління [55]. Важливим аспектом є прозорість і підзвітність рішень, що гарантує довіру суспільства до органів влади та створює умови для громадського контролю. Окрім цього, публічна політика прагне досягти консенсусу між різними соціальними групами, забезпечуючи легітимність та стабільність прийнятих рішень.

У контексті охорони здоров'я ці характеристики набувають особливої значущості. Формування державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, зокрема для військово-медичних закладів, передбачає врахування як державних нормативів, так і вимог професійних спільнот та громадянського суспільства. Це включає встановлення стандартів підготовки та компетенцій керівних кадрів, визначення правил атестації та професійного розвитку, а також забезпечення прозорих механізмів управління кадровим потенціалом [54]. Такий підхід гарантує, що кадрова політика не обмежується суто адміністративними заходами, а забезпечує стратегічну інтеграцію кадрових рішень у загальну систему охорони здоров'я та відповідає принципам ефективності, легітимності та соціальної відповідальності.

Таким чином, публічна політика виступає фундаментом для організації державної кадрової політики, забезпечуючи узгодженість інтересів різних суб'єктів, легітимність управлінських рішень і ефективну реалізацію державних стратегій у сфері охорони здоров'я. Вона створює методологічну основу для формування професійно підготовлених управлінських кадрів,

здатних діяти у складних умовах трансформації медичної системи та інтеграції стандартів міжнародної практики.

В.Бакуменко та В.Попов звертають увагу на ключову роль динамічності суспільного розвитку у формуванні сучасних концепцій управління соціальними системами [56]. Вони наголошують, що процес державного управління не може залишатися статичним або застарілим, адже зміни у соціальній, економічній та технологічній сферах вимагають постійного перегляду підходів до керування. Автори виділяють сукупність концепцій, на яких базується сучасна державна політика: класичний адміністративний менеджмент, теорія «людських відносин», емпіричні моделі управління та новітні концепції науки управління, що акцентують увагу на комплексності та інтеграції управлінських процесів.

Адміністративний менеджмент у цьому контексті забезпечує формування чіткої вертикалі управління та регламентацію процедур, що є критично важливим для забезпечення дисципліни та ефективності у військово-медичних структурах. Теорія «людських відносин» вносить гуманістичний аспект у державну кадрову політику, підкреслюючи значення мотивації, комунікації та психологічного клімату серед персоналу. Емпіричні моделі управління дозволяють будувати рішення на основі аналітичних даних і реальних практик, що забезпечує об'єктивність та адаптивність управлінських рішень. Новітні концепції науки управління, у свою чергу, включають принципи гнучкості, інноваційності та стратегічного планування, що робить державну політику здатною швидко реагувати на зовнішні виклики, технологічні зміни та безпекові загрози.

Для сфери військової медицини та формування її кадрової політики ці підходи є важливими, оскільки дозволяють поєднувати керованість і стабільність з необхідною гнучкістю та здатністю до адаптації. Державна кадрова політика в такому розумінні має функціонувати як інтегрована система, здатна забезпечувати професійну підготовку керівних кадрів,

відповідати сучасним стандартам і вимогам безпеки, а також реагувати на зміни у нормативно-правовій, технологічній і соціальній сферах. Підходи вказаних авторів підкреслюють, що формування кадрової політики не обмежується суто нормативними та адміністративними аспектами, а охоплюють комплексну систему управління людським потенціалом, де кожне управлінське рішення повинно бути обґрунтованим, ефективним та стратегічно спрямованим.

Дослідження зарубіжного досвіду вироблення та реалізації публічної політики свідчать про багатовимірний характер цього процесу, що реалізується одночасно по вертикалі, через ієрархічні структури влади, та по горизонталі, через взаємодію різних державних і недержавних акторів, включаючи громадянське суспільство, професійні асоціації та приватний сектор [57]. А.Неділько, В.Задорожний та В.Бойко підкреслюють, що сучасні європейські підходи до публічної політики ґрунтуються на принципах governance та policy networks, які передбачають інтеграцію всіх зацікавлених сторін, децентралізацію, рівний доступ до ресурсів та узгодження дій на всіх рівнях управління. Ця інтегративна модель забезпечує баланс між державним регулюванням і громадською участю, сприяє підвищенню прозорості та підзвітності управлінських процесів, а також формує ефективні механізми прийняття рішень у складних соціальних системах.

У контексті військово-медичної кадрової політики це передбачає, що система підготовки та управління керівними кадрами повинна функціонувати як взаємопов'язана мережа, що охоплює Міністерство оборони України, Міністерство охорони здоров'я, військово-медичні навчальні заклади, професійні асоціації та громадські організації. Така взаємодія дозволяє координувати стратегічні цілі, розподіл ресурсів, визначення компетенцій і стандарти підготовки керівників медичних закладів. Важливою є горизонтальна інтеграція, яка передбачає обмін досвідом між різними суб'єктами, узгодження навчальних програм і нормативно-правових

механізмів, а також координацію науково-дослідних ініціатив.

О.Пухкал та О.Гомілко зазначають, що публічна політика має поєднувати єдність стратегічних цілей і відмінності у практичних підходах залежно від специфіки сектору [58]. У контексті військової медицини це означає, що кадрова політика повинна враховувати як загальнонаціональні стандарти охорони здоров'я, так і специфіку оборонної та медико-стратегічної діяльності. Автори підкреслюють, що ефективне управління потребує не лише нормативного закріплення процесів підготовки керівних кадрів, а й здатності адаптуватися до зовнішніх викликів, зокрема міжнародних стандартів НАТО, інноваційних медичних технологій і сучасних протоколів надання допомоги.

Таким чином, розвиток публічної політики у військово-медичній сфері має відбуватися за принципами комплексності, координації та інтеграції. Кожний елемент системи, від законодавчого регулювання до практичної підготовки кадрів, повинен бути взаємопов'язаним і спрямованим на досягнення стратегічних цілей національної безпеки, підвищення ефективності медичної служби та забезпечення професійного й етичного рівня керівників військово-медичних закладів.

Питання державної політики у сфері охорони здоров'я окремо висвітлюють Н.Кризина та Я.Радиш [59], Кризина та Коваленко [60], які визначають її як комплекс заходів і рішень, спрямованих на збереження та розвиток фізичного і психічного здоров'я населення. У контексті військової медицини це означає, що державна кадрова політика повинна забезпечувати не лише адміністративні функції, а й комплексний розвиток управлінських компетенцій, відповідність кваліфікаційним стандартам, етичні та гуманітарні аспекти, а також інтеграцію з міжнародними стандартами, зокрема НАТО.

Ю.Сенюк та З.Надюк [13] підкреслюють, що сучасна державна політика охорони здоров'я, реалізована через Цілі сталого розвитку, вимагає

чіткого розподілу управлінських і медичних посад, а також формування керівних кадрів із новими компетенціями: стратегічного планування, управління ризиками, фінансового менеджменту, командної роботи та використання сучасних технологій. Н.Васюк та Т.Юрочко [61] відзначають, що успішне реформування системи охорони здоров'я потребує поєднання адміністративних, організаційних і професійних підходів, що враховують специфіку медичних та військово-медичних установ.

Впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема відповідно до Цілей сталого розвитку України, свідчить про необхідність кардинальної зміни підходів до управління системою охорони здоров'я, з чітким розмежуванням управлінських (керівники закладів охорони здоров'я, менеджери) та лікарських посад. Указ Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019 «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року» [62] визначає стратегічні орієнтири державної політики, інтегруючи національні пріоритети у глобальний контекст Цілей сталого розвитку ООН. Документ створює правову та методологічну основу для координації дій державних інституцій та узгодження політик у сфері охорони здоров'я, включаючи питання кадрового забезпечення та підготовки керівних кадрів.

Для військово-медичної служби це окреслює необхідність інтеграції у загальнонаціональний медичний простір із дотриманням єдиних кваліфікаційних та управлінських стандартів. Зокрема, документ акцентує увагу на формуванні компетенцій керівників закладів охорони здоров'я у сфері стратегічного планування, управління ризиками, фінансового менеджменту, командної взаємодії та застосування сучасних технологій. Такий підхід забезпечує ефективну взаємодію між Міністерством оборони України, Міністерством охорони здоров'я, військово-медичними навчальними закладами, а також професійними та громадськими організаціями, що відповідає принципам комплексності, координації та інтеграції державної кадрової політики.

Отже, теоретичні засади формування державної кадрової політики у сфері військової медицини інтегрують у собі класичні положення політичної науки, концепції публічного управління та сучасні підходи до охорони здоров'я. Вони визначають цілі, стратегію та механізми підготовки, атестації і професійного розвитку керівних кадрів, спрямованих на забезпечення ефективності військово-медичної системи, її відповідності національним інтересам та міжнародним стандартам. Такий підхід створює комплексну теоретико-методологічну основу, необхідну для подальшого дослідження та моделювання кадрової політики у військовій медицині.

Система охорони здоров'я України вибудована за багаторівневою моделлю, що охоплює три ключові рівні управління: національний, регіональний і субрегіональний (місцевий). До національного рівня належить Міністерство охорони здоров'я України; регіональний рівень представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та структурними підрозділами (департаментами, управліннями) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій; місцевий - районними державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Важливу складову цієї системи становлять також безпосередньо заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання медичних послуг населенню [61].

Суб'єктний склад державної політики у сфері охорони здоров'я є комплексним і включає Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Верховну Раду Автономної Республіки Крим і Раду міністрів Автономної Республіки Крим, центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, а також органи професійного самоврядування медичних і фармацевтичних працівників та їх посадових осіб.

Об'єктами державної політики у сфері охорони здоров'я, як зазначають В.Князевич, Н.Васюк та Т.Савіна [63], є національна та регіональні системи

охорони здоров'я, діяльність органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також їх посадових осіб, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я населення та розвиток системи громадського здоров'я. Автори підкреслюють, що сучасна публічна політика у цій сфері не може бути реалізована лише державними органами; вона вимагає активної участі інститутів громадянського суспільства, наукових установ і організацій, навчальних закладів та інших юридичних осіб, а також фізичних осіб, що беруть участь у виробленні, впровадженні та оцінці політик. Таким чином, публічна політика охорони здоров'я розглядається як комплексна система взаємодії державних і недержавних акторів, де центральне місце займає забезпечення здоров'я населення та створення умов для розвитку громадського здоров'я.

С. Станіславська [64] у своєму дослідженні розширює розуміння управління сферою охорони здоров'я, розподіляючи його на два основні рівні. Перший - внутрішньогалузевий рівень, який охоплює управлінські процеси всередині медичних закладів, від завідуючого відділенням до керівника закладу охорони здоров'я. На цьому рівні ключовими аспектами є організаційне управління, кадрове забезпечення, координація між структурними підрозділами та контроль якості медичних послуг. Другий - державний рівень, на якому відбувається управління політикою охорони здоров'я на загальнонаціональному рівні: від головного спеціаліста управління охорони здоров'я до міністра охорони здоров'я. Дослідниця підкреслює важливість вертикальної координації між цими рівнями, оскільки ефективність реалізації політики залежить від узгодженості цілей, ресурсів та управлінських рішень між усіма ланками системи [64].

О. Набхан та Р. Моїсеєнко [65] розглядають державне управління сферою охорони здоров'я як складову соціальної безпеки держави. Вони акцентують увагу на тому, що охорона здоров'я населення є не лише соціальною, але й стратегічною функцією держави, оскільки від стабільності

та ефективності медичної системи залежить соціальна стійкість і готовність держави реагувати на надзвичайні ситуації, епідемії та кризові події. Автори виділяють ключові управлінські інструменти державного регулювання охорони здоров'я: планування та контроль ресурсів, регулювання кадрового забезпечення, нормативно-правове забезпечення діяльності медичних закладів, розробку та впровадження стандартів надання медичної допомоги. Особлива увага приділяється взаємодії між різними рівнями управління та координації державних і недержавних суб'єктів, що дозволяє забезпечити комплексний підхід до охорони здоров'я та формування умов для підвищення соціальної безпеки.

Отже, ефективне управління досліджуваною сферою можливе лише за умов інтеграції дій державних органів, медичних установ, наукових і навчальних інституцій, а також інститутів громадянського суспільства. Особливо важливим є поєднання внутрішньогалузевого та державного рівнів управління, що дозволяє забезпечити узгодженість стратегічних цілей, ресурсів і компетенцій, а також підвищити ефективність системи охорони здоров'я як складової соціальної безпеки держави.

Як зазначалось у підрозділі 1.1, у державному управлінні влада і відповідальність розподіляється «вертикально і горизонтально» відповідно до інституціональних рівнів управління

Формування державної кадрової політики з підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини є цілеспрямованим, багатоаспектним процесом, що вимагає ґрунтовного концептуального обґрунтування. Для реалізації державної кадрової політики важливим є чітке визначення цільової управлінської ланки.

Менеджер у сфері охорони здоров'я зазвичай не належить до категорії державних службовців і нерідко не має медичної освіти. Він може здійснювати діяльність у лікувально-профілактичному закладі або керувати ним, зосереджуючись передусім на виконанні організаційно-управлінських

функцій, пов'язаних із реалізацією визначених завдань і зобов'язань на контрактній основі [66].

У роботі Ю. Петрашик та співавторів [67] досліджується роль менеджера в охороні здоров'я як ключового фахівця, який забезпечує управління процесами в медичних закладах або компаніях, пов'язаних із медичним обслуговуванням. Автори підкреслюють, що функції менеджера можуть варіюватися залежно від організаційної структури закладу та спеціалізації підрозділу, охоплюючи управління персоналом, організаційне планування, контроль якості медичних послуг, координацію проектів та впровадження стратегічних рішень. Особлива увага в роботі приділяється узгодженню кваліфікаційних вимог до менеджерів з вимогами Міністерства охорони здоров'я України, що визначають компетенції у сфері стратегічного планування, управління ризиками, фінансового менеджменту та організаційної ефективності. Автори акцентують, що ефективне управління закладом охорони здоров'я неможливе без поєднання адміністративних, професійних і проектних підходів, а також впровадження міжнародних стандартів менеджменту. Менеджер в охороні здоров'я виконує ключову функцію інтеграції управлінських, медичних та проектних процесів, забезпечуючи реалізацію стратегічних цілей закладів та підвищення ефективності системи охорони здоров'я в цілому.

Л. Мельник [68] підкреслює структурну диференціацію менеджерів у сфері охорони здоров'я та визначає два основні типи управлінців: *управлінці загальної кваліфікації* – це фахівці, які відповідають за комплексне управління медичним закладом. Вони забезпечують координацію всіх підрозділів, загальне планування та організаційне керівництво, формують стратегічні цілі та контролюють їх виконання. Роль таких менеджерів полягає у створенні цілісної системи управління закладом і гарантуванні узгодженості всіх процесів для досягнення максимальних результатів. *Управлінці-спеціалісти* керують окремими аспектами діяльності закладу,

такими як фінанси, бухгалтерський облік, складання бюджету, управління людськими ресурсами, маркетинг або аналіз управлінських рішень і стратегій у системі охорони здоров'я. Їхня діяльність фокусується на глибинній експертизі в конкретній сфері та підвищенні ефективності окремих процесів закладу. Керівник медичного закладу є менеджером технологічного профілю, який здійснює загальне керівництво технологічними та організаційними процесами закладу, координує діяльність підрозділів та інтегрує зусилля колективу для досягнення стратегічних цілей. Таке керівництво включає не лише адміністративні функції, а й управлінську координацію технологічних процесів, що забезпечує високі результати у сфері медичного обслуговування. Автор також відзначає, що в умовах реформування системи охорони здоров'я менеджери повинні володіти не лише класичними адміністративними навичками, але й компетенціями стратегічного планування, управління ризиками та інтеграції сучасних технологій у роботу закладу. Це робить їх ключовими суб'єктами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я [68].

Керівник і менеджер у медичній сфері виконують одну і ту ж функцію – управління, проте на різних рівнях і з різним фокусом компетенцій. Як зазначає Л. Мельник [68], для ефективного управління в кожній конкретній галузі діяльності необхідні спеціалізовані фахівці-менеджери, які поєднують широку багатопланову підготовку з глибоким знанням специфіки відповідної системи. У контексті охорони здоров'я це означає, що менеджери повинні не лише володіти загальними принципами управління, стратегічного планування та організаційного розвитку, але й розуміти особливості функціонування медичних закладів, технологічні процеси, нормативно-правові вимоги та специфіку взаємодії з персоналом і пацієнтами. Такий підхід забезпечує інтеграцію управлінських знань із практичною експертизою, що дозволяє досягати високих результатів у діяльності медичних установ і сприяє ефективній реалізації державної політики у сфері

охорони здоров'я.

Різне тлумачення понять «менеджер» та «керівник» (які виконують одну й ту ж функцію управління) підводить до необхідності чіткого визначення, ким є управлінець у військово-медичній сфері. У цивільному секторі такий фахівець може бути найманим менеджером з економічною чи юридичною освітою. Однак, військова медицина має дуалістичний статус: вона є одночасно галуззю охорони здоров'я (зі своїми специфічними клінічними процесами) та складовою сектору безпеки й оборони. Це означає, що керівні кадри військової медицини не можуть бути лише «технологічними менеджерами». Вони повинні поєднувати медичну експертизу (що вимагається від лікарів) з публічно-управлінськими компетенціями (що вимагаються від публічних службовців), а також військово-тактичним мисленням (що вимагається від офіцерського складу). Саме ця трикомпонентна вимога до управлінців (Медик-Менеджер-Військовий) формує унікальні завдання для державної кадрової політики.

Керівні кадри у сфері охорони здоров'я визначаються як публічні службовці, які виконують службові обов'язки у системі охорони здоров'я в органах публічної влади та в організаціях публічного сектору охорони здоров'я незалежно від форми власності. Вони несуть персональну відповідальність за стан і розвиток системи охорони здоров'я, забезпечуючи реалізацію державної політики у цій сфері та координацію діяльності підпорядкованих підрозділів [69].

Враховуючи зарубіжний досвід, до публічних службовців сфери охорони здоров'я можна віднести не лише управлінців і адміністраторів, але й лікарів, що працюють у державних та комунальних медичних закладах, а також фізичних осіб-підприємців, які беруть участь у наданні медичних послуг у межах державних програм. У цьому контексті менеджери в охороні здоров'я також розглядаються як публічні службовці, оскільки здійснюють свою професійну діяльність у рамках організацій охорони здоров'я всіх форм

власності, відповідаючи за управлінські процеси, стратегічне планування, організацію роботи персоналу та підвищення ефективності функціонування закладів [69]. Такий підхід підкреслює інтеграцію професійної медичної компетентності та управлінських навичок, що є визначальним для досягнення високих стандартів якості медичного обслуговування.

У наукових працях Д. Карамішева фундаментально обґрунтовується теза про те, що сучасна модель керівника закладу охорони здоров'я зазнає докорінної трансформації, переходячи від класичного адміністративного управління до складного багатofакторного лідерства. Автор акцентує увагу на тому, що в умовах динамічної модернізації медичної галузі очільник установи повинен володіти не лише здатністю до ситуативного реагування на виклики, а й демонструвати розвинене стратегічне мислення. Це передбачає глибоку експертизу в таких критично важливих сферах, як фінансовий менеджмент, антикризове управління, психологія роботи з персоналом та методологія проєктної діяльності [70]. Особлива роль відводиться здатності управлінця ініціювати та супроводжувати інноваційні процеси, що є базовою передумовою для забезпечення високих стандартів якості надання медичних послуг та конкурентоспроможності закладу на ринку. Водночас дослідник констатує існування системної проблеми: традиційна архітектура вищої медичної освіти в Україні історично була сфокусована на підготовці висококваліфікованих лікарів-клініцистів, практично залишаючи поза увагою формування управлінського інструментарію. Такий підхід створює розрив між фаховими медичними знаннями та реальними потребами адміністративного апарату, що зумовлює гостру необхідність у концептуальному перегляді та вдосконаленні спеціалізованих освітніх програм [70].

У наукових працях Ю. Василенко акцентується увага на доцільності адаптації та впровадження кращих зразків міжнародного досвіду, а також сучасних підходів до формування лідерських компетентностей. Автор

підкреслює важливість застосування інноваційних бізнес-технологій у процесі підготовки лідерів, зокрема інструментів управління людськими ресурсами, проєктного, кризового й ситуаційного менеджменту, а також методів і аналітичних засобів бізнес-аналітики [71].

З. Лашкул вказує [72], що післядипломна підготовка керівників охорони здоров'я потребує знань з питань економіки, права, психології; необхідність введення спеціальності – управління охороною здоров'я (викладання основ управління, фінансового аналізу, мікро- і макроекономічного аналізу, аналізу прийняття рішень, стратегічного планування тощо). Він вважає доречним, що багато медичних коледжів повинні ввели у свої навчальні програми викладання елементів адміністративного та публічного (державного) управління

Як зазначалось вище, воєнне управління близьке за своєю суттю до публічного управління. Саме тому, розширюється значення якості управління в системі військової медицини, і стає актуальним обговорення питань державної кадрової політики у цій галузі. З метою визначення стратегічних напрямів розвитку Збройних Сил України, у тому числі кадрової політики, пріоритетів формування та підготовки персоналу, а також удосконалення системи військового управління було розроблено нормативно-правові документи. Одним із ключових таких документів є Стратегічний оборонний бюлетень України (Рішення РНБО від 20.08.2021, введено в дію Указом Президента № 473/2021) [73].

Суттєве значення для розвитку системи військово-медичної підготовки має спільний нормативний акт, ухвалений Міністерством оборони України, Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством освіти і науки України [74]. Зазначеним наказом затверджено інструкцію з організації військової підготовки громадян України за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби. Реалізація цієї підготовки передбачена на кафедрах медицини катастроф і військової медицини закладів вищої медичної освіти, а

також у Українській військово-медичній академії. Ключовим положенням документа є спрямування військової підготовки на професійних медичних працівників із її проведенням на базі військових частин, визначених Генеральним штабом Збройних Сил України, що має на меті забезпечення належної організаційно-кадрової спроможності системи військової медицини в умовах особливих періодів та підвищених безпекових викликів.

Українська військово-медична академія [75] є єдиним закладом вищої військово-медичної післядипломної освіти в Україні, який забезпечує громадянам можливість здобуття лікарської спеціальності. Навчання в академії орієнтоване на осіб, що вже мають базову медичну освіту, отриману в інших закладах, і виявляють готовність проходити службу на посадах кадрових офіцерів медичної служби. Факультет підготовки військових лікарів здійснює набір студентів-офіцерів запасу та випускників вищих медичних навчальних закладів України, які мають офіцерське звання медичної служби запасу й виявили намір проходити військову службу у Збройних Силах України. Крім того, з 2012 року на базі цього факультету реалізується підготовка з військового управління оперативно-тактичного рівня за освітнім ступенем «Магістр військового управління».

Отже, підготовка управлінських кадрів має забезпечувати формування керівників, здатних до гнучкої професійної діяльності, які володіють глибокими фаховими знаннями, системним і аналітичним мисленням, орієнтовані на досягнення результатів, ефективно комунікують, прагнуть до постійного саморозвитку та відкриті до засвоєння нових знань, а також готові приймати відповідальні управлінські рішення.

Таким чином, аналіз теоретичних засад формування та розвитку державної кадрової політики у сфері військової медицини дозволяє констатувати, що ця політика є складною цілераціональною діяльністю, яка стратегічно пов'язує загальнодержавні цілі (забезпечення національної безпеки та права на здоров'я), управлінські механізми (державне

регулювання та публічна політика) та конкретний кадровий потенціал (керівні кадри, які володіють унікальним набором військових, управлінських та клінічних компетенцій).

Висновки до розділу 1

Аналіз понятійно-категоріального апарату дослідження дозволив встановити, що державне регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини є комплексною діяльністю держави, що інтегрує, зокрема правові, економічні та соціальні механізми впливу. Його кінцевою метою є створення необхідних передумов для реалізації національних інтересів держави шляхом забезпечення боєздатності та високого рівня медичного забезпечення особового складу. Центральним елементом цього регулювання є кадрова політика, яка розглядається як стратегічний організаційно-економічний процес, спрямований на формування, розвиток та раціональне використання кадрового потенціалу військово-медичної системи, узгоджуючи його із загальними стратегічними цілями Збройних Сил України.

Уточнено, що військова медицина є окремою, системно організованою складовою, що охоплює наукові знання, технічне оснащення, діагностичну, лікувальну та реабілітаційну практику, які спеціалізовано спрямовані на збереження здоров'я військовослужбовців як у мирний, так і у воєнний час. В організаційному контексті вона являє собою розгалужену систему військово-медичних закладів, що підкреслює її критичну важливість та необхідність специфічного державного регулювання, відмінного від цивільної сфери.

Виділено категорію «керівні кадри» як визначену частину персоналу (згідно з Національним класифікатором професій), на яку покладено відповідальність за прийняття стратегічних та тактичних рішень, координацію діяльності та безпосередню реалізацію кадрової політики. Обґрунтовано, що ефективність функціонування всієї військово-медичної

системи великою мірою залежить від компетентнісного рівня та управлінської спроможності цієї категорії фахівців, що вимагає впровадження новітніх методів їхньої підготовки та розвитку.

На основі проведеного аналізу основних понять державної кадрової політики у військово-медичній сфері, встановлено типологію основних категорій, які утворюють взаємопов'язану та динамічну систему. Ця система включає регулятивні категорії (нормативно-правова база, державні стандарти), які визначають зовнішні рамки функціонування системи та забезпечують державне регулювання підготовки кадрів; організаційно-структурні категорії (управлінські механізми, планування, координація), які відображають внутрішню архітектуру кадрової політики та управління персоналом; компетентнісно-функціональні категорії (професійні та управлінські навички, компетенції), які формують ключові критерії якості підготовки та є безпосереднім результатом професійного навчання та підготовки.

Узагальнення наукових поглядів дозволило обґрунтувати авторські визначення базових категорій, що окреслюють предметну сферу дисертації та забезпечують її термінологічну однорідність для подальшого аналізу. Зокрема, авторські дефініції чітко розмежовують загальні категорії («державне регулювання», «кадрова політика») від специфічних, прив'язаних до сфери дослідження («державне регулювання у сфері військової медицини», «кадрова політика у сфері військової медицини»).

Обґрунтування методологічних підходів та систематизація принципів державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині дозволило встановити, що дисертаційне дослідження ґрунтується на комплексній та багатоаспектній методології, де ключовим виступає системний підхід, який розглядає процес регулювання як цілісну, ієрархічно структуровану систему, що охоплює планування, навчання, оцінювання та кар'єрне зростання персоналу. Цей підхід інтегрується із загальнонауковими

методами (аналіз, синтез, моделювання, узагальнення) та спеціальними методами (статистичні, прогностичні), що забезпечує достовірність, об'єктивність та наукову обґрунтованість отриманих результатів на всіх етапах дослідження.

Аналіз теоретичних засад формування та розвитку державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я дозволив тлумачити її як багатовимірний процес впливу (як по вертикалі, так і по горизонталі) суб'єктів публічного управління на суспільні проблеми і спрямований на досягнення суспільно значущих цілей, зокрема, у сфері охорони здоров'я. Згідно з позицією ВООЗ та українським законодавством, державна політика у сфері охорони здоров'я визначена як комплекс загальнодержавних рішень та зобов'язань, спрямованих на збереження фізичного та психічного здоров'я населення.

У контексті реформування системи охорони здоров'я, ключовим напрямом цієї політики є кардинальний розподіл управлінських (керівники, менеджери) та лікарських функцій, що вимагає розробки спеціалізованої кадрової політики. Аналіз державної кадрової політики військово-медичної служби (згідно з концептуальними засадами МО України) дозволив визначити її як сукупність принципів, форм і методів діяльності, спрямованої на забезпечення Збройних Сил висококваліфікованими медичними фахівцями та ефективне використання їхнього потенціалу. Виявлено, що сучасний керівник військово-медичної сфери повинен володіти інтегрованими управлінськими компетенціями, які виходять за межі традиційної клінічної освіти. Серед критично необхідних якостей визначено: стратегічне мислення, лідерські якості, вміння працювати з персоналом, фінансовий менеджмент, проєктна діяльність та гнучкість у прийнятті рішень. Вказане підтверджує нагальну потребу в модернізації системи підготовки керівних кадрів, оскільки традиційна медична освіта не забезпечує необхідного рівня управлінських компетенцій, що вимагає приведення її структури та змісту у відповідність до державних,

міжнародних стандартів та потреб професійної армії в умовах євроатлантичної інтеграції.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ У ВІЙСЬКОВІЙ МЕДИЦИНІ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

2.1. Організаційно-функціональне забезпечення державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині України

Функціонування сфери охорони здоров'я безпосередньо детерміноване показниками економічного добробуту, соціального благополуччя та рівнем політичної стабільності держави. Водночас ця галузь є критично вразливою до впливу надзвичайних ситуацій, дестабілізуючих суспільно-політичних чинників, а також наслідків воєнних дій та збройних конфліктів. У цьому контексті особливої ваги набуває трансформація підходів до професійного розвитку фахівців, оскільки саме якість кадрового забезпечення визначає стійкість системи в умовах трансформаційних викликів та необхідності адаптації національних стандартів до вимог євроатлантичного простору [77].

На сучасному етапі розвитку, що характеризується масштабними трансформаційними процесами, національна система охорони здоров'я стикається з системними викликами. Ефективна протидія цим загрозам потребує залучення не лише висококваліфікованого медичного персоналу, а й професійних менеджерів, здатних здійснювати оптимізацію управлінських процесів, забезпечувати раціональний розподіл ресурсів, впроваджувати інноваційні технології та гарантувати високу якість надання медичних послуг. Слід наголосити, що результативність функціонування галузі охорони здоров'я виступає індикатором та визначає вектори подальшого розвитку інших сфер суспільного виробництва й економічних галузей.

В умовах нагальної потреби у фахових управлінцях та сучасних менеджерах, стратегічним орієнтиром формування системи підготовки керівних кадрів як невід'ємної складової державної кадрової політики в

галузі охорони здоров'я має стати забезпечення високої ефективності та адаптивності її функціонування. Як зазначають Д. Карамишев та співавтори, модернізація цієї системи в трансформаційних умовах потребує переходу від традиційних підходів до інноваційних моделей навчання, що базуються на принципах випереджального розвитку та інтеграції наукових знань у практичну управлінську діяльність [78].

Реалізація цього орієнтиру передбачає створення цілісної багаторівневої системи ступеневої освітньо-професійної підготовки. Така система має бути спрямована на формування кваліфікованих, цілеспрямованих та проактивних керівників, які володіють сучасним інструментарієм публічного управління, здатні до раціонального використання обмежених ресурсів та прийняття відповідальних стратегічних рішень в умовах невизначеності задля збереження і зміцнення громадського здоров'я. У цьому звязку системна модернізація процесів навчання у закладах вищої освіти розглядається як фундаментальна передумова для адаптації керівного складу до сучасних трансформаційних викликів, що дозволяє забезпечити галузь охорони здоров'я управлінцями нового покоління, здатними до стратегічного мислення в умовах реформування державного сектору [79].

Згідно з висновками дослідників, основними векторами модернізації підготовки управлінців у закладах вищої освіти мають стати *концептуальна єдність* як узгодження освітніх програм із пріоритетами державної політики та реальними запитами системи охорони здоров'я; *компетентнісний підхід* з акцентом на розвитку м'яких навичок (soft skills), лідерських якостей, здатності до антикризового менеджменту та цифрової грамотності управлінця; та *міжнародна інтеграція* з адаптацією кращих світових практик, що є критично важливим для кадрового забезпечення галузі в умовах євроінтеграції та правового режиму воєнного стану [78].

Таким чином, підготовка керівних кадрів розглядається не лише як

процес навчання, а як стратегічний інструмент зміцнення інституційної спроможності медичної галузі, що безпосередньо впливає на національну безпеку держави в умовах триваючих викликів.

Збройна російська агресія проти України, що триває з 2014 року, детермінувала критичні зміни у стані здоров'я громадян та функціонуванні національної системи охорони здоров'я. Цей період став першим масштабним викликом, який оголив деструктивні наслідки тривалої окупації територій, інтенсифікації внутрішніх міграційних процесів та суттєвого обмеження доступу населення до базової медичної допомоги. Повномасштабне російське вторгнення у лютому 2022 року не лише актуалізувало наявні системні проблеми, а й поставило перед галуззю принципово нові стратегічні завдання. Сучасні виклики вже не обмежуються лише виконанням оперативних функцій чи мінімізацією безпосередніх наслідків агресії; вони вимагають формування гнучкої та стійкої моделі управління, здатної функціонувати в умовах постійних воєнних загроз [80].

У контексті пошуку оптимальних управлінських рішень, підготовку професійних менеджерів сфери охорони здоров'я доцільно розглядати крізь призму концепції «нового публічного менеджменту» (New Public Management). Даний підхід, як зазначає В. Борщ, є сучасною парадигмою, що фокусує увагу на формуванні конкретних професійних компетентностей та результативності діяльності. Проте автор зауважує, що впровадження цієї моделі на рівні окремих закладів охорони здоров'я почасти звужує широку проблематику державного управління до питань внутрішнього менеджменту персоналу та операційної ефективності організацій [81].

З урахуванням потреб реалізації державної політики в умовах воєнного стану та на етапі післявоєнного відновлення, на наш погляд, доцільним є застосування усталеного поняття «державна кадрова політика». Як підкреслює Ю. Малігон, вона постає як складно структурована, багаторівнева система послідовних дій, що охоплює комплекс нормативно-правових,

організаційно-управлінських і науково-дослідних заходів, спрямованих на забезпечення сталого розвитку держави та суспільства [82].

Таке бачення корелює з актуальними пріоритетами розвитку системи охорони здоров'я України, зокрема в контексті євроінтеграційних процесів та необхідності посилення інституційної спроможності медичної галузі на тактичному, оперативному та стратегічному рівнях управління.

Концептуальною основою, що визначає стратегічні орієнтири діяльності суб'єктів управління та формує вектор функціональної трансформації галузі, стало схвалення Кабінетом Міністрів України Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [83]. У контексті організаційного регулювання цей документ виступає засадничою платформою для координації зусиль профільних відомств, спрямовуючи їхню діяльність на створення стійкої та адаптивної моделі підготовки управлінців, здатної ефективно функціонувати в умовах сучасних глобальних та безпекових викликів.

Особливого значення у контексті нашого дослідження набувають визначені Стратегією напрями модернізації кадрового потенціалу. Зокрема, документом передбачено:

- стимулювання інноваційних форм безперервного професійного розвитку через запровадження нових моделей навчання для керівників та фахівців, які мають чітко корелювати з актуальними пріоритетами національної системи охорони здоров'я, що створює підґрунтя для переходу від формального підвищення кваліфікації до реального набуття управлінських компетенцій;

- посилення цифровізації шляхом створення та забезпечення повноцінного функціонування Реєстру людських ресурсів охорони здоров'я, а також формування дієвого кадрового резерву, такі заходи дозволять здійснювати прогнозування потреб у керівних кадрах на основі реальних даних про стан здоров'я населення та необхідність трансформації моделей

надання медичної допомоги;

– оновлення освітніх стандартів та суттєве удосконалення навчальних моделей підготовки управлінців для закладів охорони здоров'я; стратегія акцентує увагу на необхідності стимулювання розвитку програм, що готують менеджерів нового типу, здатних працювати в умовах високої невизначеності та обмежених ресурсів [83].

Аналіз положень Стратегії-2030 дозволяє констатувати, що держава переходить до моделі проактивного управління людським капіталом. Відтак, підготовка керівних кадрів розглядається як стратегічний напрям державного регулювання досліджуваної сфери через ефективний менеджмент на всіх рівнях.

Детальний аналіз Операційного плану заходів з реалізації Стратегії у 2025-2027 роках дозволяє структурувати основні вектори державної політики щодо трансформації кадрового потенціалу. На нашу думку, ці заходи доцільно розглядати не як окремі доручення, а як системні функціональні блоки, що створюють передумови для формування нової моделі управління в охороні здоров'я, зокрема і в її військовому сегменті. Для цілісного розуміння динаміки цих процесів ключові заходи Стратегії систематизовано за функціональними напрямками та подано у таблиці 2.1.

Систематизація, наведена у таблиці 2.1, свідчить про те, що державне регулювання у досліджуваній сфері спрямоване на подолання розриву між теоретичною підготовкою управлінців та практичними потребами галузі. Особливо критичним це вбачається для військової медицини, де ефективність менеджменту безпосередньо корелює з показником виживання поранених та збереженням боєздатності особового складу.

Таким чином, реалізація Стратегії-2030 створює «вікно можливостей» для впровадження спеціалізованих магістерських програм, які б поєднували класичний менеджмент охорони здоров'я із задачами військового управління.

Таблиця 2.1.

Функціональні напрями модернізації системи підготовки кадрів
згідно зі Стратегією-2030 та їх очікуваний вплив на сектор військової
медицини

Функціональний напрям	Ключові заходи (згідно з Розпорядженням № 34-р)	Очікуваний результат для системи підготовки військових медичних управлінців	Термін реалізації
Нормативно-інституційний	Удосконалення порядку атестації та оновлення номенклатури спеціальностей	Легітимізація специфічних управлінських кваліфікацій, адаптованих до умов воєнного стану	2025-2026
Інформаційно-аналітичний	Створення Реєстру людських ресурсів та формування кадрового резерву	Можливість точного прогнозування потреби у військових менеджерах та швидкого розгортання кадрового потенціалу	2025-2026
Освітньо-технологічний	Впровадження нових моделей магістерської підготовки та стимулювання БПР	Інтеграція стандартів НАТО та сучасних протоколів менеджменту в освітній процес військових медиків	2025-2027
Стратегічне управління	Формування мережі закладів «лідерів змін» та підтримка програм з менеджменту	Створення бази для підготовки управлінців вищої ланки (стратегічного рівня) для Збройних Сил України	2026-2027

Джерело: сформовано автором на основі [80]

У сучасній архітектурі системи охорони здоров'я, яка є ключовим індикатором життєздатності та безпеки суспільства, медичний персонал розглядається як стратегічний людський ресурс. Управління процесами формування та професійного розвитку цього ресурсу, від практикуючих фахівців до адміністративного апарату, визнано пріоритетним завданням державного регулювання. Як слушно зауважує В. Борщ, сучасна парадигма управління в медичній галузі базується на розумінні персоналу як основного суб'єкта, що визначає якість та доступність медичних послуг, а отже, потребує специфічних підходів до кадрового адміністрування [81].

Ефективність діяльності медичних закладів та життєздатність усієї галузі в умовах воєнних викликів безпосередньо залежить від рівня професійної підготовки та безперервного розвитку керівних кадрів. Проте перехід від клінічного мислення до управлінського потребує не лише освітніх програм, а й чітко збалансованої державної політики.

Для комплексного розуміння механізмів впливу держави на цей процес, необхідно розглянути його як систему взаємодії суб'єктів та об'єктів державного регулятивного впливу у сфері дослідження. Структурний аналіз цієї системи дозволяє виокремити три базові рівні взаємодії.

1. Рівень суб'єктів державного регулювання. На цьому рівні зосереджені органи державної влади - Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Міністерство освіти і науки України (МОН) - (цивільні суб'єкти) та Міністерство оборони України (МОУ). Вони виступають ініціаторами кадрової політики, формуючи стратегічне бачення та визначаючи кількісні й якісні параметри потреби у фахівцях. МОЗ забезпечує загальногалузеві стандарти медичної освіти, МОУ специфікує ці вимоги відповідно до потреб національної безпеки та оборони, створюючи запит на підготовку менеджерів військової ланки.

2. Рівень об'єктів державного регулювання. Цей рівень представлений безпосередніми виконавцями та бенефіціарами політики. До них належать заклади вищої освіти (університети, академії), які здійснюють безпосередній освітній процес, та майбутні управлінці (слухачі магістратури, діючий керівний склад на курсах підвищення кваліфікації). Результатом впливу інструментів на об'єкти є трансформація кадрового потенціалу: перехід від теоретичної підготовки до формування професійних компетентностей, необхідних для ефективного менеджменту в умовах трансформації галузі та викликів воєнного стану.

3. Рівень механізмів/інструментарію (регуляторна ланка). Взаємодія суб'єктів із об'єктами реалізується через систему правових та організаційних

інструментів. Ключове місце тут посідає нормативно-правове забезпечення: закони України, постанови Кабінету Міністрів, галузеві накази (наприклад, про затвердження структури МОЗ чи порядки атестації); організаційне, фінансово-ресурсне; освітньо-методичне забезпечення. Ці інструменти трансформують політичну волю суб'єктів у конкретні вимоги, стандарти освітніх програм та механізми фінансування (державне замовлення), створюючи легітимне поле для функціонування системи.

Таким чином, система демонструє замкнений цикл: від формування державного завдання (суб'єкти) до практичного втілення та отримання кваліфікованого управлінського ресурсу (об'єкти) через правове регулювання, організаційно-ресурсне, методичне забезпечення тощо. Вказане дозволяє сформулювати логіко-структурну модель системи державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, що наведена на рис. 2.1.

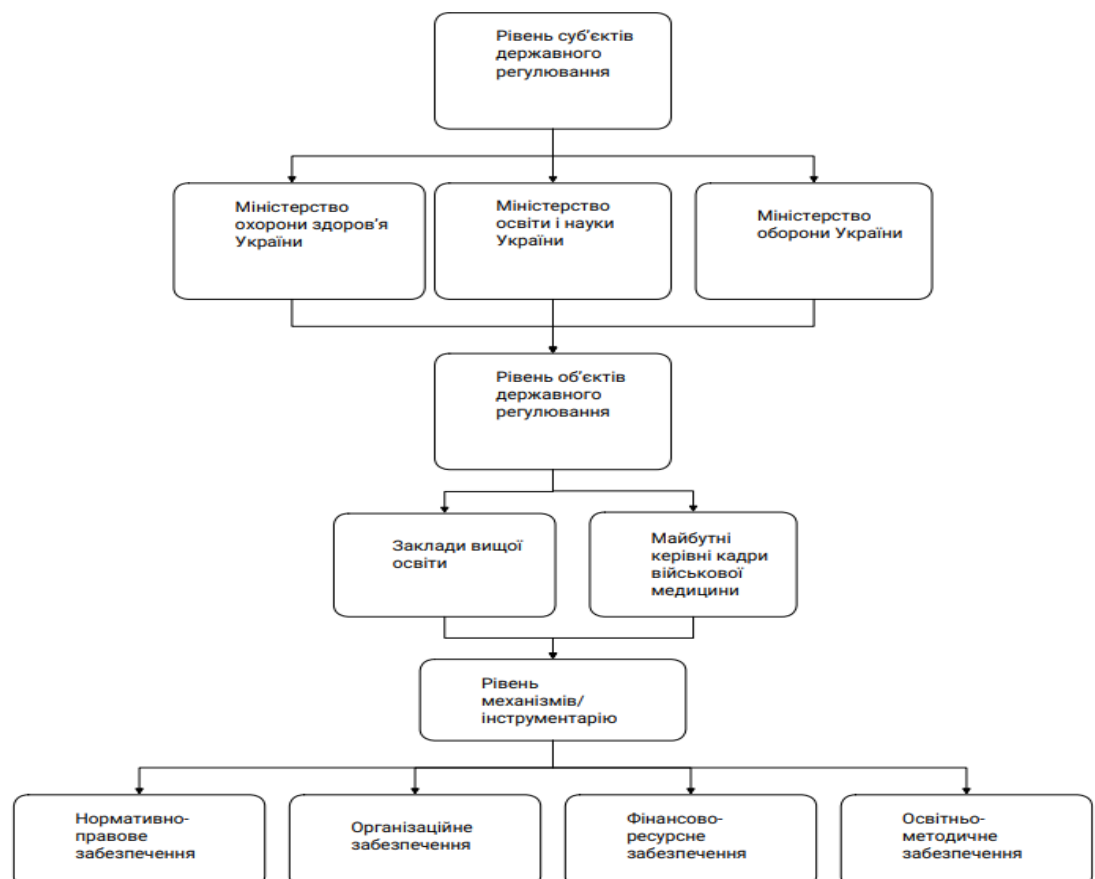


Рис. 2.1. Логіко-структурна модель системи державного регулювання
підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я

Джерело: складено автором

Представлена модель демонструє, що процес державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я здійснюється через цілеспрямований вплив суб'єктів політики на її об'єкти. Центральне місце у цій ієрархії посідає **Міністерство охорони здоров'я України** як головний орган у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Його діяльність регламентується Положенням про Міністерство та постійно актуалізується відповідно до сучасних викликів, що відображено в оновленій структурі відомства [84].

Управління медичних кадрів, освіти і науки є структурною ланкою Міністерство охорони здоров'я України, на яку покладено функції формування та реалізації політики у сфері медичної освіти, зокрема підготовки фахівців у закладах вищої освіти й організації безперервного професійного розвитку, а також координації кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. У межах своєї компетенції управління забезпечує узгоджену діяльність закладів вищої медичної освіти (університетів, академій), здійснює розроблення нормативно-правових актів, упроваджує механізми забезпечення якості освітнього процесу, включно із системами оцінювання професійних компетентностей, та підтримує взаємодію з керівниками закладів і профільними експертними середовищами з метою розвитку медичної освіти.

Організаційна структура управління охоплює відділ державної служби, відділ службової кар'єри державних службовців, відділ медичних і фармацевтичних кадрів, а також відділ управління керівними кадрами.

Основні функції та діяльність управління медичних кадрів, освіти і науки МОЗ України передбачають:

- розвиток медичної освіти (управління питаннями вступу, навчальних програм, акредитації та ліцензування у медичних ВНЗ, що підпорядковуються МОЗ);
- формування державної політики щодо підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників;
- впровадження реформ (реалізація законодавчих змін, пов'язаних з медичною освітою та професійною діяльністю, наприклад, реформа безперервного професійного розвитку);
- координаційну комунікацію (взаємодія з ректорами медичних університетів, Центром тестування, Центром медсестринства та іншими профільними установами).

Важливим суб'єктом державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, зокрема й для потреб військової медицини, виступає *Міністерство освіти і науки України* [85]. Саме МОН забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері вищої освіти і науки, визначає загальні правила функціонування освітнього простору та встановлює обов'язкові для всіх закладів вищої освіти нормативні рамки підготовки фахівців.

Функціональна роль Міністерства освіти і науки України у системі підготовки управлінських кадрів полягає у визначенні галузей знань і спеціальностей, затвердженні стандартів вищої освіти, ліцензуванні та акредитації освітніх програм, а також у формуванні вимог до результатів навчання й кваліфікаційних характеристик випускників. Через інструменти освітніх стандартів, Національної рамки кваліфікацій та процедур забезпечення якості освіти МОН опосередковано впливає на зміст і структуру підготовки керівників закладів охорони здоров'я, у тому числі тих, які надалі залучаються до управління військово-медичними структурами.

У контексті підготовки керівних кадрів для військової медицини Міністерство освіти і науки України виконує роль інтегратора цивільного та

військового освітніх сегментів, оскільки забезпечує нормативну сумісність освітніх програм закладів вищої освіти Міністерства охорони здоров'я та відомчих закладів Міністерства оборони України з національною системою вищої освіти. Це створює можливість для реалізації ступеневої підготовки, академічної мобільності, взаємного визнання кваліфікацій і формування універсальних управлінських компетентностей, які доповнюються спеціалізованою військово-професійною підготовкою.

Таким чином, Міністерство освіти і науки України у системі державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині виконує не відомчу, а рамкову регуляторну функцію, забезпечуючи єдність освітніх підходів, легітимність кваліфікацій та інтеграцію військово-медичної управлінської підготовки у загальнонаціональний та європейський освітній простір.

Водночас, з огляду на специфіку підготовки кадрів для потреб національної безпеки, *рівнозначним суб'єктом управління у цій сфері виступає Міністерство оборони України*. Згідно з Положенням, Міністерство оборони України є центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері оборони та здійснює військово-політичне і адміністративне управління Збройними Силами України [86].

У контексті кадрового забезпечення військової медицини, функціональна структура МОУ передбачає спеціалізовану вертикаль управління. Ключовим органом, що формує запит на підготовку та розвиток медичних управлінців у військовій сфері, є Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України (як структурний підрозділ апарату МОУ) та Командування Медичних сил Збройних Сил України [87; 88].

Департамент охорони здоров'я МОУ виконує роль провідного органу, відповідального за формування державної політики у сфері охорони здоров'я в межах оборонного відомства. До його ключових компетенцій, що

безпосередньо впливають на систему підготовки кадрів, належать:

- здійснення державного управління у сфері медичного забезпечення Збройних Сил та координація діяльності інших органів виконавчої влади у цій сфері;
- моніторинг якості надання медичної допомоги та розробка стандартів, що стають основою для навчальних програм військових медиків;
- нормативне забезпечення функціонування медичної служби та розробка пропозицій щодо вдосконалення системи безперервного професійного розвитку офіцерів медичної служби [87].

Командування Медичних сил ЗСУ реалізує політику медичного забезпечення на практичному та оперативному рівнях. Функціонал КМС у розрізі підготовки керівних кадрів охоплює:

- загальне керівництво медичною службою ЗСУ, що включає стратегічне прогнозування потреб у керівному складі для всіх ланок (від тактичного до стратегічного рівня);
- організацію заходів з підвищення кваліфікації та підготовки медичного персоналу для виконання завдань за призначенням у районах бойових дій;
- контроль за впровадженням новітніх медичних технологій та стандартів лікування безпосередньо у військових частинах і шпиталях, що вимагає специфічних компетенцій від військових менеджерів [88].

Аналіз функціональної взаємодії цих суб'єктів у сфері медичної освіти дозволяє виділити такі пріоритетні стратегічні завдання:

- *прогностично-аналітичне* - визначення реальної потреби у керівному складі медичної служби різних рівнів управління (тактичного, оперативного та стратегічного) з урахуванням досвіду ведення сучасної високотехнологічної війни;
- *освітньо-організаційне* - забезпечення безперервного циклу підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації офіцерів медичної

служби на базі Української військово-медичної академії, яка є основним центром наукового та методичного супроводу військової освіти;

– *інтеграційно-стандартне* - інтенсивна адаптація вітчизняних освітніх програм до стандартів та протоколів НАТО (зокрема в частині медичної логістики та управління медичними евакуаційними процесами).

Отже, організаційно-функціональне регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині доцільно розглядати як цілеспрямований міжвідомчий вплив суб'єктів державної влади (МОЗ, МОН та МОУ), що реалізується через систему нормативно-правових, інституційних та освітньо-управлінських механізмів і спрямований на формування управлінських компетентностей, необхідних для функціонування медичної служби в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення.

Аналіз сучасної системи державного регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині України свідчить про її принципову відмінність від класичних моделей кадрового забезпечення цивільної системи охорони здоров'я та сектору безпеки та оборони. Ця відмінність зумовлена одночасною дією двох автономних, але взаємопов'язаних регулятивних контурів – цивільного та військового, що формують специфічний інституційний простір підготовки управлінців.

З одного боку, підготовка керівних кадрів у військовій медицині здійснюється в межах загальнодержавної системи вищої освіти та державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, регульованої Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством освіти і науки України. Цей контур визначає стандарти освіти, кваліфікаційні вимоги, освітні рівні, механізми акредитації програм, безперервного професійного розвитку та інтеграції до європейського освітнього простору. У науковій літературі такий підхід традиційно розглядається крізь призму публічного управління людськими ресурсами та державної кадрової політики в охороні здоров'я [81].

З іншого боку, формування та розвиток керівних кадрів військової медицини відбувається у межах відомчої системи оборонного управління, регульованої Міністерством оборони України та Командуванням Медичних сил Збройних Сил України. Цей контур ґрунтується на логіці військового управління, що передбачає ієрархічність, жорстку підпорядкованість, орієнтацію на виконання бойових завдань, функціонування в умовах воєнного стану та застосування спеціальних процедур добору, підготовки, атестації й кар'єрного просування офіцерського складу. У межах теорії воєнного управління та сектору безпеки така модель розглядається як особливий тип кадрової політики, спрямований на забезпечення боєздатності та оперативної стійкості військових формувань

Одночасна дія цих двох регулятивних контурів формує специфічну інституційну конфігурацію, у межах якої керівні кадри військової медицини повинні відповідати як цивільним освітньо-професійним стандартам менеджменту та публічного управління, так і військово-оперативним вимогам системи оборони. Саме це «накладання» двох різних систем управління (цивільної та військової) формує функціональний дуалізм. Відтак, підготовка таких фахівців не може бути адекватно описана виключно через категорії «державної кадрової політики» або «військової освіти».

З урахуванням зазначеного, у межах даного дослідження пропонується використання авторського терміну «подвійне регулятивне поле підготовки керівних кадрів військової медицини», під яким розуміється сукупність взаємодіючих, але інституційно відокремлених механізмів цивільного (публічно-управлінського) та військового (оборонного) регулювання, що одночасно визначають цілі, зміст, організаційні форми та результати підготовки управлінської ланки військової медичної служби.

Запровадження цього поняття дозволяє концептуально пояснити наявні суперечності між освітніми стандартами, механізмами фінансування, моделями кар'єрного зростання та вимогами до компетентностей керівників

військової медицини, а також створює методологічне підґрунтя для подальшого обґрунтування необхідності спеціальної організаційно-функціональної моделі державного регулювання у цій сфері.

Ефективне управління є важливим компонентом ефективного функціонування системи охорони здоров'я, що особливо важливо в умовах ускладнення соціальних і організаційних викликів. Сучасний керівник медичного закладу повинен поєднувати клінічну експертизу з умінням стратегічно мислити, лідерськими компетенціями, знаннями у сфері фінансового менеджменту та навичками реалізації проєктів. Традиційна система медичної освіти, яка історично зосереджувалася на підготовці лікарів-клініцистів, часто не забезпечує достатнього розвитку управлінських навичок, необхідних для ефективного керівництва. Це створює розрив між фаховою підготовкою лікаря як «вузького спеціаліста» та сучасними вимогами до адміністратора, який має оперувати інструментами бізнес-аналітики, цифровими сервісами та налагоджувати комунікації в умовах високої динаміки медичної сфери, ресурсних обмежень і зростаючих очікувань пацієнтів та суспільства щодо якості та доступності медичних послуг. Така ситуація підкреслює необхідність інтеграції управлінської підготовки в медичну освіту та розвитку міждисциплінарних компетенцій керівників закладів охорони здоров'я.

На думку В. Лехан, формування управлінських компетентностей має розпочинатися ще на додипломному етапі, що дозволить майбутнім фахівцям усвідомити свою роль у системі та опанувати технології міжсекторальної взаємодії [89].

Концепція реформування підготовки керівників системи охорони здоров'я в Україні спрямована на приведення структури, змісту, термінів та рівня підготовки фахівців у відповідність до державних та міжнародних стандартів, а також до актуальних потреб системи охорони здоров'я щодо забезпечення високоякісної медичної допомоги населенню. У працях Ю.

Василенко, В. Сиченко, С. Рибкіна та Е. Соколова підкреслюється необхідність інтеграції передового міжнародного досвіду та сучасних підходів до формування лідерських компетентностей, зокрема технологій управління людськими ресурсами, проєктного, кризового та ситуаційного управління, а також методів і інструментів бізнес-аналітики [90; 91].

Як зазначалось вище, управління закладом охорони здоров'я потребує володіння спеціалізованими знаннями з економіки, права, фінансів, менеджменту, маркетингу, стратегічного планування та проєктування - галузей, які традиційно не входять до основної підготовки лікарів-клініцистів. Історично лікар розглядався як вузький фахівець, орієнтований виключно на лікувальну діяльність, без залучення до адміністрування виробничих процесів, правових аспектів діяльності закладу, організації ефективних комунікацій із пацієнтами та використання сучасних цифрових сервісів, а також підприємницької діяльності [89].

Потреба удосконалення системи підготовки керівних кадрів у військовій медицині України вимагала докорінного перегляду підходів до класифікації фахової підготовки. Основним кроком такої трансформації стало ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти».

Аналіз цього документа дозволяє виявити логіку переходу від вузькопрофільної підготовки до міждисциплінарних галузей знань, що є критично важливим для формування корпусу медичних управлінців. Було запроваджено інтегровану структуру галузей знань, де особливе місце посіла галузь 07 «Управління та адміністрування» (пізніше трансформована відповідно до оновлень) та галузь 28 «Публічне управління та адміністрування». Важливо підкреслити, що Постанова № 266 скасувала попередній поділ на «напрями підготовки», замінивши їх широкими спеціальностями, що дозволило закладам вищої освіти розробляти гнучкі

магістерські програми, такі як «Менеджмент в охороні здоров'я» або «Управління медичним закладом».

Проведений аналіз постанови в її актуальній редакції дозволяє виділити наступні рівні підготовки, що безпосередньо стосується об'єкта нашого дослідження:

1. Галузь знань 07 «Управління та адміністрування». У межах спеціальності 073 «Менеджмент» здійснюється підготовка керівників закладів охорони здоров'я цивільного сектору. Ця спеціальність орієнтована на операційне управління, фінансове планування та HR-технології в умовах автономізації медичних закладів.

2. Галузь знань 28 «Публічне управління та адміністрування», спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування» є фундаментальною для підготовки управлінців державного рівня, що здатні формувати політику у сфері охорони здоров'я, працювати в апараті МОЗ, НСЗУ чи у відповідних департаментах обласних державних/військових адміністрацій.

3. Галузь знань 25 «Публічне управління та адміністрування» (для силових структур): у контексті військової медицини особливу роль відіграє спеціалізація в межах галузі 25 «Воєнні науки, національна безпека, безпека державного кордону». Саме тут Постанова № 266 створює нормативне поле для підготовки офіцерів за спеціальністю 254 «Забезпечення військ (сил)», де окремим напрямом виступає «Організація медичного забезпечення».

Слід зазначити, що ця постанова стала правовим базисом для подолання «освітнього ізоляціонізму» військової медицини. Документ передбачає можливість поєднання стандартів вищої освіти зі специфічними вимогами підготовки військових кадрів, що дозволяє випускникам Української військово-медичної академії отримувати дипломи державного зразка, які визнаються як у військовій, так і в цивільній сферах [91].

Окремої уваги заслуговує той факт, що постанова № 266 фактично

унормувала перехід до ступеневої освіти (бакалавр – магістр – доктор філософії). Це дозволило вибудувати вертикаль підготовки управлінця у військовій медицині: від лікаря-офіцера (магістра медицини) до керівника-стратега (магістра військового управління або доктора філософії в галузі публічного управління).

Таким чином, постанова № 266 сформувала правову рамку, яка забезпечує уніфікацію освітнього простору між цивільним та військовим секторами охорони здоров'я; можливість впровадження спеціалізованих магістерських програм для керівників військових госпіталів та медичних служб з'єднань; правове підґрунтя для розробки професійних стандартів медичного менеджера та військового адміністратора [92].

Новим етапом у гармонізації вітчизняного освітнього простору із європейськими стандартами стало внесення змін до постанови № 266, а саме ухвалення постанови Кабінету Міністрів України від 21 лютого 2025 р. № 188 «Про внесення зміни до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти» [90]. Цей нормативний акт знаменує собою радикальну трансформацію системи підготовки кадрів, оскільки він запроваджує оновлену кодифікацію галузей знань, що корелюється із міжнародними стандартами (ISCED-F 2013).

Для системи військової медицини та підготовки її керівного складу положення Постанови № 188 2025 року мають стратегічне значення, оскільки вони визначають нові назви та шифри галузей, за якими здійснюється підготовка в закладах вищої освіти оборонного та цивільного секторів. Зокрема, аналіз оновленого Переліку дозволяє виокремити такі ключові зміни:

Реструктуризація управлінського блоку (Галузь D «Бізнес, адміністрування та право») - відповідно до змін, підготовка менеджерів для охорони здоров'я тепер чітко класифікується у межах галузі D. Це

підкреслює ринкову орієнтацію підготовки та необхідність володіння інструментами бізнес-адміністрування навіть у бюджетному секторі медицини.

Спеціальність D3 «Менеджмент» стає основною платформою для підготовки магістрів за програмами «Менеджмент в охороні здоров'я».

Спеціальність D4 «Публічне управління та адміністрування» фокусується на підготовці кадрів для органів державної влади та стратегічного управління галуззю.

Виокремлення сектору безпеки та оборони (Галузь К «Військові науки, національна безпека, державний кордон») - постанова № 188 чітко закріплює спеціальності, за якими здійснюється підготовка управлінців у межах Збройних Сил України, зокрема:

K5 «Військове управління (за видами збройних сил)» - за цією спеціальністю в Українській військово-медичній академії (УВМА) готують офіцерів оперативно-тактичного рівня, здатних керувати медичними службами видів та родів військ.

K6 «Забезпечення військ (сил)» - ця спеціальність охоплює підготовку фахівців з логістики та організації медичного забезпечення, що є життєво важливим для функціонування медичних сил у бойових умовах.

Запровадження нової кодифікації за Постановою № 188 [93] створює правове підґрунтя для розробки спільних освітніх програм між медичними (МОЗ) та військовими (МОУ) ЗВО. Це дозволяє уніфікувати підходи до підготовки керівників медичної служби, наближаючи їх до стандартів НАТО, де управління медичними ресурсами розглядається як невід'ємна частина загального військового забезпечення та публічного менеджменту.

Важливо зауважити, що Постанова № 188 визначає механізми переходу від старих кодів спеціальностей до нових. Для наукового аналізу це означає, що сучасна система підготовки керівних кадрів у військовій медицині перебуває у фазі «активної адаптації», де старі навчальні плани (наприклад,

за спеціальністю 281) мають бути переформатовані під вимоги нових стандартів галузей D та K.

Таким чином, Постанова КМУ № 188 від 21.02.2025 р. є не просто технічним документом про зміну кодів, а набуває статусу інституційного фундаменту для нової моделі медичної освіти [93]. Вона фактично завершує процес виокремлення «Військового управління» та «Менеджменту в охороні здоров'я» як самостійних, професійно орієнтованих напрямів, що дозволяє більш точно формувати професійні профілі майбутніх керівників військової медицини.

Як зазначалось вище, сучасна архітектура підготовки управлінців для сфери охорони здоров'я в Україні зазнала суттєвих трансформацій, що зафіксовано в оновленому правовому полі. На сьогодні освітній процес інтегровано у галузь знань 07 «Управління та адміністрування» (згідно з Постановою № 266) та її актуалізовану версію - галузь D «Бізнес, адміністрування та право» (згідно з Постановою № 188 від 2025 р.). Підготовка реалізується через спеціалізовані магістерські програми, такі як «Менеджмент в охороні здоров'я» або «Управління закладом охорони здоров'я». Ці програми мають міждисциплінарний характер і орієнтовані на формування системних управлінських компетенцій у випускників медичних, економічних та юридичних спеціальностей, які планують кар'єру в адміністративному секторі медицини, зокрема і в її військовому компоненті.

Проте аналіз фінансово-економічного забезпечення такої підготовки через інструмент державного замовлення виявляє низку системних суперечностей. Ключовим регулятором тут виступає Закон України «Про вищу освіту» (№ 1556-VII від 01.07.2014), який у частині 1 статті 72 встановлює чітку імперативну норму: «Загальний обсяг державного замовлення на підготовку фахівців ступеня магістра на поточний рік становить не менш як 50 відсотків кількості осіб, які у поточному році здобудуть ступінь бакалавра за державним замовленням» [94].

Незважаючи на цю законодавчу вимогу, аналіз підзаконних актів свідчить про тенденцію до скорочення бюджетного фінансування магістерської ланки. Так, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 28 червня 2024 р. № 760 «Про державне замовлення... у 2024 році», спостерігається зменшення загальних показників прийому на рівень магістра. Якщо у 2023 році обсяг державного замовлення складав 38 354 особи, то у 2024 році цей показник був знижений до 37 516 осіб [95].

Ситуація дещо коригувалася протягом року. Зокрема, Постановою КМУ від 10 вересня 2024 р. № 1048 було внесено зміни до обсягів замовлення, що відображало нагальні потреби держави в умовах воєнного стану [96].

Проте структурний аналіз розподілу цих коштів між державними замовниками виявляє глибоку диспропорцію. Міністерство освіти і науки отримало найбільшу частку фінансування (понад 31,5 млрд грн на підготовку кадрів), що пояснюється широким спектром спеціальностей. Міністерство оборони забезпечено значним обсягом фінансування (понад 13 млрд грн), що підкреслює стратегічний пріоритет підготовки військових фахівців, включаючи ланку військового управління. Міністерство охорони здоров'я отримало найменшу питому вагу асигнувань (близько 1,5 млрд грн на підготовку всіх фахівців), що виглядає недостатнім з огляду на масштабність реформ та потребу в професійних медичних менеджерах.

Такий стан фінансування прямо суперечить вищезгаданій ст. 72 Закону «Про вищу освіту». Недотримання 50-відсоткової квоти на підготовку магістрів створює штучний дефіцит управлінських кадрів, оскільки значна частина випускників-бакалаврів не має фінансової можливості продовжувати навчання за магістерськими програмами з менеджменту.

У контексті військової медицини ця проблема посилюється. Керівні кадри військової ланки мають проходити підготовку за специфічними програмами (галузь К), фінансування яких проходить через МОУ. Однак

відсутність синхронізації між обсягами замовлення МОЗ та МОУ за спеціальностями публічного управління призводить до того, що підготовка управлінців «подвійного призначення» (здатних працювати і в цивільних госпіталях, і у військових структурах) залишається фінансово незабезпеченою.

Аналіз викликів, що стоять перед національною системою охорони здоров'я, дозволяє класифікувати ключові дестабілізуючі чинники впливу на підготовку управлінців. Окрім традиційних економічних та соціально-політичних факторів, особливого значення набуває чинник критичної вразливості галузі в умовах збройного конфлікту. Це зумовлює об'єктивну зміну управлінської парадигми: перехід від стратегії «управління стабільним об'єктом» до моделі «кризового менеджменту медичних ресурсів», що передбачає функціонування в умовах екстремального дефіциту часу та високої невизначеності.

Комплексне подолання існуючих викликів та забезпечення неухильного виконання законодавчих вимог у сфері професійної підготовки управлінської ланки потребує реалізації системних кроків. Насамперед, критично важливим є приведення фактичних обсягів державного замовлення у повну відповідність до приписів ст. 72 Закону України «Про вищу освіту», що передбачає суттєве розширення квот на магістерські програми за спеціальностями «Менеджмент» та «Публічне управління та адміністрування». Разом з тим, стратегічного значення набуває необхідність усунення міжвідомчої диспропорції у розподілі ресурсів. Це має бути реалізовано шляхом впровадження механізмів цільового фінансування підготовки керівників закладів охорони здоров'я через профільні бюджетні програми Міністерства охорони здоров'я та Міністерства оборони України, які виступають ключовими замовниками специфічних управлінських компетенцій. Впровадження моделі «наскрізного» державного замовлення дозволить перетворити підготовку магістра-управлінця на гарантований етап

безперервного професійного розвитку для кращих випускників медичних бакалавратів, забезпечуючи сталість кадрового резерву та високу якість адміністрування у системі охорони здоров'я та військової медицини зокрема.

Наразі в Україні спостерігається зростання кількості та розширення спектру освітніх програм, спрямованих на підготовку управлінців для системи охорони здоров'я. Ці програми мають міждисциплінарний характер і значною мірою забезпечують формування як загальних, так і спеціалізованих професійних компетентностей випускників у сфері їхньої майбутньої професійної діяльності.

У таблиці 2.2 представлено 20 закладів вищої освіти, в яких реалізуються освітні програми другого (магістерського) рівня, предметом яких є управління в системі охорони здоров'я в межах спеціальностей: D3 «Менеджмент» (14 ЗВО); D4 «Публічне управління та адміністрування» (4 ЗВО) галузі знань D «Бізнес, адміністрування та право»; (1 ЗВО) зі спеціальності K5 «Військове управління (за видами збройних сил)» та (1 ЗВО) K6 «Забезпечення військ (сил)» спеціалізації «Організація медичного забезпечення військ (сил)», відповідно до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти. Крім того, як важливе доповнення до магістерської підготовки, у Національному університеті охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та на кафедрі менеджменту в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця проводиться підготовка управлінських кадрів у форматі вторинної спеціалізації. Дана 1,5-річна програма з «Організації і управління охороною здоров'я» дозволяє практикуючим лікарям оперативно здобути необхідну кваліфікацію для обіймання адміністративних посад. Така розгалуженість освітніх траєкторій відображена у структурі мережі закладів вищої освіти, систематизованій у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Освітні програми другого (магістерського) рівня галузі знань D «Бізнес, адміністрування та право» за напрямом підготовки керівників галузі охорони здоров'я закладами вищої освіти України

N п/п	Заклад вищої освіти / підпорядкування	Освітня програма / магістр
D3 Менеджмент:		
1.	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України	Менеджмент у сфері охорони здоров'я
2.	Національний фармацевтичний університет МОЗ України	Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом
3.	Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»	Менеджмент медичних закладів і глобальне здоров'я
4.	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України	Менеджмент в охороні здоров'я
5.	Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України	Менеджмент в охороні здоров'я
6.	Львівський національний медичний університет МОЗ України	Менеджмент
7.	Одеський національний медичний університет МОЗ України	Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом
8.	Полтавський державний медичний університет МОЗ України	Менеджмент охорони здоров'я та соціальне проектування
Продовження таблиці 2.2		
9.	Київський національний університет імені Тараса Шевченка МОН України	Менеджмент організацій охорони здоров'я
10.	Національний університет «Києво-Могилянська академія» МОН України	Менеджмент в охороні здоров'я
11.	Західноукраїнський національний університет МОН України	Менеджмент закладів охорони здоров'я
12.	Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна МОН України	Управління лікувально-профілактичними закладами
13.	Сумський державний університет МОН України	Управління медичними закладами
14.	Державний торговельно-економічний університет МОН України	Управління закладами охорони здоров'я
D4 Публічне управління та адміністрування:		
15.	Національний університет «Одеська політехніка» МОН України	Публічне управління сферою охорони здоров'я
16.	Державний заклад «Луганський державний медичний університет» МОЗ України	Публічне управління та адміністрування
17.	Житомирський державний університет імені Івана Франка МОН України	Публічне управління та адміністрування системою охорони здоров'я

18.	Харківський національний медичний університет МОЗ України	Управління у сфері охорони здоров'я
К5 Військове управління (за видами збройних сил)		
19.	Українська військово-медична академія Міністерство оборони України	Військове управління
К6 Забезпечення військ (сил)		
20.	Українська військово-медична академія Міністерство оборони України	Організація медичного забезпечення військ (сил)
21.	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України (факультет підготовки лікарів для збройних сил України)	Організація медичного забезпечення військ (сил)

Джерело: складено автором

Запропонована систематизація дозволяє стверджувати, що вперше на рівні державної стратегії кадровий потенціал військової медицини розглядається не як допоміжний елемент, а як окремий об'єкт стратегічного управління людським капіталом у секторі безпеки та оборони.

Отже, ефективна підготовка керівних кадрів для військової медицини є багатоаспектним процесом, який неможливий без тісної взаємодії цивільного та оборонного секторів. У цій системі ключова роль суб'єкта управління належить Міністерству оборони України. Як головний орган у системі центральних органів виконавчої влади щодо забезпечення реалізації державної політики у сфері оборони, Міністерство оборони України формує стратегічний вектор розвитку кадрового потенціалу медичних сил.

Згідно із завданнями, визначеними Положенням про Міністерство, особливий акцент у кадровому забезпеченні робиться на розвитку військової освіти та науки. Це передбачає не лише підготовку лікарів-офіцерів, а й проведення цілеспрямованої військової кадрової політики, аналіз воєнно-політичної обстановки для прогнозування потреби в управліннях та забезпечення боєздатності ЗСУ через ефективний менеджмент медичних ресурсів.

Центральною ланкою, що забезпечує реалізацію освітньої функції МОУ у сфері військової медицини, є Українська військово-медична академія. Вона виступає унікальним науково-навчальним центром, де поєднуються

академічні стандарти вищої освіти з жорсткими вимогами військового управління.

Особливе значення має історична та функціональна трансформація підготовки управлінців в академії. Створення у 2010 році кафедри організації медичного забезпечення Збройних Сил України стало відповіддю на дефіцит офіцерів оперативно-тактичного рівня [97].

Саме на цій базі розпочато підготовку за ступенем «Магістр військового управління», що дозволило професіоналізувати ланку керівників госпіталів, начальників медичних служб з'єднань та видів ЗСУ. Керівні кадри військової медицини сучасної генерації - це професіонали, які інтегрують військово-лікарські компетенції з навичками адміністрування в умовах високої інтенсивності бойових дій [98].

Попри наявні здобутки в існуючій системі підготовки керівних кадрів у військовій медицині України, результати проведеного аналізу дозволяють констатувати гостру потребу в модернізації підготовки управлінської ланки. На нашу думку, пріоритетним стратегічним завданням у цьому контексті має стати перехід від застарілих статичних моделей навчання до впровадження динамічних систем управління кадровим капіталом, що відповідатимуть сучасним викликам безпекового середовища.

Насамперед, це радикальне реформування оціночно-атестаційних підходів, що передбачає впровадження прогресивних індикаторів та рейтингових критеріїв при ліцензуванні та атестації керівного складу. Така модель повинна базуватися не на формальних показниках вислуги років, а на реальній результативності управління медичним забезпеченням та здатності керівника приймати ефективні рішення в екстремальних умовах. Крім того, стимулювання інформальної та неформальної освіти потребує створення інституційних умов для безперервної самоосвіти фахівців. Це може бути реалізовано через розширення доступу до провідних міжнародних професійних баз даних, таких як Scopus та Web of Science, активне

використання цифрових платформ НАТО з питань тактичної медицини й медичної логістики. Сучасний професійний профіль управлінця повинен охоплювати здатність до ефективного управління цифровими даними в системі e-Health, застосування підприємницького підходу до оптимізації обмежених ресурсів військових госпіталів, а також володіння навичками високорівневих кризових комунікацій як із пацієнтською спільнотою, так і з представниками міжнародних донорських організацій.

2.2. Нормативно-правове забезпечення державного регулювання підготовки керівних кадрів у вітчизняній військовій медицині

У наукових дослідженнях загальноприйнято розглядати інституційну складову державного регулювання у сфері охорони здоров'я як цілісну, ієрархічно організовану систему органів державної влади, наділених законодавчими, виконавчими та контрольними повноваженнями, діяльність яких спрямована на реалізацію публічних інтересів у відповідній галузі. У межах такої системи державне регулювання кадрового забезпечення охорони здоров'я здійснюється через поєднання нормативно-правових, організаційних, економічних та адміністративних механізмів впливу на процеси формування, розвитку та використання людських ресурсів [99].

Нормативно-правове забезпечення у цьому контексті виступає базовим інструментом державного регулювання, оскільки саме сукупність законів і підзаконних нормативно-правових актів визначає правовий статус суб'єктів управління, їх компетенції, механізми взаємодії, а також вимоги до підготовки та професійного розвитку керівних кадрів у сфері охорони здоров'я. Таким чином, регулювання процесу підготовки управлінських кадрів передбачає наявність багаторівневої нормативної системи, що охоплює як акти законодавчого рівня, так і підзаконні документи виконавчої влади.

У науковій літературі формування державної кадрової політики тлумачиться як поєднання законодавчої та адміністративної діяльності, спрямованої на розв'язання суспільно значущих проблем, зокрема у сфері охорони здоров'я. У цьому контексті фахівці зазначають, що державне регулювання кадрового потенціалу має базуватися на принципах системності та прогностичності, де нормативно-правове забезпечення виступає не лише як регулятор професійних стандартів, а й як інструмент стратегічного планування людських ресурсів у публічному секторі. Відповідно до результатів досліджень, викладених у наукових працях фахівців інституту публічного права, ефективність такої політики безпосередньо залежить від здатності державних інституцій адаптувати адміністративні механізми до динамічних змін у безпековому та соціальному середовищі, що є критично важливим для забезпечення сталого розвитку спеціалізованих галузей управління [101]. При цьому ефективність нормативно-правових актів значною мірою залежить від здатності політичних, адміністративних та соціальних акторів трансформувати законодавчі норми у конкретні управлінські рішення та практики. Як справедливо зазначають О. Аксьонова, А. Волківська, О. Яценко, В. Якобчук та А. Завгородній, саме інституційна взаємодія суб'єктів публічної політики забезпечує результативність кадрової політики в органах державної влади та місцевого самоврядування, тоді як формально ухвалені норми без належної управлінської реалізації залишаються декларативними [101].

У контексті даного дослідження принципове значення має той факт, що з 2018 року в Україні розпочато системну трансформацію сфери охорони здоров'я, яка суттєво вплинула на організаційні та управлінські засади діяльності медичних закладів і, відповідно, на вимоги до керівних кадрів. Основним нормативним актом цього процесу став Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017, який закріпив нову модель фінансування медичних

послуг на основі програми медичних гарантій та визначив роль держави як гаранта доступу населення до необхідної медичної допомоги за рахунок коштів Державного бюджету України [102].

Запровадження зазначеної моделі фінансування об'єктивно підвищило значення управлінських компетентностей керівників закладів охорони здоров'я, оскільки ефективність функціонування медичних установ стала безпосередньо залежати від якості управлінських рішень, стратегічного планування та фінансового менеджменту. Додатковим імпульсом для зміни управлінської парадигми став Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" № 2002-VIII від 6 квітня 2017 р. [103], який створив правові передумови для автономізації медичних закладів шляхом їх перетворення на комунальні некомерційні підприємства.

Автономізація закладів охорони здоров'я сприяла розширенню управлінської самостійності керівників, водночас істотно ускладнивши їх функціональні обов'язки та підвищивши відповідальність за результати діяльності установ. У таких умовах підготовка керівних кадрів перестає бути суто професійно-медичним завданням і набуває виразного публічно-управлінського виміру, що особливо актуалізується для сфери військової медицини, де управлінські рішення ухвалюються в умовах підвищених ризиків, ресурсних обмежень та специфічних вимог сектору безпеки і оборони. Досліджуючи цей процес, науковці С. Лукаш, О. Маслак та Р. Побідинський акцентують увагу на тому, що державне управління автономізацією потребує не лише зміни організаційно-правових форм, а й формування принципово нової моделі компетенцій керівника.

У контексті реформування системи охорони здоров'я, вчені обґрунтовують необхідність посилення стратегічної складової в підготовці управлінців, оскільки розширення фінансової та адміністративної незалежності закладів вимагає від їх очільників навичок кризового

менеджменту та здатності до проактивного реагування на трансформаційні виклики. Таким чином, науковий аналіз досвіду автономізації підтверджує, що ефективність функціонування медичної служби в умовах реформ безпосередньо залежить від дієвості державних механізмів професіоналізації керівного складу, що стає критично важливим фактором для забезпечення сталого розвитку військово-медичної галузі [104].

У Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року акцентовано, що процес відновлення галузі не може обмежуватися лише ліквідацією наслідків кризових явищ, зумовлених воєнними діями та соціально-економічними викликами, а має супроводжуватися глибокими структурними та управлінськими трансформаціями. Зокрема, у стратегічному документі наголошується на необхідності підвищення ефективності функціонування та управління системою охорони здоров'я, що безпосередньо пов'язується з розвитком людського капіталу та створенням умов для реалізації інтелектуального потенціалу галузі [105].

Важливою складовою досягнення зазначених стратегічних цілей визначено модернізацію системи підготовки та розвитку кадрів, насамперед управлінського рівня. Йдеться про підвищення якості та практичної орієнтованості освітніх програм, інтеграцію освітньої і наукової діяльності у сфері охорони здоров'я, а також приведення національних моделей підготовки керівників закладів охорони здоров'я у відповідність до сучасних міжнародних підходів і стандартів. Таким чином, стратегічні орієнтири державної політики прямо фіксують зростання ролі управлінських компетентностей як ключового чинника стійкості та ефективності системи охорони здоров'я в умовах трансформацій

Разом із тим, аналіз положень Стратегії свідчить, що задекларовані напрями розвитку кадрового потенціалу мають переважно загальний характер і не супроводжуються деталізованим механізмом нормативно-правового забезпечення підготовки керівних кадрів з урахуванням галузевої

та функціональної специфіки. Зокрема, у стратегічному документі відсутня чітка диференціація підходів до підготовки управлінців для цивільної та військової медицини, що ускладнює практичну імплементацію його положень у секторі безпеки і оборони. Це створює ризик фрагментарного застосування стратегічних орієнтирів та знижує їх регуляторний потенціал щодо формування цілісної системи підготовки керівних кадрів у військово-медичній сфері.

Формування ефективного нормативно-правового поля державної кадрової політики у системі охорони здоров'я обґрунтовано розглядається як один із пріоритетних напрямів підвищення результативності медичної галузі загалом. Такий підхід має глибоке концептуальне підґрунтя у міжнародних документах і рішеннях провідних міждержавних інституцій. Зокрема, у Резолюції Генеральної Асамблеї ООН 34/58 «Здоров'я як невід'ємна складова розвитку», ухваленій на 34-й сесії у 1979 році, здоров'я населення було проголошено базовим критерієм оцінки доцільності та ефективності державної політики у всіх сферах суспільного життя. У цьому документі наголошується, що рівень здоров'я є не лише соціальним показником, а й ключовою передумовою сталого розвитку, економічної безпеки та соціальної стабільності держави [106].

У зазначеному контексті особливої актуальності набуває питання якості державного управління у сфері охорони здоров'я, оскільки саме управлінські рішення визначають здатність системи адаптуватися до зовнішніх викликів, ефективно використовувати ресурси та забезпечувати доступність і безперервність медичної допомоги. Для військової медицини ця залежність є ще більш вираженою, адже функціонування медичної служби в умовах воєнного стану та підвищених ризиків безпосередньо впливає на обороноздатність держави та збереження людського потенціалу Збройних Сил України.

Отже, попри наявність стратегічних документів і міжнародно визнаних

підходів, чинна нормативно-правова база державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я залишається недостатньо структурованою з погляду потреб військової медицини. Це обумовлює необхідність подальшого наукового обґрунтування та вдосконалення механізмів державного регулювання, спрямованих на формування управлінського корпусу, здатного ефективно діяти в умовах подвійної логіки цивільного та військового управління.

Певні напрацювання щодо вдосконалення кадрового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні знаходять своє відображення у сукупності нормативно-правових актів різного рівня, які доцільно аналізувати з урахуванням їх ієрархії, правової сили та джерел формування. Такий підхід дозволяє систематизувати нормативне поле та виявити ступінь його узгодженості із задекларованими стратегічними цілями державної політики, зокрема у сфері підготовки керівних кадрів.

Важливим наднаціональним джерелом державного управління у сфері охорони здоров'я, включно з кадровим виміром, стала Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, підписана 27 червня 2014 року у Брюсселі та ратифікована 16 вересня 2014 року одночасно Верховною Радою України та Європейським парламентом [107]. Цей документ є першим комплексним правовим актом, що закріпив політичну асоціацію України з ЄС і визначив стратегічний вектор внутрішніх реформ у ключових сферах суспільного розвитку, зокрема в охороні здоров'я

Положення Угоди про асоціацію передбачають поглиблення співробітництва у сфері охорони здоров'я з метою підвищення рівня безпеки, якості та доступності медичних послуг, а також захисту здоров'я людини як однієї з базових передумов сталого розвитку та економічного зростання. У цьому контексті охорона здоров'я розглядається не лише як соціальна сфера, а як стратегічний ресурс держави, ефективність використання якого значною мірою залежить від якості управлінських рішень та професійної

спроможності керівних кадрів.

Власне, реалізація євроінтеграційних зобов'язань України у сфері охорони здоров'я об'єктивно підвищує вимоги до управлінського корпусу галузі. Йдеться не лише про володіння сучасними методами менеджменту, а й про здатність керівників працювати в умовах нормативної динаміки, міжсекторальної взаємодії, впровадження європейських стандартів якості та підзвітності [108]. З огляду на це, продовження трансформаційних процесів у системі охорони здоров'я без належного кадрового забезпечення управлінського рівня видається проблематичним, а в окремих сегментах ризикованим з точки зору досягнення задекларованих результатів.

На нашу думку, саме нестача системно підготовлених керівних кадрів є одним із ключових чинників, що гальмують ефективну реалізацію реформ у сфері охорони здоров'я. Це підкреслює важливість ретельного аналізу нормативно-правових і організаційних засад формування публічної політики щодо підготовки управлінців для системи охорони здоров'я в Україні. Особливу увагу слід приділяти узгодженості загальнодержавної кадрової політики з галузевими та відомчими регуляторами, а також відповідності чинних нормативно-правових актів реальним управлінським потребам медичної системи.

Відповідно, виникає необхідність комплексного аналізу сучасного стану нормативно-правового регулювання формування публічної політики у сфері підготовки керівних кадрів, оцінки ефективності чинної галузевої кадрової політики та визначення напрямів її вдосконалення. Такий аналіз має включати не лише формальну характеристику нормативних актів, а й виявлення їхніх обмежень, прогалин і потенційних суперечностей, що впливають на якість управлінської підготовки в охороні здоров'я, зокрема у специфічних сегментах, пов'язаних із забезпеченням національної безпеки.

З теоретико-методологічної точки зору нормативно-правове регулювання доцільно розглядати як процес цілеспрямованого впливу

держави на суспільні відносини за допомогою системи юридичних засобів і методів, спрямованих на їх упорядкування та стабілізацію. Як зазначають Р. Тополевський та Н. Федіна, нормативно-правове регулювання реалізується через нормативно-правові акти, розраховані на багаторазове застосування за наявності передбачених ними умов, що забезпечує передбачуваність та сталість правового середовища [109].

Водночас у сфері підготовки керівних кадрів для системи охорони здоров'я, особливо в умовах глибоких трансформацій та євроінтеграційного курсу, нормативно-правове регулювання не може обмежуватися лише стабілізуючою функцією. Воно має виконувати також розвиткову роль, створюючи правові передумови для формування сучасної управлінської культури, оновлення освітніх моделей та адаптації системи підготовки керівників до складних і динамічних умов функціонування галузі.

Ефективність державного регулювання у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від структурованості та ієрархічної впорядкованості нормативно-правової бази. Застосування ієрархічного підходу до аналізу законодавства дозволяє систематизувати нормативні акти за рівнем їх правової сили, оцінити ступінь їх узгодженості між собою, а також спроможність забезпечити комплексне регулювання суспільних відносин у сфері підготовки та діяльності керівних кадрів системи охорони здоров'я.

Як зазначає І. Демченко, законодавча база у сфері охорони здоров'я України за критерієм ієрархії складається з п'яти взаємопов'язаних рівнів нормативних документів, кожен з яких виконує власну регуляторну функцію та формує загальну архітектуру правового забезпечення галузі [110].

На найвищому рівні цієї ієрархії перебуває Конституція України, яка закріплює фундаментальні соціальні права громадян, зокрема право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49). Конституційні норми не лише визначають загальний вектор державної політики у сфері охорони здоров'я, а й виступають базисом для формування

кадрової політики, оскільки покладають на державу обов'язок забезпечити ефективне функціонування системи охорони здоров'я через належне управління та організацію [111].

Другий рівень нормативного регулювання утворюють галузеві кодекси, зокрема Цивільний кодекс України, Кримінальний кодекс України, Кодекс України про адміністративні правопорушення та Кодекс законів про працю України. Ці акти містять загальні правові норми, що застосовуються у медичній сфері, зокрема щодо відповідальності медичних працівників, трудових відносин, захисту прав пацієнтів та регулювання договірних відносин у сфері медичних послуг. Водночас їх опосередкований характер обмежує можливості деталізованого регулювання підготовки керівних кадрів, залишаючи значний простір для галузевих і спеціальних нормативних актів.

Основне місце в системі законодавства про охорону здоров'я посідає Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [112], який виконує роль базового спеціального акта та визначає організаційні, правові й економічні засади функціонування галузі.

Саме в Основах закладено принципи державної політики у сфері охорони здоров'я, визначено повноваження органів державної влади та окреслено загальні вимоги до діяльності закладів охорони здоров'я. Проте аналіз змісту цього закону свідчить, що питання підготовки керівних кадрів висвітлюються переважно фрагментарно і не формують цілісної моделі управлінської підготовки, адаптованої до сучасних викликів, зокрема у сфері військової медицини.

Наступний рівень ієрархії становлять спеціальні закони, що регулюють окремі напрями медичної діяльності (у сфері донорства, психіатричної допомоги, протидії інфекційним захворюванням тощо). Ці нормативні акти деталізують окремі аспекти функціонування системи охорони здоров'я та встановлюють специфічні вимоги до організації медичної допомоги.

Водночас вони практично не містять положень, спрямованих на розвиток управлінських компетентностей керівного складу, що свідчить про вторинність кадрової проблематики у спеціальному законодавстві. До цієї групи належать, зокрема, закони України: «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» [113], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [114], «Про психіатричну допомогу» [115], «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» [116], «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [117], «Про екстрену медичну допомогу» [118] тощо.

Детальне вивчення змісту зазначених актів свідчить про їх виразну функціонально-процедурну спрямованість. Вони встановлюють жорсткі алгоритми медичних маніпуляцій, етичні стандарти втручання, правові гарантії для пацієнтів та вимоги до санітарно-епідемічного благополуччя. Проте в контексті державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини ці закони демонструють суттєву обмеженість. Проблема формування управлінського потенціалу в них представлена фрагментарно або повністю ігнорується, що дозволяє зробити висновок про вторинність кадрового менеджменту у спеціальному законодавчому полі.

Так, Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [118], який за своєю логікою є найбільш наближеним до специфіки військово-медичного управління, детально визначає структуру системи та обов'язки бригад, але не містить положень щодо стратегічної підготовки менеджерів, здатних керувати центрами екстреної допомоги як складними логістичними вузлами в умовах масових санітарних втрат. Аналогічна ситуація спостерігається у Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [117]: попри його критичну важливість для відновлення поранених військовослужбовців, документ фокусується на функціонуванні мультидисциплінарних команд, залишаючи поза увагою механізми підготовки лідерів, спроможних інтегрувати ці команди в загальну систему військового управління.

У сфері протидії інфекційним захворюванням та забезпечення громадського здоров'я (зокрема у новому Законі «Про систему громадського здоров'я») [119], акцент зміщено на операційні процедури епідемічного нагляду. Питання того, як державне регулювання має стимулювати розвиток специфічних управлінських компетентностей у керівників відповідних служб для роботи в умовах біологічних загроз чи гібридних викликів, залишається в зоні так званого «нормативного вакууму».

Таким чином, спеціальне законодавство України у сфері охорони здоров'я фактично фіксує лише кінцеві вимоги до медичної послуги або процесу, але не розглядає управлінський капітал як самостійний об'єкт державного регулювання. Для військової медицини така прогалина є особливо ризикованою, оскільки в умовах євроатлантичної інтеграції виникає потреба не просто в медичних фахівцях, а в операційних лідерах, чия підготовка повинна мати чітке законодавче підґрунтя, інтегроване в систему національної безпеки.

Це підтверджує необхідність розробки комплексного підходу до професіоналізації військово-медичних кадрів, який би заповнив існуючий розрив між технологічними вимогами спеціальних законів та реальними потребами військового управління в компетентних керівниках.

Значний масив нормативного регулювання зосереджений на рівні актів центральних і місцевих органів виконавчої влади, зокрема указів і розпоряджень Президента України, постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України та інших органів державної влади. Саме на цьому рівні здійснюється конкретизація законодавчих норм, визначаються організаційні механізми реалізації державної політики, а також регламентуються питання підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я. Разом із тим, надмірна кількість підзаконних актів та їх часті зміни створюють ризик нормативної нестабільності та ускладнюють формування

послідовної системи управлінської підготовки.

Узагальнюючи зазначене, можна стверджувати, що сучасна система законодавства України у сфері охорони здоров'я охоплює широкий спектр нормативно-правових актів, які так чи інакше регулюють питання підготовки керівних кадрів галузі. Як зазначає О. Терзі, до таких актів належать ратифіковані Україною міжнародно-правові документи, конституційне законодавство, загальне законодавство про охорону здоров'я населення та галузеві нормативні акти, що регулюють окремі види медичної діяльності [120].

Водночас аналіз ієрархічної структури законодавства дозволяє зробити висновок, що нормативно-правове регулювання підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я має переважно розпорошений характер і не сформоване як самостійний, цілісний напрям державної політики. Особливо виразно ця проблема проявляється у сфері військової медицини, де поєднання цивільних і військових регуляторів ускладнює узгодження норм різних рівнів та знижує ефективність управлінської підготовки. Це актуалізує потребу у подальшому науковому обґрунтуванні та систематизації нормативно-правового забезпечення з урахуванням специфіки подвійного регулятивного поля.

Для визначення стратегічних пріоритетів і ключових напрямів розвитку медичного забезпечення Збройні Сили України, інших військових формувань, створених відповідно до законів України, правоохоронних і розвідувальних органів та органів спеціального призначення з правоохоронними функціями в умовах особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій, у 2018 році затвердив Кабінет Міністрів України Воєнно-медичну доктрину України [121]. Ухвалення цього документа слід розглядати як інституційно значущий крок у формуванні цілісної державної політики у сфері військової медицини, що поєднує безпековий, медичний та управлінський виміри.

Воєнно-медична доктрина України визначає структурну модель військової медицини держави, яка охоплює медичні служби Збройних Сил України, Міністерства внутрішніх справ, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України та інших складових сектору безпеки і оборони. Такий міжвідомчий характер Доктрини свідчить про усвідомлення державою необхідності інтегрованого підходу до медичного забезпечення військових формувань, що виходить за межі суто відомчого регулювання.

Концептуально важливим положенням Доктрини є введення поняття «єдиний медичний простір», який розглядається як система організації медичної допомоги, що об'єднує всі медичні ресурси держави на основі спільного управління та визначених механізмів фінансування. Метою створення такого простору є забезпечення доступності, якості та ефективності всіх видів медичної допомоги для громадян України, включаючи військовослужбовців. На нашу думку, це положення відображає спробу подолати традиційне розмежування між цивільною та військовою медициною шляхом функціональної інтеграції при збереженні організаційної автономії відповідних систем.

Створення і функціонування єдиного медичного простору передбачає інтеграцію системи медичного забезпечення військ у загальнодержавну систему охорони здоров'я з метою поєднання ресурсів, спроможностей і потенціалу медичних служб та цивільних закладів охорони здоров'я. Водночас збереження організаційної самостійності військових медичних структур свідчить про визнання специфіки їх діяльності, зумовленої особливими умовами виконання завдань у сфері національної безпеки та оборони.

У Розділі 2 Воєнно-медичної доктрини України, присвяченому організаційним засадам системи охорони здоров'я військовослужбовців,

ключову роль відіграє поняття військово-медичного чинника. Він визначається як основа єдності поглядів на організацію, тактику та порядок застосування сил і засобів медичних служб і системи охорони здоров'я цивільного населення в мирний час, в умовах особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій. Зазначене положення підкреслює необхідність узгодженості управлінських рішень і стандартів медичної допомоги незалежно від режиму функціонування держави [121].

Доктрина закріплює низку базових принципів організації медичного забезпечення військ, серед яких провідне місце посідає загальна відповідальність командирів (начальників) за збереження життя і здоров'я військовослужбовців. Такий підхід формує особливу управлінську відповідальність, що виходить за межі суто медичної діяльності та інтегрує медичне забезпечення у систему військового управління. Важливими також є профілактична спрямованість діяльності системи охорони здоров'я військовослужбовців, єдині підходи до профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, а також забезпечення наступності й своєчасності надання медичної допомоги.

Окрему увагу в Доктрині приділено стандартизації лікувально-профілактичних заходів на основі медичних стандартів, клінічних протоколів і військово-медичних стандартів, що має на меті досягнення максимально можливих результатів лікування і реабілітації поранених та хворих. Ешелонування медичної допомоги, її наближення до місць ураження, оптимізація етапів лікувально-евакуаційного процесу та постійна готовність сил і засобів медичних служб до дій в умовах бойових дій свідчать про високі вимоги до організаційної та управлінської спроможності системи військової медицини [121].

Управління системою медичного забезпечення військ, відповідно до Доктрини, здійснюється в межах єдиної системи управління військами, що передбачає безпосереднє підпорядкування начальників медичних служб

командирам (начальникам) на всіх рівнях військового управління. Така модель управління об'єктивно ускладнює діяльність керівних кадрів військової медицини, оскільки вимагає поєднання професійно-медичних, управлінських і військово-командних компетентностей.

Розділ 4 Воєнно-медичної доктрини України, присвячений підготовці військово-медичних кадрів, визначає, що підготовка та післядипломна освіта фахівців для потреб медичних служб здійснюються в Українській військово-медичній академії за єдиним державним замовленням, а також на кафедрах військової підготовки у закладах вищої медичної освіти. Водночас Доктрина фактично не деталізує механізми формування управлінських компетентностей керівних кадрів військової медицини, залишаючи цю складову поза межами чіткого нормативного регулювання.

Таким чином, Воєнно-медична доктрина України виступає базовим стратегічним документом, що визначає організаційні та функціональні засади системи військової медицини, а також формує основу для розвитку нормативно-правової бази медичного забезпечення військ [121]. Разом із тим, її положення вказують на наявність об'єктивної потреби в модернізації підходів до підготовки керівних кадрів військової медицини з урахуванням інтеграції цивільних і військових механізмів управління, що безпосередньо підтверджує актуальність концепції подвійного регулятивного поля державного регулювання у цій сфері.

Основним нормативним документом, який визначає організацію та функціонування Збройних Сил України, є Закон України «Про Збройні Сили України», ухвалений 6 грудня 1991 року [122]. Закон встановлює правові основи, структуру, функції, керівництво, дислокацію та управління Збройними Силами, а також окремо виділяє Медичні сили як самостійний вид військ. Цей факт підкреслює особливу роль медичних формувань у забезпеченні боєздатності та безпеки персоналу, що є ключовим аспектом сучасної оборонної політики.

У контексті системної трансформації оборонного сектору визначальну роль відіграє Стратегічний оборонний бюлетень України, затверджений Указом Президента України від 17 вересня 2021 року № 473/2021. Цей стратегічний документ визначає перспективну модель Збройних Сил України та закладає основи для впровадження нових підходів до професіоналізації кадрового складу. Згідно з положеннями Бюлетеня, одним із пріоритетних напрямів реформування є перехід на сучасні стандарти країн-членів НАТО та ЄС у системі підготовки військових кадрів, що має на меті забезпечення повної оперативної сумісності [123].

Особливий акцент у документі зроблено на ефективному використанні людського капіталу та розвитку лідерського потенціалу офіцерського складу. Це передбачає не просто отримання технічних навичок, а формування стратегічного мислення та управлінської культури, що базується на цінностях Альянсу. Такий підхід забезпечує інтеграцію бойового досвіду, здобутого під час захисту територіальної цілісності держави, у системну методологію підготовки керівних кадрів. Відповідно, реалізація визначених у Бюлетені цілей формує надійний фундамент для подальшої модернізації військово-медичного управління та розробки довгострокових державних програм розвитку кадрового потенціалу Сил оборони.

Для координації та оцінки процесу оборонної реформи було створено Комітет реформ Міністерства оборони та Збройних Сил України під керівництвом Міністра оборони [124]. Це демонструє прагнення держави забезпечити системність реформ і контроль за їхнім виконанням, що є критично важливим у період трансформації військової системи.

Реформа управління Збройними Силами передбачає впровадження сучасної моделі розподілу повноважень, функцій та відповідальності на стратегічному та оперативному рівнях, орієнтованої на стандарти НАТО. Такий підхід передбачає розмежування завдань формування і підготовки сил від їх безпосереднього застосування, що створює умови для більшої

автономії командирів і підвищує ефективність прийняття управлінських рішень. Водночас організаційна трансформація дозволяє удосконалювати військове керівництво, підвищуючи прозорість і логічність системи управління [125].

Важливим компонентом реформи є також модернізація системи військової освіти та кадрового управління. Планується впровадження методик підготовки кадрів за стандартами НАТО, раціоналізація розподілу категорій особового складу, формування ефективних механізмів управління кар'єрою та оптимізація розміщення військовослужбовців на посади. Такий комплексний підхід дозволяє підвищити професіоналізм армії, забезпечити її мобільність та адаптивність до сучасних загроз, а також створити стійку кадрову основу для майбутніх поколінь офіцерів і сержантів [126].

У цілому, державна політика у сфері реформування Збройних Сил демонструє системний, багаторівневий підхід, який поєднує законодавче забезпечення, стратегічне планування та кадрове оновлення, створюючи передумови для ефективного функціонування сучасної армії у відповідності до міжнародних стандартів.

Наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 12 березня 2020 року №100, було ухвалено «Стратегію розвитку Медичних сил Збройних Сил України до 2035 року», яка визначає місце та роль Медичних сил у системі оборони держави, їх основні цілі, завдання та перспективні етапи розвитку до 2035 року. Важливим аспектом стратегії є запровадження стандартів НАТО у функціонуванні Медичних сил, забезпечення їх ресурсами та матеріально-технічною базою, а також визначення пріоритетів підготовки медичного персоналу. Науково-аналітичний підхід до планування розвитку Медичних сил передбачає також ідентифікацію потенційних ризиків, пов'язаних із реалізацією стратегії, що забезпечує превентивний механізм корекції процесів і підвищення ефективності оборонного медичного забезпечення. Такий комплексний підхід демонструє, що формування

сучасної системи медичного забезпечення в ЗС України не обмежується лише нормативним регулюванням, а включає стратегічне прогнозування та інтеграцію міжнародних стандартів [127].

Наказом № 637 Міністерства оборони України від 27 жовтня 2023 року «Про затвердження Концепції військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України на період до 2028 року» визначені сучасні засади військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України на середньострокову перспективу [128].

Цей документ формує концептуальну основу кадрової політики, орієнтованої на забезпечення оперативних і стратегічних потреб Збройних Сил, а також вдосконалення нормативно-правового, організаційного, наукового та освітнього середовища управління персоналом. Концепція визначає сучасні принципи управління військовими кадрами, акцентуючи увагу на створенні умов для гарантованого комплектування ЗС України підготовленим і мотивованим персоналом, здатним виконувати завдання за призначенням.

Ключовими поняттями, на яких базується Концепція, є: військова освіта, кадрове забезпечення, кадрова робота, кадровий потенціал, кадровий резерв та кадрові ресурси. Таке системне визначення термінології дозволяє створити спільне розуміння механізмів кадрового управління та забезпечити наукову узгодженість підходів до формування людського капіталу у військовій сфері.

В рамках проєкту «Управління людськими ресурсами», як реалізаційної складової Концепції до 2025 року, здійснено комплекс заходів щодо вдосконалення систем комплектування ЗС України, управління військовою кар'єрою, військової освіти та професійної підготовки персоналу, а також соціального та гуманітарного забезпечення військовослужбовців і членів їхніх сімей. Особливо значущим є створення військового резерву та накопичення мобілізаційного ресурсу, що відповідає Стратегічній цілі №2

Стратегічного оборонного бюлетеня України. Це дозволяє говорити про інтеграцію кадрової та мобілізаційної політики як ключового чинника підвищення оперативної готовності та стійкості ЗС України [128].

Постанова КМ України від 11 травня 2017 р. № 412 «Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил безпеки і оборони, органів і закладів охорони здоров'я» [129] встановлює тимчасовий консультативно-дорадчий орган, який координує діяльність медичних служб сил оборони та правоохоронних структур. Основним завданням центру є забезпечення ефективної домедичної та медичної допомоги військовослужбовцям і цивільному населенню в умовах виконання оборонних завдань. Вважаємо, що створення такого координаційного центру можна розглядати як прояв комплексного управління медичними ресурсами у військовій системі, що відповідає сучасним підходам до інтеграції військових та цивільних служб охорони здоров'я у кризових ситуаціях.

Координаційний центр є тимчасовим консультативно-дорадчим органом Кабінету Міністрів України, з метою забезпечення ефективної координації діяльності медичних служб сил безпеки та оборони, інших військових формувань, утворених відповідно до законів України, а також правоохоронних і розвідувальних органів. Центр спрямований на організацію надання домедичної та медичної допомоги як військовослужбовцям сил оборони, так і цивільному населенню, а також на підтримку виконання завдань, визначених стратегічною ціллю №4 Стратегічного оборонного бюлетеня України. Фактично, його діяльність забезпечує інтеграцію медичного та оборонного потенціалу держави, створюючи систему превентивного та оперативного реагування на кризові ситуації, що відповідає сучасним принципам комплексного управління ресурсами у сфері національної безпеки.

Наказом Міністерства освіти і науки України від 24 травня 2019 року № 424 був затверджений стандарт вищої освіти за спеціальністю 253

«Військове управління» (за видами Збройних Сил) у галузі знань 25 «Воєнні науки, національна безпека, безпека державного кордону» [130]. Цей стандарт визначає системні вимоги до освітніх програм і підготовки фахівців у сфері військового управління, встановлюючи єдині критерії для здобувачів вищої освіти та забезпечуючи високий рівень професійної підготовки управлінських кадрів.

Особливо важливо, що стандарт передбачає підготовку військових медиків як офіцерів оперативно-тактичного рівня, які здобувають ступінь магістра (сьомий кваліфікаційний рівень Національної рамки кваліфікацій). Це забезпечує їм компетентність для здійснення управлінської діяльності у закладах військової медицини для будь-яких видів та родів Збройних Сил України. Науково це можна трактувати як інтеграцію професійних медичних компетенцій із управлінськими навичками, що відповідає сучасним концепціям мультидисциплінарної підготовки кадрів оборонного сектору.

Предметна область стандарту поділяється на три складові:

- *міжвзаємодія між начальниками та підлеглими*, а також між однорідними підрозділами, що охоплює як малогрупові (військовий підрозділ), так і більші колективи (військова частина);
- *функціонування та бойове використання озброєння і військової техніки*, включно з оптимальним використанням матеріальних ресурсів у військовій медицині;
- *створення та інтерпретація знакових систем*, що включає схеми, цифри, умовні позначки, формули, коди та таблиці, необхідні для управлінської та бойової діяльності.

Відповідно до стандарту, пропорції навчальних компонентів формуються залежно від рівня підготовки: на оперативному рівні – 60% міжвзаємодії, 10% функціонування озброєння, 30% знакових систем; на тактичному рівні – 20% міжвзаємодії, 50% технічних аспектів, 30% знакових систем. Така структуризація навчального процесу демонструє науково

обґрунтований підхід до формування компетентностей офіцера, де акцент робиться на оптимальне поєднання соціальних, технічних і аналітичних навичок.

Офіцери оперативно-тактичного рівня несуть особисту та професійну відповідальність за управління підрозділом. Теоретичний блок їхньої підготовки охоплює концепції, принципи та методи управління військовими підрозділами в повсякденній діяльності та під час бойових операцій, включно з медичним забезпеченням. Вони опановують методи військової кібернетики, системного аналізу та дослідження операцій, що дозволяє ефективно планувати, прогнозувати та оптимізувати управлінські рішення у сфері військової медицини. Практична підготовка включає управління матеріальними ресурсами підрозділу та застосування технологій стандартизованої організації медичних процесів.

З точки зору освітньої і професійної кваліфікації, офіцери отримують право на подальше навчання у програмах підготовки докторів філософії (восьмий кваліфікаційний рівень Національної рамки кваліфікацій), що відкриває можливості для формування стратегічних управлінських компетенцій. Це демонструє, що сучасна військова освіта інтегрує оперативно-тактичну підготовку з можливістю подальшого стратегічного розвитку кадрів, що є необхідним для забезпечення стійкості ЗС України у довгостроковій перспективі [131].

Кваліфікаційні вимоги до керівників у системі військової медицини визначені у Довіднику кваліфікаційних характеристик професійних працівників (видання 78 «Охорона здоров'я») [132], де окреслені основні обов'язки, обсяг знань та компетенцій, необхідних для управління медичними закладами. Це дозволяє поєднати професійну медичну експертизу з управлінськими функціями, забезпечуючи науково обґрунтовану систему кадрового управління в сфері військової медицини.

Затверджений стандарт вищої освіти є прикладом системного,

компетентнісного та стратегічно орієнтованого підходу до формування військово-медичних кадрів. Він поєднує теоретичну підготовку, практичну компетентність та можливості подальшого стратегічного розвитку офіцерів, що відповідає сучасним міжнародним стандартам підготовки кадрів оборонного сектору та інтеграції у систему стандартів НАТО.

Слід підкреслити, що зазначені кваліфікаційні вимоги визначають не лише необхідний рівень професійної підготовки, а й досвід роботи, який потрібен для виконання обов'язків на різних посадах у сфері військової медицини. Вони формують основу системного підходу до кадрової підготовки, що передбачає інтеграцію управлінських компетенцій з медичною експертизою, забезпечуючи високий рівень готовності керівних кадрів до виконання складних управлінських завдань у військовій сфері.

Одним із основних концептуальних напрямів реформування системи охорони здоров'я є підготовка менеджерів охорони здоров'я шляхом здобуття другої вищої освіти, що дозволяє поєднувати професійну медичну компетентність з управлінськими навичками. Такий підхід сприяє удосконаленню кадрової політики та формуванню професійного кадрового резерву, здатного до адаптації у швидкозмінних умовах державної та військової систем охорони здоров'я. Це можна розглядати як реалізацію принципу компетентнісного підходу до управлінської підготовки, коли знання, уміння та навички інтегруються у практичну діяльність керівника медичного закладу [133].

Утім, практичне впровадження зазначених концептуальних засад та компетентнісного підходу потребує міцного нормативного фундаменту, який би не лише декларував наміри, а й створював юридично зобов'язуючі механізми підготовки фахівців. Системний розгляд правового поля підготовки керівних кадрів дозволяє виявити багаторівневу структуру регулювання: від стратегічних цілей національної безпеки та міжнародних зобов'язань щодо оперативної сумісності до конкретних вимог освітньо-

професійних програм [134]. Така ієрархічна впорядкованість забезпечує конвергенцію між вимогами цивільного сектору охорони здоров'я та специфічними потребами сил оборони. Для цілісного осмислення цієї структури та розуміння ролі кожного акта у процесі формування професійного профілю військово-медичного лідера, доцільно здійснити класифікацію основних нормативно-правових документів за їхньою юридичною силою та функціональним призначенням (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Класифікація нормативно-правового забезпечення підготовки керівних
кадрів військової медицини

Рівень документа	Нормативно-правовий акт	Значення для підготовки керівних кадрів
Міжнародні документи	Стандарти НАТО (STANAG), доктрини серії AJP (зокрема AJP-4.10)	Визначають вимоги до оперативної сумісності та впровадження моделі управління <i>Medical Command and Control (C2)</i> .
Закони України та Укази Президента	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	Базовий акт, що визначає право на професійну діяльність та вимоги до безперервного розвитку медиків.
	Закон України «Про національну безпеку України»	Встановлює стратегічний курс на євроатлантичну інтеграцію та ефективність управління сектором оборони.
	Указ Президента України № 473/2021 (Стратегічний оборонний бюлетень)	Визначає розвиток людського капіталу та професійної військової освіти (РМЕ) як пріоритет.
Підзаконні акти (Постанови КМУ)	Постанова КМУ від 11.05.2017 № 412	Створення Координаційного центру для міжвідомчої взаємодії медичних служб.
	Продовження таблиці 2.3	
	Постанова КМУ від 09.07.2024 № 808	Оновлення функцій координації в умовах повномасштабної збройної агресії.
Акти галузевого рівня (Накази МОН, МОЗ, МОУ)	Наказ МОН України від 24.05.2019 № 424	Затвердження Стандарту вищої освіти за спеціальністю 253 «Військове управління».
	Наказ МОЗ України № 1977	Вимоги до кваліфікації керівників (необхідність магістерської освіти з управління).
	Військова публікація ВП 4-	Адаптація стандартів НАТО до

	00(10).01 (Доктрина медичного забезпечення ЗСУ)	практичної діяльності керівників медичної служби.
--	---	---

Джерело: складено автором

Державне регулювання підготовки керівних кадрів вимагає постійного оновлення та удосконалення нормативно-правової бази, що передбачає внесення змін і доповнень до чинних актів та скасування застарілих положень. Такий процес є системним і багаторівневим, оскільки він вимагає не лише технічного внесення змін, а й науково обґрунтованого аналізу їхньої ефективності та відповідності сучасним потребам держави. Особливого значення це набуває в умовах динамічної трансформації безпекового середовища, де нормативне забезпечення має виступати гнучким механізмом адаптації управлінського потенціалу до нових операційних вимог.

Важливим кроком у цьому напрямі є реалізація положень Постанови Кабінету Міністрів України № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» (у редакції від 06.01.2026) [135]. Цей нормативний акт закладає підґрунтя для інституційної розбудови медичної галузі, визначаючи пріоритети модернізації управлінських процесів та оптимізації мережі закладів охорони здоров'я. Відповідно до оновлених норм Постанови, державне регулювання спрямовується на створення інтегрованого освітньо-професійного простору, що дозволяє гармонізувати стандарти підготовки цивільних та військових менеджерів медицини.

Постійна робота над удосконаленням зазначеної нормативної бази, як це передбачено актуальними змінами у документі, забезпечує стабільність та передбачуваність розвитку кадрової політики. Це критично важливо для безперервності функціонування галузі, оскільки дозволяє впроваджувати уніфіковані кваліфікаційні вимоги до керівного складу, базуючись на принципах професійної компетентності та здатності до прийняття стратегічних рішень в умовах невизначеності.

Законодавче забезпечення реформи охорони здоров'я та підготовки керівних кадрів є складним і тривалим процесом, що потребує чіткої координації дій між органами державної влади та місцевого самоврядування. Це включає як розробку нових нормативно-правових актів, так і адаптацію наявних до сучасних викликів, пов'язаних із необхідністю інтеграції медичної та управлінської компетентності в умовах кризових ситуацій. І. Салата та В. Горачук наголошують, що ефективність функціонування системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від якості нормативного регулювання підготовки фахівців, зданих до стратегічного менеджменту. Автори обґрунтовують, що без консолідації зусиль центральних і регіональних органів управління реалізація кадрових реформ втрачає системність, що актуалізує потребу у створенні єдиного організаційно-правового простору для розвитку професійних компетенцій керівного складу [136]. Таким чином, міжвідомчий та міжрівневий підхід до управління персоналом виступає не лише умовою стабільності галузі, а й ключовим чинником успішної адаптації освітніх стандартів до реальних потреб практичної охорони здоров'я.

Отже, впровадження законодавчого регулювання реформування системи охорони здоров'я у частині підготовки керівних кадрів є комплексним і тривалим процесом, що потребує постійного удосконалення та адаптації. Його успішна реалізація неможлива без чіткої координації та ефективної взаємодії центральних та місцевих органів державної влади, залучених до розробки та прийняття нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Проаналізувавши сучасний стан нормативно-правового забезпечення, підготовки керівних кадрів у вітчизняній військовій медицині, можна констатувати, що попри наявність розгалуженої бази, система підготовки керівних кадрів у цій сфері наразі перебуває у стані концептуальної невизначеності. Основним деструктивним чинником, який суттєво знижує

ефективність державного регулювання у сфері військової медицини, є феномен «компетенційної дифузії». Під цим терміном запропоновано розуміти специфічний стан правової та інституційної невизначеності, за якого відбувається розмиття меж відповідальності, деструктивне дублювання функцій або виникнення регуляторних прогалин між цивільними суб'єктами управління, представленими Міністерством охорони здоров'я та Міністерством освіти і науки України, та військовими структурами в особі Міністерства оборони України. Сутнісна характеристика виявленої компетенційної дифузії насамперед проявляється у глибокій суперечності цільових настанов регуляторів, оскільки цивільні органи орієнтовані на підготовку менеджера охорони здоров'я широкого профілю відповідно до стандарту «Публічне управління та адміністрування», водночас оборонне відомство потребує офіцера-лідера з вузькоспеціалізованими навичками управління медичним забезпеченням в екстремальних умовах бойових дій. Така дифузія унеможливорює чітке визначення пріоритетного сегмента компетенцій під час розроблення та ліцензування освітніх програм, що супроводжується розмитістю стандартів оцінювання результатів навчання. Через відсутність уніфікованого професійного стандарту офіцера-управлінця медичної служби критерії успішності підготовки зміщуються від функціональної спроможності до формальної відповідності освітнім рівням, що створює ризики призначення на керівні посади осіб, які є академічно підготовленими, проте практично неспроможними діяти у специфічному воєнному середовищі. Поглиблення інституційного дублювання призводить до ситуації «відповідальності без повноважень», коли за якість кадрового складу формально відповідають обидва відомства, проте жодне з них не володіє повним циклом інструментів впливу: від формування державного замовлення до моніторингу професійного зростання. Наслідком такої деструктивної взаємодії стає зниження якості кадрового резерву через невідповідність освітнього рівня реальним безпековим викликам та

уповільнення процесів євроатлантичної інтеграції, адже стандарти НАТО потребують прозорої вертикалі відповідальності за розвиток лідерства, яка наразі нівелюється дифузними процесами. Таким чином, концептуалізація поняття «компетенційна дифузія» дозволяє ідентифікувати критичні точки напруження у подвійному регулятивному полі та науково обґрунтувати нагальну необхідність створення єдиного інтегрованого професійного стандарту, який би забезпечив жорстку синхронізацію вимог цивільних і військових регуляторів та чітке розмежування їхніх зон відповідальності.

Отже, можна зробити висновок, що без впровадження чіткого правового розмежування та розробки спеціалізованих професійних стандартів саме для керівного складу військової медицини, вітчизняна система охорони здоров'я ризикує залишитися з корпусом управлінців, які мають теоретичну базу, але не володіють специфічним інструментарієм для прийняття рішень у кризових мілітарних умовах. Сучасне регулювання потребує негайного переходу від загальних декларацій до створення ієрархічно вибудованого, але спеціалізованого механізму підготовки кадрів, що базуватиметься на принципах «подвійної логіки» - поєднанні високих стандартів медичного менеджменту та суворих вимог військових нормативних документів.

2.3. Досвід країн-членів НАТО та ЄС щодо підготовки управлінського персоналу військової медицини та можливості його адаптації в Україні

Сучасний етап трансформації національної системи військової освіти в Україні є не просто технічною адаптацією до нових умов, а системним процесом, що безпосередньо детермінований стратегічним вектором держави на набуття повноправного членства в Організації Північноатлантичного договору. Законодавче закріплення цього курсу у змінах до Основного Закону та профільних законах України [137] створило імперативну вимогу

щодо гармонізації військово-управлінських стандартів із принципами Альянсу.

У цьому контексті реформування підготовки керівних кадрів військової медицини постає як критично важливий складник загальної оборонної реформи, оскільки ефективність медичного забезпечення в сучасних військових операціях прямо залежить від якості стратегічного та оперативного управління [138].

Реалізація зазначеного курсу на практичному рівні деталізована у низці стратегічних документів, серед яких ключове місце посідає Указ Президента України № 89/2018 «Про затвердження Річної національної програми під егідою Комісії Україна – НАТО» [139].

Аналіз цього документа дозволяє стверджувати, що державна політика спрямована на досягнення повної взаємосумісності сектору безпеки і оборони України з відповідними структурами держав-членів НАТО. Для військово-медичної галузі це означає перехід до нових стандартів оперативного планування, де керівник медичної служби розглядається не лише як фахівець із лікувальної справи, а як суб'єкт прийняття управлінських рішень у системі J-структури (штабної структури НАТО). У Програмі акцентується увага на необхідності впровадження сучасних методик викладання та підготовки офіцерського складу, що володіє навичками критичного мислення та здатністю керувати ресурсами в умовах високої інтенсивності бойових дій.

Наукове обґрунтування трансформаційних процесів у системі військової освіти представлено у працях А. Литвина та І. Ковалю [140], які розглядають професійну підготовку офіцерського корпусу крізь призму євроатлантичних стандартів. Автори обґрунтовують тезу, згідно з якою адаптація освітнього процесу до вимог країн Альянсу потребує не косметичних змін, а докорінного перегляду структури та змісту освітньо-професійних програм. Основним аспектом професіоналізації офіцера в

сучасних безпекових умовах, на думку дослідників, є імплементація концепції Professional Military Education (PME). Ця концепція передбачає перехід від репродуктивного накопичення знань до формування цілісної лідерської ідентичності офіцера, здатного до критичного мислення та стратегічного бачення в умовах невизначеності. У контексті підготовки за спеціальністю 253 «Військове управління», управлінський персонал має опанувати уніфіковані процедури прийняття рішень, зокрема Military Decision Making Process (MDMP), що є базовим стандартом оперативної сумісності в арміях країн НАТО. Це дозволяє синхронізувати дії медичної служби із загальновійськовим замислом операції.

Таким чином, сучасний науковий дискурс підтверджує, що модель військово-медичного лідера нового типу має базуватися на його повній інтеграції в загальновійськову систему управління. Офіцер-управлінець повинен не лише володіти методологією стратегічного менеджменту, а й бути спроможним забезпечувати ефективну міжвідомчу та міжнародну взаємодію (Inter-agency and International cooperation). Це створює об'єктивне наукове підґрунтя для перегляду змісту підготовки, де інноваційний управлінський компонент має корелювати з традиційними адміністративно-виконавчими функціями, забезпечуючи суб'єктність медичного командування на всіх рівнях воєнного управління [141].

Важливим напрямом дослідження досвіду країн-членів НАТО та ЄС щодо підготовки управлінського персоналу військової медицини та можливості його адаптації в Україні, є аналіз фундаментальних стратегічних документів Альянсу, які визначають архітектуру безпеки на десятиліття вперед. Зокрема, концепція «NATO 2020: Assured Security; Dynamic Engagement» [142] закладає підвалини для трансформації збройних сил країн-членів та партнерів у напрямі підвищення їхньої мобільності та інтегрованості.

Для системи підготовки управлінців у військовій медицині цей

документ має засадниче значення, оскільки він проголошує оперативну сумісність (interoperability) не просто технічною категорією, а ментальною та процедурною готовністю керівного складу до дій у складі багатонаціональних контингентів. Оперативна сумісність у військовій медицині виходить далеко за межі технічної сумісності медичного обладнання чи логістичних ланцюгів. Йдеться, перш за все, про процедурну та когнітивну сумісність керівного складу. Це передбачає здатність офіцерів медичної служби різних країн-членів та партнерів планувати та ухвалювати рішення в межах єдиної інтелектуальної моделі. Фундаментом такої взаємодії є впровадження системи Medical Command and Control (Medical C2). Як впливає з аналізу стратегічних настанов, Medical C2 забезпечує вертикальну та горизонтальну інтеграцію медичної підтримки в загальновійськові операції, де медичний менеджер виступає архітектором системи збереження боєздатності військ, а не просто куратором лікувального процесу [143].

Основним регуляторним механізмом, що забезпечує реалізацію цих цілей, є політика NATO Education, Training, Exercise and Evaluation (ETEE) Policy (MC 0458/3) [144].

Документ фактично запроваджує глобальний стандарт якості підготовки військового лідера. Аналізуючи зміст політики ETEE, можна виокремити складний багаторівневий алгоритм формування управлінських компетенцій, який має стати моделлю для адаптації в Україні.

Education (освіта). Цей етап спрямований на розвиток стратегічного мислення та розуміння доктринальних основ НАТО. Для магістрів спеціальності 253 «Військове управління» це означає глибоке вивчення мережецентричних методів управління та принципів багатонаціонального планування.

Training (індивідуальна підготовка). Акцент зміщується на оволодіння конкретними інструментами Medical C2, такими як автоматизовані системи

управління медичною інформацією та протоколи медичної евакуації в умовах високої інтенсивності.

Exercise (колективна підготовка/навчання). На цьому рівні перевіряється здатність управлінця координувати розрізнені медичні ресурси в умовах стресу та невизначеності, що критично важливо для офіцерів оперативного рівня.

Evaluation (оцінювання). Запровадження жорстких критеріїв оцінки за методиками Альянсу дозволяє гарантувати, що управлінський персонал відповідає вимогам до сертифікованого спеціаліста НАТО [144].

Слід підкреслити, що політика NATO Education, Training, Exercise and Evaluation (ETEE) MC 0458/3 виступає фундаментальним регулятором, який детермінує радикальний перехід від традиційної моделі «освіти як процесу» до інноваційної парадигми «освіти як результату». У межах цієї концепції закладено систему управління якістю на основі спроможностей (Capability-Based Approach). Це означає, що кожен елемент підготовки, від лекційного заняття до стратегічного командно-штабного навчання, має бути чітко верифікований на предмет внеску у формування конкретної управлінської компетенції, визначеної стандартами НАТО. Для військового медика оперативного рівня це трансформується у вимогу володіння інструментарієм «Medical C2» не на теоретичному, а на інстинктивному рівні, що досягається через циклічне повторення етапів навчання та оцінювання [145].

Для вітчизняної системи військово-медичної освіти імплементація елементів ETEE є а безальтернативною запорукою остаточного подолання пострадянського ізоляціонізму та інерційності. Вважаємо, що провадження цієї політики дозволяє змінити акценти. По-перше, замість формального вивчення іноземних мов та статутів, запроваджується опанування процедур оперативної сумісності, що дозволяє українському медичному офіцеру бути повноправним суб'єктом прийняття рішень у межах багатонаціональних штабів. По-друге, акцент на етапі «Evaluation» (оцінювання) змушує

відмовитися від суб'єктивних методів перевірки знань на користь об'єктивних показників ефективності (KPI) управління медичними ресурсами. По-третє, це створює передумови для виходу на рівень реальної, а не декларативної сумісності з арміями провідних країн світу, де управлінський персонал військової медицини розглядається як інтелектуальне ядро сучасної високотехнологічної армії.

Таким чином, підготовка військово-медичного управлінця в країнах-членах Альянсу не є статичним актом здобуття знань, а базується на всеосяжній політиці «Education, Training, Exercise and Evaluation» (ETEE) [144]. Згідно з положеннями цієї політики, професійна компетентність офіцера формується через безперервний цикл, де теоретична база (Education) постійно підкріплюється практичним відпрацюванням навичок.

Особливу роль у цьому процесі відіграє Директива BI-SC 075-003 «Collective Training and Exercise Directive» [146], яка регламентує перехід від індивідуальної майстерності до колективної спроможності. Для управлінського персоналу медичної служби це означає передбачає участь у командно-штабних навчаннях, де відпрацьовується координація медичних активів у коаліційному середовищі. Згідно з цією директивою, колективне навчання розглядається як інструмент верифікації здатності керівника приймати рішення в умовах дефіциту часу та високої інтенсивності бойових дій.

Директива BI-Strategic Command Directive 075-002. Education and Training Directive NATO [147] встановлює жорсткі рамки для освітнього процесу, визначаючи, що навчання має бути цілеспрямованим (target-oriented) та відповідати актуальним оперативним планам Альянсу. Це створює систему, де зміст підготовки керівника медичної служби миттєво адаптується до нових військових викликів.

Як слушно зазначають вітчизняні дослідники, зокрема В. Рахманов [148], для України на сучасному етапі критично важливим є перехід від

застарілої статичної моделі «дипломної освіти» до динамічної системи професійної військової освіти (PME – Professional Military Education). Аналізуючи проблеми розвитку вищої військової освіти, дослідник підкреслює, що якість підготовки управлінця має вимірюватися не кількістю прослуханих годин, а набутими спроможностями, що відповідають кожному конкретному рівню військового управління. Ця думка знаходить своє продовження у праці В.Гридчини [149], яка акцентує увагу на тому, що імплементація стандартів НАТО у військову освіту України потребує не просто перекладу документів, а докорінної зміни філософії навчання: від «знаннєвої» до «компетентнісної» парадигми, де лідерські якості офіцера-медика є пріоритетом.

В умовах повномасштабного російського вторгнення 2022 року особливого значення набуває адаптація стратегій безпеки, що розглядаються у звітах провідних аналітичних центрів. У дослідженні К. Сендак та І. Тимченка «Відтепер і до НАТО: стратегія безпеки для України» [150] підкреслюється, що шлях до Альянсу лежить через інституційну трансформацію. Для військової медицини це означає створення моделі підготовки, яка б дозволяла офіцерам інтегрувати клінічну експертизу в загальний операційний контекст. Основою такої інтеграції є Директива Bi-SC 075-007 «Education and Individual Training» [151], яка встановлює стандарти саме для індивідуального навчання. Згідно з цією директивою, кожен медичний офіцер-управлінець повинен пройти індивідуальну підготовку, орієнтовану на виконання конкретних завдань.

Аналіз національних систем підготовки військово-медичних кадрів у провідних країнах Альянсу дозволяє виділити кілька еталонних моделей, серед яких найвищий ступінь інституціоналізації демонструє модель США. Вона базується на фундаментальній концепції «Continuity and Change» (Безперервність та зміни), яку обґрунтовує Г. Макмастер [152]. Особливість цього підходу полягає у визнанні того, що управлінська підготовка не може

бути статичною; вона повинна поєднувати незмінні принципи військового лідерства з динамічною адаптацією до технологічних та стратегічних змін у характері сучасних війн.

В американській моделі управлінська підготовка в системі Медичного департаменту армії США (AMEDD) розглядається не як дискретний набір освітніх заходів, а як інтегрована та безперервна частина операційного концепту армії [153]. Це передбачає, що розвиток офіцера-управлінця триває протягом усієї кар'єри (Lifelong Learning), де кожна нова посада вимагає проходження відповідного рівня професійної військової освіти. Керівник медичної служби в США проходить через розгалужену систему лідерських курсів в Академії лідерства AMEDD (AMEDD Center & School). Особлива увага тут приділяється не суто адміністративним функціям, а розвитку критичного мислення та здатності до прогнозування майбутніх викликів війни [152]. Згідно з доктринальними настановами США, медичний офіцер оперативного рівня повинен володіти компетенціями у сфері «Joint Operations» (спільних операцій), що дозволяє йому ефективно інтегрувати медичну підтримку в загальний замисел бою.

Науковий інтерес викликає структура освітніх програм, де управлінський компонент посилюється на кожному етапі. До прикладу, Basic Officer Leader Course (BOLC) передбачає формування базових навичок управління підрозділом у польових умовах; Captains Career Course (CCC) пов'язується із поглибленим вивченням процесів планування на рівні бригади та дивізії за процедурами MDMP (Military Decision Making Process); Intermediate Level Education (ILE) забезпечує підготовку офіцерів магістерського рівня для роботи в багатонаціональних штабах, що за змістом перегукується з українською спеціальністю 253 «Військове управління» [154].

Як зазначає Г. Макмастер, успіх управління в умовах невизначеності залежить від здатності лідера до «концептуальної гнучкості» [152]. Для

військової медицини це трансформується у вміння керувати не лише персоналом та госпіталями, а й складними логістичними мережами евакуації та постачання в умовах загрози застосування зброї масового ураження. Такий підхід забезпечує формування «адаптивного лідера», здатного приймати автономні рішення в умовах відсутності стабільного зв'язку з вищим командуванням, що є критично релевантним для сучасного українського досвіду бойових дій. Більше того, модель США передбачає тісну інтеграцію з цивільним сектором через отримання офіцерами ступенів Master of Health Administration (МНА) або MBA у провідних університетах, що дозволяє запозичувати кращі практики корпоративного менеджменту для потреб оборони. Це підтверджує тезу про те, що сучасний військово-медичний управлінець поєднує воєнну доблесть з глибокими знаннями в галузі системного аналізу та стратегічного менеджменту.

На відміну від американської моделі, досвід Німеччини (Бундесвер) демонструє підхід, де підготовка управлінських кадрів військової медицини повністю інтегрована в загальну систему професійної військової освіти офіцерського корпусу, але при цьому зберігає глибоку галузеву автономію [155]. Головною особливістю німецької системи є існування Об'єднаної служби медичного забезпечення (Zentraler Sanitätsdienst) як окремого міжвидового компонента збройних сил [156]. Це зумовлює потребу в офіцерах-управлінцях, які здатні координувати медичну підтримку одночасно для сухопутних, морських та повітряних сил, що є надзвичайно цінним досвідом для розбудови єдиного медичного простору в Україні.

Наукова основа підготовки німецького військово-медичного лідера базується на принципі «офіцера-громадянина» та концепції «Innere Führung» (свобода в межах відповідальності). Для управлінця це означає високий рівень автономності у прийнятті рішень: командир медичного підрозділу в Бундесвері розглядається як рівноправний суб'єкт оперативного планування, а не підпорядкована допоміжна ланка [156].

Процес формування управлінських компетенцій у Німеччині можна розділити на декілька стратегічних етапів, кожен з яких підкріплений відповідними стандартами.

Академічний етап на базі Університетів Бундесверу (Мюнхен, Гамбург). На відміну від багатьох інших країн, майбутні медичні офіцери Німеччини отримують фундаментальну університетську освіту, де управлінські дисципліни (економіка охорони здоров'я, право, теорія організації) викладаються на рівні з медичними. Як зазначається у профільному дослідженні щодо підготовки офіцерів у ФРН [155], це дозволяє формувати системне мислення керівника ще до початку практичної служби.

Спеціалізована підготовка в Академії медичної служби Бундесверу (Sanitätsakademie der Bundeswehr). Саме тут відбувається трансформація лікаря в управлінця. Академія в Мюнхені є центром компетенцій НАТО з питань превентивної медицини та оперативного управління. Навчальні програми тут суворо корелюють зі стандартами STANAG та спрямовані на оволодіння навичками управління медичними ресурсами в умовах гібридних загроз.

Курси штабних офіцерів (Stabslehrgang). Це вищий рівень управлінської освіти, де медичні офіцери навчаються спільно з офіцерами бойових підрозділів. Це забезпечує «процедурну сумісність».

Формування управлінського профілю офіцера медичної служби Бундесверу передбачає опанування методології управління якістю, що детально розкрито в останніх наукових розвідках. Зокрема, у праці Д. Лізон (D. Lison) та співавторів (2025) «Implementing quality management successfully: Experiences from the Bundeswehr Medical Service» [157] аналізується унікальний досвід впровадження системи менеджменту якості (Quality Management - QM) як інтегрованого інструменту оперативного управління. Автори наголошують, що успішна трансформація лікаря в ефективного управлінця в Німеччині неможлива без глибокого розуміння

стандартів ISO 9001 та їхньої адаптації до специфіки військової медицини. Згідно з результатами дослідження, управлінська підготовка в Бундесвері зміщує фокус з «адміністрування штатів» на «управління процесами та результатами». Це передбачає, що керівник медичної служби на всіх рівнях управління (від начальника медичного пункту до командувача медичного округу), використовує QM-інструментарій для мінімізації ризиків, оптимізації логістичних ланцюгів евакуації та гарантування високих стандартів лікування навіть в екстремальних умовах бойових дій. Науковий інтерес викликає теза про те, що управління якістю у військовій медицині Німеччини виступає «сполучною ланкою» між цивільними стандартами охорони здоров'я та суворими військовими вимогами НАТО щодо боєготовності [157]. Такий підхід забезпечує не лише медичну ефективність, а й економічну доцільність використання ресурсів, що є критично важливим аспектом для сучасної української системи підготовки за спеціальністю 253 «Військове управління».

Вказане дозволяє стверджувати, що для України впровадження німецької моделі менеджменту якості може стати ключовим запобіжником проти хаотичного управління в умовах кризи. Це формує особливий тип управлінської культури, де кожен офіцер-медик відповідає за безперервне вдосконалення процесів (PDCA-цикл: Plan-Do-Check-Act). Таким чином, німецький досвід підтверджує, що сучасний військово-медичний менеджмент - це високотехнологічна діяльність із забезпечення якості життєзбереження особового складу, що базується на міжнародних сертифікованих стандартах управління.

На особливу увагу в контексті європейського досвіду заслуговує модель Французької Республіки, де функціонує Медична служба армій (Service de Santé des Armées, SSA) [158].

На відміну від систем багатьох інших країн НАТО, SSA є повністю інтегрованою структурою, яка забезпечує медичну підтримку всіх видів

збройних сил (сухопутних, морських, повітряних) та жандармерії. Такий рівень централізації вимагає підготовки управлінців надвисокого рівня, здатних оперувати ресурсами в масштабах усієї держави та в межах експедиційних операцій за кордоном. Французька модель акцентує увагу на формуванні ідентичності керівника як «офіцера-керівника» (*officier-cadre*) з моменту вступу до військово-медичної школи (*École du Val-de-Grâce, EVDG*) [158]. Аналіз функціонування цієї системи дозволяє стверджувати, що управлінський компонент тут не додається до медичної освіти *post factum*, а є її наскрізною лінією. Студенти-медики з першого курсу перебувають у статусі військовослужбовців, проходячи жорстку загальновійськову підготовку, що закладає фундамент майбутнього лідерства. Важливим елементом архітектури медичної управлінської освіти є діяльність Центру вищої військової медичної освіти (*Army Centre for Higher Military Education / École d'application du SSA*) [159]. У межах цього закладу управлінські кадри готуються до прийняття стратегічних рішень у складних коаліційних операціях, де медична складова повинна бути ідеально синхронізована з загальновійськовим бойовим замислом. Науковий підхід Центру базується на тому, що керівник медичної служби є активним учасником процесу планування, який забезпечує живучість сил (*Force Health Protection*) через ефективний менеджмент ризиків [159].

Особливого наукового значення для нашого дослідження набуває новітня робота К. Матейс та співавторів (2026), у якій вчені обґрунтовують французьку систему як еталонну модель інтегрованого цивільно-військового травма-менеджменту. Для управлінського персоналу це означає необхідність володіння компетенціями з координації між військовими госпіталями та цивільними університетськими клініками. Згідно з висновками дослідників [160], французький офіцер-управлінець виступає сполучною ланкою в єдиній системі порятунку життів, де військові протоколи управління інтегруються в загальнонаціональну мережу реагування на масові інциденти. Такий

системно-інтегрований підхід дозволяє підтримувати найвищий рівень готовності персоналу навіть у мирний час, що є надзвичайно актуальним для України в контексті побудови стійкої національної системи охорони здоров'я.

Отже, зміст управлінської підготовки у Франції, з урахуванням сучасних викликів, включає три критичні вектори.

Логістичний менеджмент у відриві від стаціонарних баз. Підготовка до автономного управління мобільними медичними модулями в експедиційних умовах (досвід операцій в Африці та на Близькому Сході), що вимагає від керівника навичок кризової логістики та автономності прийняття рішень.

Управління етичними, юридичними та операційними ризиками. Глибоке вивчення міжнародного гуманітарного права в синергії з воєнною стратегією. Керівник має чітко розуміти правове поле прийняття медичних рішень у зоні збройного конфлікту.

Кризовий менеджмент при масовому надходженні поранених. Алгоритми динамічного управління ресурсами, які відпрацьовуються до автоматизму під час високоінтенсивних симуляційних навчань у Центрі вищої освіти [159].

Резюмуючи, ключова цінність французької моделі для України полягає у високому престижі та елітарності військово-медичного управління. У Франції керівна посада в медицині є результатом жорсткого багатоступеневого відбору, де управлінська спроможність та лідерський потенціал цінуються не менше за професійну клінічну майстерність.

Для вітчизняної системи підготовки за спеціальністю 253 «Військове управління» адаптація французького підходу до формування цілісної «офіцерської ідентичності» може стати дієвим інструментом підвищення мотивації. Це передбачає перехід від сприйняття керівника як «адміністратора лікарні» до його позиціонування як «стратегічного

медичного лідера», що здатний забезпечити єдність медичного простору в умовах гібридної та конвенційної війни.

Особливе місце у глобальній архітектурі формування військово-медичних лідерів посідає Велика Британія, де еталоном підготовки є діяльність Королівського армійського медичного корпусу (RAMC) [161].

Британська модель базується на унікальному поєднанні історичних традицій із сучасним інноваційним підходом до модульного навчання.

Ключовою детермінантою британської системи є безумовний пріоритет практичної підготовки в польових умовах над класичними академічними формами. Дослідження інфраструктурного розвитку RAMC (зокрема досвід функціонування бази Millbank Barracks) [162] підтверджує, що британська доктрина розглядає офіцера медичної служби насамперед як «польового менеджера». Такий фахівець повинен володіти навичками миттєвої адаптації управління до асиметричних загроз та динамічної зміни обстановки.

Система управлінської підготовки в Британії реалізується через мережу короткострокових, але інтенсивних навчальних модулів. Це дозволяє офіцеру здобувати необхідні компетенції без тривалого відриву від виконання операційних завдань, що є критично релевантним для України в умовах затяжної війни високої інтенсивності.

Британський досвід у системі підготовки військово-медичних лідерів характеризується високим ступенем прагматизму та адаптивності, що реалізується через діяльність Королівського армійського медичного корпусу (RAMC) [162]. Ключовою особливістю цієї моделі є імплементація концепції «Mission Command» (управління через місію), яка передбачає надання медичному керівнику максимальної автономії у прийнятті рішень для реалізації загального замислу командувача, що вимагає від офіцера не лише фахових знань, а й високого рівня персональної управлінської відповідальності та ініціативності.

Важливим складником британського підходу є синергія з цивільним

сектором, зокрема з Національною службою охорони здоров'я (NHS) [163], де військові менеджери проходять регулярні стажування у великих травматологічних центрах, опановуючи технології управління складними організаційними структурами та ресурсами в умовах масових надходжень пацієнтів. Така модель забезпечує формування універсального офіцера-управлінця, здатного ефективно діяти як у межах жорсткої військової ієрархії, так і в умовах гнучких партнерств із цивільними інституціями, що є критично релевантним для адаптації в українську систему підготовки.

Водночас, з погляду інституційної трансформації, для України найбільш релевантним є досвід країн Центральної Європи, які пройшли шлях від пострадянської до євроатлантичної системи. Еталонним прикладом тут виступає Чеська Республіка, зокрема діяльність Університету оборони у Брно [164]. Чеський досвід є унікальним через схожість вихідних умов: необхідність реформування великих, іноді неповоротких військово-медичних структур у мобільні підрозділи за стандартами НАТО. Університет оборони в Брно реалізує модель, де факультет військової медицини інтегрований у структуру загальновійськового університету, що забезпечує єдність підготовки управлінців медичної служби та офіцерів бойового управління. Науковий інтерес у чеській моделі становлять такі елементи.

Гармонізація дипломної та післядипломної освіти. Програми підготовки за спеціальностями, «Військове управління», суворо валідовані відповідно до вимог НАТО щодо оперативної сумісності.

Регіональне лідерство. Чехія активно використовує свій статус як хабу для міжнародних курсів НАТО, що дозволяє управлінцям навчатися в мультикультурному середовищі, долаючи мовні та процедурні бар'єри.

Аналіз досвіду Великої Британії та Чехії дозволяє стверджувати: якщо британський досвід дає нам інструментарій «польового лідерства» та гнучкості, то чеська модель слугує «дорожньою картою» інституційної перебудови вищої військової освіти. Для України поєднання цих двох

підходів дозволить створити гібридну систему підготовки управлінців, яка буде одночасно академічно обґрунтованою та операційно ефективною в умовах реального збройного конфлікту.

Окремим і надзвичайно релевантним для України вектором дослідження є досвід Республіки Польща, яка за останні десятиліття здійснила повний перехід від радянських організаційних структур до стандартів Альянсу. Польська модель підготовки військово-медичних управлінців базується на діяльності Військово-медичного коледжу (Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego, WCKMed) у Лодзі та Медичного факультету Університету оборони [165; 166].

Особливістю польського підходу є концепція «Медичної підтримки територіальної оборони та експедиційних сил». Польща, як і Україна, стикається з необхідністю захисту власних кордонів, тому їхня система підготовки керівної ланки акцентує увагу на взаємодії між регулярними військами та силами територіальної оборони. Науковий інтерес викликає досвід Польщі в імплементації концепції «Підтримка приймаючої країни» (Host Nation Support, HNS). Під час повномасштабної війни в Україні польські медичні управлінці продемонстрували зразкову спроможність розгортання логістичних хабів (наприклад, аеропорт Жешув-Ясьонка), де медична евакуація (MEDEVAC) була інтегрована в міжнародну мережу за стандартами НАТО [167].

Це стало можливим завдяки запровадженню у програму підготовки офіцерів-медиків обов'язкових курсів з військової логістики та стратегічного менеджменту ресурсів. Крім того, польська модель передбачає жорстку вертикаль Medical Command, де керівник медичної служби на оперативному рівні має прямий доступ до командувача операцією. Це забезпечує реалізацію принципу «єдності зусиль», що є критичним для спеціальності «Військове управління». Для України цей досвід корисний у контексті реформування системи управління медичним забезпеченням, де необхідно

чітко розмежувати адміністративні функції та функції оперативного керування медичними силами на полі бою [168].

Отже, дослідження світового досвіду та сучасних наукових розвідок дозволяє класифікувати існуючі підходи до підготовки військово-медичного управлінського персоналу за трьома основними моделями. Кожна з них має специфічні архітектонічні особливості, методи верифікації фахової придатності та механізми формування управлінських спроможностей.

1. Академічно-центристська модель (США, Франція). Визначальною рисою цієї моделі є фундаменталізація управлінської освіти через її інтеграцію у повноцінний магістерський та постмагістерський цикли в межах спеціалізованих військових університетів. Як зазначає В. Рахманов [148], така система забезпечує високу якість підготовки за рахунок тривалого занурення офіцера в інтелектуальне середовище, де стратегічний менеджмент вивчається як базова дисципліна.

Особливістю американського та французького підходів є те, що офіцер медичної служби не просто проходить функціональні курси, а здобуває визнані на державному рівні ступені магістра з управління охороною здоров'я (МНА) або бізнес-адміністрування (МВА) безпосередньо у військових закладах. Це забезпечує повну кореляцію з вимогами українського Стандарту спеціальності 253 «Військове управління», проте суттєво відрізняється глибиною доктринальної інтеграції навчальних планів, де кожне управлінське завдання розглядається через призму операційного задуму (Mission Command).

2. Курсово-диференційована модель (Велика Британія). Дана модель базується на реалізації концепції НАТО «Education and Training» і характеризується високим ступенем дискретності та інтенсивності. Її ключова особливість полягає у модульному нарощуванні управлінських спроможностей безпосередньо перед зміною посадового рівня або залученням до виконання специфічних місій.

Специфіка цього підходу полягає у його екстремальній гнучкості: зміст навчальних модулів підлягає ревізії кожні шість місяців на основі аналізу досвіду реальних бойових операцій або результатів масштабних навчань. Імплементация елементів цієї моделі є критично важливою для України в умовах високої динаміки війни, оскільки вона дозволяє реалізувати принцип «just-in-time training»: підготовку керівника під конкретне операційне завдання без тривалого відриву від виконання обов'язків.

3. *Конвергентна (цивільно-військова) модель (Німеччина, Чехія, Польща).* Фундаментальною особливістю цієї моделі є системне залучення ресурсів та інфраструктури цивільної вищої школи для підготовки військових менеджерів. Такий підхід дозволяє досягти синергії між військовими вимогами до лідерства та передовими цивільними технологіями менеджменту.

На прикладі Університету оборони у Брно (Чехія) простежується ефективність моделі спільного навчання військових та цивільних фахівців з управління охороною здоров'я. Це формує стійку базу для міжвідомчої взаємодії (Inter-agency cooperation), що є обов'язковою умовою функціонування сучасної системи національної стійкості. Управлінський персонал, підготовлений у межах конвергентної моделі, володіє універсальною мовою менеджменту, що полегшує залучення цивільних ресурсів для потреб оборони у кризові періоди.

Узагальнення представлених моделей дозволяє сформулювати наступні висновки.

Незважаючи на різницю в архітектурі, всі три моделі об'єднані спільними стандартами НАТО щодо Medical C2 та політики ETEE, що гарантує здатність керівника будь-якої з цих систем ефективно діяти у складі багатонаціонального угруповання. У всіх еталонних системах управлінська підготовка є невід'ємним елементом кар'єрного менеджменту офіцера, де перехід на наступний щабель командування неможливий без успішної

сертифікації за управлінським профілем. Для вітчизняної системи підготовки за спеціальністю 253 найбільш раціональним вбачається не сліпе копіювання однієї з моделей, а створення гібридного формату. Він має поєднувати фундаментальність академічного навчання (за прикладом США та Франції) з мобільністю та оперативністю оновлення знань (за прикладом Британії) та глибокою інтеграцією у цивільний медичний простір (за прикладом Німеччини та Чехії).

Такий підхід дозволить сформувати в Україні корпус військово-медичних управлінців, які володіють як глибоким теоретичним базисом стратегічного рівня, так і практичним інструментарієм управління медичними ресурсами в умовах сучасної високотехнологічної війни. Порівняльна характеристика моделей підготовки управлінського персоналу військової медицини наведена у таблиці 2.4

Таблиця 2.4

Порівняльна характеристика моделей підготовки управлінського персоналу
військової медицини

Критерій	Академічно-центристська модель (США, Франція)	Курсово-диференційована модель (Велика Британія)	Конвергентна (цивільно-військова) модель (Німеччина, Чехія, Польща)	Аналітичні висновки для України / ЗСУ
Інституційна база	Спеціалізовані військові університети та медичні академії (AMEDD Center, SSA) [153; 158; 159]	Навчальні центри родів військ та польові школи (Royal Army Medical Service, Millbank) [161; 162]	Цивільні університети у партнерстві з військовими центрами (WCKMed, Брно, Sanitätsdienst) [156; 164; 165]	Доцільна комбінована модель: розвиток власних військово-медичних освітніх центрів із паралельним партнерством із цивільними університетами
Тип освіти	Фундаментальна магістратура (МНА, MBA) [153; 154]	Інтенсивні модульні програми NATO Education and Training [144; 151]	Змішана освіта; інтеграція медичного менеджменту в офіцерську підготовку	Потрібне поєднання магістерських програм із короткими адаптивними

			[155; 166]	курсами відповідно до оперативних потреб
Циклічність підготовки	Довготривалі цикли PME (1–2 роки) [148; 152]	Короткі цільові курси перед призначенням [146; 147]	Багаторічна університетська освіта; систематичне стажування [155; 166]	Оптимально впровадити ступеневу модель: базова академічна освіта; регулярні курси перед підвищенням
Роль цивільного сектору	Переважаюча автономна військова система [153; 158]	Системні стажування у цивільних травма-центрах (NHS) [161; 163]	Повна інтеграція у національну систему охорони здоров'я [156; 160]	В умовах війни необхідна глибока інтеграція військової та цивільної медицини, зокрема через спільні клінічні платформи
Ключові інструменти	Joint Operations, MDMP, стратегічне планування [152]	NATO ETEE, MED C2 [143; 144]	Quality Management, TQM, HNS [157; 167]	Варто інтегрувати управлінські інструменти НАТО разом із системами менеджменту якості у військово-медичному управлінні
Механізми адаптації	Стратегічне прогнозування та планове оновлення програм [142; 152]	Оперативне оновлення модулів за досвідом місій [140; 146]	Впровадження STANAG, систем якості та логістичних практик [157; 167; 168]	Необхідна гнучка система оновлення навчальних програм на основі бойового досвіду та післяопераційного аналізу

Джерело: складено автором

Порівняльний аналіз засвідчує, що академічно-центристська модель забезпечує стратегічну глибину підготовки та формування системного управлінського мислення, однак потребує значних ресурсів і часу. Курсово-диференційований підхід вирізняється високою гнучкістю, швидкою адаптацією до оперативних потреб і тісним зв'язком із практикою сучасних місій. Конвергентна модель демонструє ефективність завдяки інтеграції військової та цивільної освітньо-медичної інфраструктури й орієнтації на

стандарти якості та міжвідомчу взаємодію.

Усі три підходи підтверджують зростання ролі модульності навчання, міжсекторальної кооперації та стандартизації компетентностей відповідно до вимог НАТО. Водночас, жодна з моделей у чистому вигляді не може бути повністю перенесена в українські умови без урахування національного безпекового середовища та досвіду ведення сучасної війни. Це зумовлює необхідність формування гібридної української моделі підготовки управлінців військової медицини, яка поєднуватиме стратегічну академічність, практичну модульність і системну інтеграцію з цивільною медициною. Такий підхід дозволить забезпечити адаптивність, сумісність із партнерами та стійкість системи військово-медичного управління.

Висновки до розділу 2

Дослідження організаційно-функціонального регулювання підготовки керівних кадрів у військовій медицині України дозволило встановити, що участь Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України у регулюванні підготовки керівних кадрів формує цивільний контур державної політики у сфері управління людськими ресурсами охорони здоров'я, що ґрунтується на принципах публічного управління, стандартизації освіти та забезпечення якості професійної підготовки. У межах цього контуру визначаються освітні рівні, кваліфікаційні вимоги, управлінські компетентності та загальні правила професійного розвитку керівників закладів охорони здоров'я.

Водночас обґрунтовано, що специфіка військової медицини як складової сектору безпеки і оборони зумовлює неможливість повного перенесення цивільних механізмів у сферу підготовки керівних кадрів військової медицини без урахування військово-організаційних, оперативних та функціональних особливостей. Виконання завдань медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах воєнного стану, бойових дій та

підвищених ризиків вимагає від управлінського персоналу не лише загальноуправлінських і медичних компетентностей, а й здатності діяти в ієрархічній системі військового управління, приймати рішення в умовах дефіциту ресурсів і часу та нести підвищену відповідальність за збереження боєздатності особового складу.

За таких умов підготовка керівних кадрів у військовій медицині одночасно підпадає під дію загальнодержавних освітніх і кадрових регуляторів та спеціальних механізмів військового управління, що формуються в межах оборонного відомства. Саме ця обставина зумовлює виникнення складної інституційної конфігурації державного регулювання, у якій цивільні та військові управлінські впливи не замінюють, а накладаються один на одного, формуючи особливий режим підготовки управлінських кадрів військової медичної служби.

Аналіз нормативно-правового забезпечення державного регулювання підготовки керівних кадрів у вітчизняній військовій медицині дозволив визначити його як складну багаторівневу систему. Вона ґрунтується на поєднанні загального законодавства про охорону здоров'я, відомчих нормативів сектору безпеки і оборони. Встановлено, що ключовим вектором розвитку законодавчого поля, є адаптація до стандартів ЄС та НАТО, що вимагає переходу від суто клінічної моделі управління до стратегічного менеджменту.

Виявлено критичну відсутність нормативної диференціації між підготовкою керівників цивільної та військової ланок медицини у стратегічних документах державного рівня (зокрема у «Стратегії-2030»). Обґрунтовано, що така уніфікація ігнорує специфіку функціонування медичної служби в умовах воєнного стану, де управлінська діяльність потребує особливих компетенцій у сфері логістики, мобілізаційної готовності та координації з бойовими підрозділами.

Виявлено ключову проблему, яка проявляється у «компетенційній

дифузії» - розмитості меж відповідальності між цивільними та військовими регуляторами. Це підтверджує необхідність створення уніфікованого нормативного стандарту, який чітко закріпить управлінські компетенції військового медика як суб'єкта оборонного планування. Водночас, аналіз ієрархічної структури документів дозволяє стверджувати, що нормативне регулювання підготовки керівних кадрів військової медицини має розпорошений характер. Проблема «подвійного регулятивного поля» (цивільного та військового), яку виявлено в попередньому підрозділі, значно ускладнює формування єдиного професійного стандарту для офіцера-управлінця. Це актуалізує потребу у системній інтеграції стандартів НАТО (STANAG) у вітчизняне законодавство, щоб перетворити розпорошені норми на цілісний механізм підготовки керівних кадрів, здатних ефективно функціонувати в умовах воєнних викликів та післявоєнного відновлення.

Констатовано наявність системної прогалини у механізмах імплементації кадрових реформ: правова база часто має декларативний характер, що створює розрив між теоретично визначеними стандартами підготовки та реальними потребами військово-медичної галузі. Це зумовлює необхідність виокремлення сфери «управління військовою медициною» як спеціального об'єкта нормативно-правового регулювання.

Обґрунтовано, що ефективність системи підготовки керівних кадрів військової медицини безпосередньо залежить від подолання «нормативної розрізненості» та розробки спеціалізованих професійних стандартів для офіцерів-управлінців. Запропоновано розглядати нормативне забезпечення не лише як інструмент контролю, а як стратегічний ресурс, що має забезпечити гнучкість управління медичними силами в умовах динамічних безпекових викликів.

Порівняльний аналіз досвіду країн-членів НАТО та ЄС щодо підготовки управлінського персоналу військової медицини та можливості його адаптації в Україні (США, Франції, Великої Британії, Німеччини,

Польщі, Чехії) засвідчив, що сучасні системи підготовки управлінського персоналу військової медицини розвиваються на засадах компетентнісного підходу, безперервної професійної освіти та інтеграції медичного керівника в систему оперативного військового управління. Академічно-центристські моделі США і Франції демонструють ефективність фундаментальної стратегічної підготовки та централізованого формування управлінських кадрів, орієнтованих на довгострокове планування і розвиток адаптивного лідерства. Британська практика підтверджує результативність модульної курсової системи, яка забезпечує швидку реакцію на зміни операційного середовища та безпосередній зв'язок із практичним досвідом місій. Німеччина, Польща та Чехія репрезентують конвергентний підхід, що поєднує військову і цивільну медичну освіту, впровадження систем менеджменту якості та університетську підготовку офіцерів медичної служби.

Спільною тенденцією є зміщення акценту від вузької клінічної спеціалізації до розвитку управлінських, аналітичних і міжвідомчих компетентностей медичних офіцерів. Водночас, жодна з розглянутих моделей не може бути механічно перенесена в українські умови без урахування досвіду сучасної війни та специфіки національної системи оборони й охорони здоров'я. Це обумовлює необхідність формування гібридної української моделі підготовки керівних кадрів військової медицини, що поєднуватиме стратегічну академічність, модульну адаптивність та глибоку інтеграцію з цивільною медициною з метою забезпечення сумісності зі стандартами НАТО та підвищення стійкості військово-медичної системи.

РОЗДІЛ 3

НАПЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИХ КАДРІВ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ ЄВРОАТЛАНТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ

3.1. Стратегічні пріоритети розвитку управлінського потенціалу у сфері військової медицини України в умовах післявоєнного відновлення та євроінтеграційних процесів

В сучасних умовах воєнного стану та активних бойових дій, ефективне управління персоналом збройних сил стає одним із найважливіших завдань для забезпечення національної безпеки та стійкості держави. Особливого значення це набуває для Медичних сил, де якість управлінських рішень безпосередньо корелює із показниками збереження життя та відновлення боєздатності особового складу. Державна кадрова політика у військовій медицині є складною сукупністю принципів, методів, засобів та форм управління, які розробляються та застосовуються з метою підвищення ефективності кадрової роботи на всіх ієрархічних рівнях. Підготовка кадрів є невід'ємною частиною загальної військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України, що обумовлює необхідність гарантованого задоволення потреб ЗС України в людських ресурсах, забезпечення реалізації стратегічних цілей та завдань реформування сфери охорони здоров'я. Трансформаційні процеси, розпочаті у період 2015-2019 років, створили необхідне підґрунтя для переходу від пострадянських стандартів до сучасних моделей підготовки фахівців. Вчені обґрунтовують, що досвід формування корпусу молодших спеціалістів та офіцерів у цей період став фундаментом для нинішньої перебудови військово-медичної освіти, орієнтованої на оперативні потреби війська та інтеграцію бойового досвіду в навчальні програми [169].

Державна кадрова політика у військовій медицині є сукупністю принципів, методів, засобів та форм управління, які розробляються та застосовуються з метою підвищення ефективності кадрової роботи. Підготовка кадрів є невід'ємною частиною військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України (МО України), що обумовлює необхідність гарантованого задоволення потреб ЗС України в людських ресурсах, забезпечення реалізації стратегічних цілей та завдань реформування сфери охорони здоров'я та військової медицини в Україні на інтеграцію в європейський та євроатлантичний безпековий простір, а також досягнення взаємосумісності ЗС України зі збройними силами держав - членів НАТО. Але слід зазначити, що ефективність підготовки керівних кадрів для військовій медицині залежить від стратегічного бачення МО України, розвитку військової кадрової політики як під час бойових дії, так і у післявоєнний період [170]. Виклики, з якими стикається сучасна військова кадрова політика, є різноманітними та багатогранними. Це включає в себе необхідність інтеграції новітніх технологій, адаптацію до змінюваних форм військових конфліктів, а також вирішення питань соціального захисту та кар'єрного росту військовослужбовців. Одночасно, виникає потреба у збереженні та розвитку традиційних військових цінностей та принципів, що є основою для формування професійної та морально стійкої армії [171].

На наш погляд, гармонізація традиційних військових цінностей із сучасними вимогами кадрової політики не повинна бути декларативною; вона потребує розробки чітких психологічних профілів для військових медиків-лідерів, які здатні діяти в умовах високої етичної дилеми та дефіциту ресурсів, що є критичним для збереження моральної цілісності особового складу. Вирішення цих завдань потребує формування цілісного концепту управлінського потенціалу військової медицини, який, на відміну від існуючих лінійних підходів, має консолідувати ключові компоненти розвитку в єдину стратегічну рамку. Це дозволить поєднати жорстку

інституційну ієрархію з гнучкістю лідерських компетентностей та інструментами цифрового прогнозування.

Перспективи військової післявоєнної кадрової політики обіцяють стати відповіддю на ці виклики. Інноваційні підходи до навчання та розвитку персоналу, залучення висококваліфікованих спеціалістів, впровадження ефективних систем мотивації та кар'єрного росту - має стати запорукою створення сучасної, адаптованої та боєздатної армії, здатної ефективно реагувати на будь-які виклики сучасного світу.

Наразі, в жорстких умовах сьогодення в оборонній сфері гостро стоїть питання забезпечення висококваліфікованими кадрами.

Стратегічні пріоритети державної кадрової політики у військовій медицині України зосереджені на інтеграції зі стандартами НАТО, підвищенні професіоналізму, створенні системи мотивації та підтримки (психологічної), розвитку управлінського потенціалу, забезпеченні своєчасного оновлення кадрів та їх відповідності сучасним викликам війни та створенні ефективного керівного апарату для виконання поставлених державою завдань.

Ключовими стратегічними напрямками є:

1. Євроатлантична інтеграція: синхронізація військово-медичних стандартів України зі стандартами країн-членів НАТО.
2. Професійний розвиток: навчання, підвищення кваліфікації та безперервний розвиток лікарів, медсестер та іншого персоналу відповідно до сучасних вимог.
3. Залучення та утримання: створення привабливих умов праці та системи мотивації (оплата праці, соціальні гарантії); надання безоплатної психологічної та психіатричної допомоги; забезпечення якісного оновлення та збереження кадрового складу.
4. Управлінська трансформація: розвиток управлінського потенціалу військової медицини, впровадження сучасних підходів до

управління персоналом.

5. Інституційна спроможність: подолання політизації призначень, квотування та корупційних проявів; створення дієздатного апарату, спроможного ефективно виконувати завдання.

6. Нормативно-правове забезпечення: розробка та ухвалення законодавчих актів, що відповідають стратегічним цілям.

Ці пріоритети спрямовані на створення гнучкої, високопрофесійної та ефективної системи військової медицини, здатної забезпечувати якісну допомогу як під час війни, так і в післявоєнний час.

Варто зауважити, що ефективність зазначених пріоритетів безпосередньо залежить від швидкості подолання інституційного розриву між темпами оновлення нормативної бази та реальною практикою підготовки кадрів. Ми вважаємо, що ключовим індикатором успіху тут має стати не кількість прийнятих актів, а рівень готовності середньої ланки управління до самостійного прийняття рішень за стандартами НАТО без очікування вказівок органів влади вищого рівня

В умовах сучасних збройних конфліктів і гібридних війн ефективне управління персоналом збройних сил стає одним із найважливіших завдань для будь-якої держави.

Кадровий менеджмент є невід'ємною частиною військової кадрової політики в системі МО України, що зумовлює необхідність гарантованого задоволення потреб ЗС України в людських ресурсах, забезпечення реалізації стратегічних цілей та завдань реформування сектора безпеки і оборони, спрямованість стратегічного курсу України на інтеграцію в європейський та євроатлантичний безпековий простір, а також досягнення взаємосумісності ЗС України зі збройними силами держав-членів НАТО, що значною мірою залежить від стратегічного бачення МО України розвитку військової кадрової політики у сфері оборони як під час дії воєнного стану, так і у післявоєнний час.

Основним стратегічним пріоритетом у цьому напрямі є впровадження доктрин НАТО, зокрема АJP-4.10 «Спільна доктрина НАТО з медичного забезпечення» (Allied Joint Doctrine for Medical Support) [172]. Цей документ є основоположним для всіх країн-членів і визначає, що медичне забезпечення є невід'ємною відповідальністю командування, яке реалізується через медичну службу та підкреслює необхідність єдиного управлінського підходу на всіх рівнях операції.

Фундаментальною основою оновлення системи є її інституційна синхронізація з положеннями доктрини АJP-4.10, що пов'язується із впровадження моделі Командування та Контролю (C2) як ключового механізму управління медичними силами. Це передбачає не лише формальне запозичення процедур, а розбудову чіткої вертикалі управління, що забезпечує повну операційну сумісність із медичними службами країн Альянсу на всіх рівнях планування.

Практична реалізація цього підходу в національному контексті отримала імпульс із початком структурних змін у системі управління. Так, Медичні сили Збройних Сил України було створено у червні 2020 року [173], що стало логічним кроком у виконанні Стратегії розвитку Медичних сил Збройних Сил України до 2035 року (схваленої у березні 2020 року наказом Генерального штабу ЗС України) [127].

Дана Стратегія визначає здійснення оборонної реформи з метою ефективної реакції ЗСУ на загрози національній безпеці відповідно до євроатлантичних стандартів. Зокрема, одним із ключових напрямів досягнення цієї мети визначено розвиток системи охорони здоров'я через впровадження нових організаційних форм управління. Це має забезпечити синхронізацію національної системи з військово-медичними стандартами країн-членів НАТО, підвищити її стійкість та операційну ефективність як в умовах активних бойових дій, так і в період післявоєнної відбудови.

В Стратегії зазначено, що один із ключових напрямків досягнення цієї

мети є розвиток системи охорони здоров'я та впровадження нових організаційних форм і технологій надання медичної допомоги військовими медиками. Вона повинна забезпечити синхронізацію національної системи з військово-медичними стандартами країн-членів НАТО, підвищити її стійкість та операційну ефективність в умовах війни та післявоєнної відбудови.

Перший етап Стратегії передбачає державне регулювання підготовки керівних кадрів військових медиків із загальною медичною системою країни, тобто у імплементації, трансформації та створенні єдиної, вертикально інтегрованої системи управління, згідно принципам Командування та Контролю (C2), прийнятим у НАТО, та забезпечує ефективну взаємодію з цивільним сектором охорони здоров'я. Ця трансформація є критичною для досягнення операційної сумісності (Interoperability), яка є обов'язковою передумовою для повноцінної участі у спільних операціях Альянсу.

Таким чином, підготовка кадрів для військової медицини реалізується в рамках єдиної системи підготовки медичних кадрів в Україні, і подальша спеціалізована підготовка для служби в військовій медицині спрямована на:

- збереження життя та поліпшення стану здоров'я військовослужбовців та надання їм кваліфікованої медичної допомоги для їхнього швидкого відновлення в разі поранень, захворювань і травм;
- забезпечення високого рівня бойової готовності та мобілізаційної придатності військових органів управління та всіх військових підрозділів;
- забезпечення ЗСУ здоровим військовим складом і забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя військ в різних умовах;
- організація та проведення лікувально-профілактичних заходів серед військовослужбовців ЗСУ, а також надання медичної допомоги, лікування та реабілітації військовослужбовців і ветеранів військової служби;
- забезпечення військ медичним майном;
- підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичного

персоналу, а також наукове розв'язання проблем медичного забезпечення ЗСУ [127].

Таким чином, гармонізація національних військово-медичних настанов та доктрин зі STANAG 2228 (використання AJP-4.10) дадуть змогу уніфікувати термінологію, організаційну структуру медичних підрозділів (система Role 1-4, що визначає рівні надання допомоги) та процедури прийняття управлінських рішень.

Другий етап Стратегії полягає в оптимізації системи управління медичним забезпеченням ЗСУ в контексті трансформації системи об'єднаного командування ЗСУ та підвищенні її взаємодії зі всіма складовими сил оборони [127].

На цьому етапі в Стратегії адаптована доктрина НАТО в частині вимог чіткого управлінського розмежування функцій у військово-медичній вертикалі з чітким розмежуванням функцій на:

- політичне/стратегічне керівництво (визначення загальної політики, фінансування, міжнародна співпраця);
- планування та забезпечення (довгострокове ресурсне планування, логістика, управління закупівлями);
- оперативне медичне командування (безпосереднє управління медичними силами в зоні відповідальності, C2 в операціях).

Таке функціональне розмежування забезпечує прозорість, усуває дублювання повноважень та підвищує оперативність реагування, що є критичним в умовах військових конфліктів.

Удосконалення системи управління медичним забезпеченням ЗС України передбачає також:

- розвиток і зростання можливостей військової медицини відповідно до розвитку систем управління та медичних інформаційних систем;
- оптимізацію структури Медичних Сил та автономію медичних підрозділів у військових частинах;

– збільшення можливостей медичного забезпечення військ у разі збройних конфліктів, природних та техногенних катастроф, а також в умовах радіаційного, хімічного та біологічного зараження.

Третій етап Стратегії передбачає можливість вдосконалення системи управління військовою медициною через інституціоналізацію військово-цивільної медичної координації створюючи єдиний медичний простір в Україні [127]. Законодавчо закріплення створення єдиного медичного простору в Україні було прийнято Постановою Кабінету Міністрів України від 11 травня 2017 р. № 412 «Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я» від 11 травня 2017 р. за № 412 [129]. Цей Центр є головним механізмом для синхронізації дій.

У 2024 році Уряд розширив склад та повноваження Координаційного центру медичних служб Сил оборони [174]. Тепер до діяльності Центру залучатимуться представники структурних підрозділів з питань охорони здоров'я різних військових формувань. Організаційне, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності Центру покладено на Міноборони. Це дозволить ефективніше використовувати можливості для подальших якісних змін у сфері військової медицини Силах оборони та впроваджувати ключові реформи, спрямовані на збереження життя та здоров'я військовослужбовців.

Згідно зі змінами до постанови Кабміну №412 від 11 травня 2017 року [129], Центр також забезпечуватиме координацію діяльності медичних служб Сил оборони та органів охорони здоров'я, спрямовану на надання домедичної допомоги, проводить аналіз потреб у засобах для медичної евакуації, радіоелектронної боротьби та дистанційно-керованих апаратах для медичних потреб, що підкреслює його стратегічне значення в умовах війни.

Досвід повномасштабної війни в Україні засвідчив нагальну важливість взаємодії між військовою медичною службою та ресурсним забезпеченням

цивільної системи охорони здоров'я для забезпечення загальної стійкості (resilience) держави. Подальший розвиток військово-цивільної медичної координації має бути спрямований на впровадження ефективних міжвідомчих механізмів управління ресурсами та потужностями, включаючи механізми перерозподілу поранених та медичного майна відповідно до принципів Total Defence (загальної оборони). Крім того, інтеграція військово-медичної підтримки в рамках спроможної мережі закладів охорони здоров'я, визначеної Постановою КМУ від 28 лютого 2023 р. № 174 [175], забезпечує системну взаємодію з цивільними госпіталями.

Отже, інституційна трансформація має бути спрямована на створення уніфікованої системи управління, де військова та цивільна компоненти діють за єдиними, узгодженими стратегічними пріоритетами, що є обов'язковою умовою для інтеграції у євроатлантичний простір.

Наступним стратегічним етапом є формування ефективного керівних кадрів у військовій медицині та забезпечення медичним персоналом ЗСУ, який володіє сучасними знаннями та практичними навичками необхідними для роботи в багатонаціональному середовищі та за новітніми протоколами до 2025 року, що є ключовою вимогою євроатлантичної інтеграції [176]. На цьому етапі необхідно забезпечити наявність кваліфікованого персоналу і налагодити комплектно-табельне оснащення, що дозволить підняти рівень медичного обслуговування військ до нового якісного рівня шляхом поліпшення планування медичного забезпечення і керування ресурсами Медичних Сил ЗСУ. Цей етап передбачає підготовку фахівців, які здатні до:

- покращення системи планування і управління медичним забезпеченням військ в різних умовах їх функціонування, а також визначення потреб військової медицини;
- розроблення та впровадження вітчизняних військово-медичних стандартів, які сумісні з відповідними стандартами країн-членів НАТО;
- поліпшення організаційно-штатної структури та створення

необхідної мережі стаціонарних і мобільних закладів охорони здоров'я для ЗС України.

Стратегією передбачено, що з 2025 по 2030 роки, необхідно розробити та впровадити сучасні медичних технологій, стандарти надання медичної допомоги, клінічні протоколи, розробка національних кваліфікаційних рамок для управлінських медичних посад, що включатимуть міжнародні вимоги до компетенцій у сфері медичного планування, логістики та управління в кризових умовах, забезпечуючи застосування набутих знань та досвіду.

Також на цьому етапі розглядається створення і впровадження інформаційно-аналітичних та прогнозо-аналітичних систем, а також автоматизація управління.

Відповідно до стандартів НАТО, на сучасному етапі реформування пріоритетним завданням є проведення сертифікації та підготовки керівних кадрів на відповідність суворим кваліфікаційним вимогам Альянсу. Критично важливою умовою оперативної сумісності є володіння керівним та медичним персоналом англійською мовою на рівні, що дозволяє вільно оперувати спеціалізованою документацією та здійснювати ефективну комунікацію в межах багатонаціональних операцій. Це передбачає обов'язкове впровадження та масштабування системи оцінки мовної компетентності за стандартом STANAG 6001. [177]. Зазначений стандарт виступає єдиною міжнародною шкалою вимірювання лінгвістичних здібностей, що гарантує однозначність трактувань та взаєморозуміння між військовослужбовцями різних країн-членів і партнерів НАТО.

Наступний стратегічний етап, розрахований на період з 2030 по 2035 роки, передбачає глибоку управлінську інтеграцію у систему підготовки керівних кадрів для військової медицини. Методологічною основою цих трансформацій виступає Постанова Кабінету Міністрів України № 1410 «Про трансформацію системи військової освіти» (у редакції від 30.12.2022 р. № 1490), яка визначає вектор переходу на нові освітні стандарти, орієнтовані на

професійний розвиток офіцерського складу протягом усієї служби [178].

Перехід до стандартів НАТО вимагає від офіцерів медичної служби якісно нової архітектури знань, де медична кваліфікація поєднується з управлінською та лідерською компетентністю. Ключовим напрямом у цьому контексті є розробка та впровадження комплексних програм лідерства та менеджменту. Важливим кроком у легітимізації цих змін стала Постанова КМУ від 26 вересня 2024 р. № 1109 «Про внесення змін до Концепції трансформації системи військової освіти», яка безпосередньо підкреслює необхідність інтеграції лідерських якостей у навчальний процес як базового елемента професіоналізації [179].

З огляду на стратегічні виклики, виникає потреба у створенні спеціалізованих курсів для офіцерів медичної служби, сфокусованих на таких детермінантах:

- стратегічне планування медичного забезпечення операцій (розвиток навичок прогнозування потреб медичних сил у різних сценаріях бойових дій);
- сучасна медична логістика (Medical Logistics) (розбудова ефективних ланцюгів постачання, управління запасами та оптимізація евакуаційних потоків (MEDEVAC/CASEVAC) відповідно до логістичних стандартів Альянсу);
- управління ризиками та прийняття рішень (Decision Making) (формування спроможності ухвалювати відповідальні управлінські рішення в умовах високої невизначеності та дефіциту ресурсів).

Фундаментальним вектором цифровізації системи стає перехід до моделі проактивного управління через впровадження ІТ-систем медичної логістики на базі стандартів NCS (NATO Codification System). Інтеграція єдиної системи кодифікації Альянсу дозволяє вийти за межі традиційного складського обліку, забезпечуючи автоматизоване прогнозування потреб у медичному майні, від індивідуальної аптечки на тактичному рівні до

стратегічних резервів у масштабах всієї держави. Такий підхід забезпечує прозорість, швидкість та точність логістичного забезпечення, що є невід'ємною складовою сучасної військової спроможності.

Стратегічним вектором цифровізації є перехід до проактивного управління через впровадження ІТ-систем медичної логістики на базі стандартів NCS (NATO Codification System). Використання єдиної системи кодифікації Альянсу дозволяє вийти за межі простого обліку, забезпечуючи автоматизоване прогнозування потреб у медичному майні від тактичного рівня до стратегічної ланки забезпечення.

Ці програми мають бути розроблені на основі досвіду військових навчальних закладів країн-членів НАТО (наприклад, Медичного центру передового досвіду НАТО) та обов'язково інтегрувати елементи симуляційних навчань для відпрацювання командної роботи та стресостійкості управлінців.

Тобто, для досягнення цілей оборонної реформи ЗСУ євроатлантичних стандартів і критеріїв членства в НАТО у підготовці керівних кадрів для військовій медицині впроваджено методологічний підхід (за методологією НАТО - DO TMPLF-I):

- доктринальна база (D) - формування у керівних кадрів військової медицини системи поглядів стосовно планування і виконання поставлених завдань, яка концентрується профільних нормативних документах;

- організаційна (O) - визначає організаційну структуру сил і засобів медичного забезпечення військ. Командування Медичних сил ЗС України повинно відповідати за. Вона передбачає організацію медичного забезпечення військ; формування і підготовку належних ресурсів і перспективний розвиток військової медицини;

- підготовка (T) - система та порядок підготовки медичних підрозділів військових частин і закладів охорони здоров'я ЗС України. Ця система підготовки передбачає тренування і навчання в умовах, максимально

наближених до реального застосування військ у бойових умовах;

- ресурсне забезпечення (М) - навчання керівних кадрів у напрямку їх спроможності формувати належне ресурсне забезпечення підрозділів військової медицини;

- персонал (Р) - підготовка керівних кадрів у питаннях організації підвищення кваліфікації персоналу, порядку його оцінювання та просування по службі (система кадрового менеджменту передбачає запровадження ефективного збереження існуючого і формування нового кадрового персоналу Медичних сил ЗСУ, формування престижності професій військового медика для можливості утримання на службі висококваліфікованого персоналу;

- якість управління і освіта (L) - потребує належного рівня системи військово- медичної освіти і науки, які викорінюють у військових медиків навички до шаблонності у прийнятті управлінських рішень;

- сумісність (І) - підготовка керівних кадрів в аспекті їх спроможності до інтеграції військової медицини з іншими силами ЗС України, цивільною медициною та структурами військової медицини країн членів НАТО.

Наступним підходом є підготовка керівних кадрів здатних організувати проведення лікувально-профілактичних заходів відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів і військово-медичних стандартів з метою досягнення максимально можливого результату лікування та реабілітації, а також розподілення єдиного лікувально-профілактичного процесу на низку послідовних взаємопов'язаних заходів, відповідних певним рівням медичного забезпечення, поєднаних з евакуацією поранених. До того ж, керівні кадри військової медицини повинні знати та бути спроможними організовувати ешелонування і наближення медичної допомоги, зокрема й спеціалізованої, до хворих та поранених на основі використання сучасних медичних технологій скорочення кількості етапів у процесів її наданні і своєчасної медичної евакуації.

Ще одним підходом є підготовка військових медичних управлінців раціонально здійснювати матеріально-технічне та ресурсне забезпечення підрозділів військової медицини ЗСУ з поєднанням централізованого і децентралізованого принципів постачання, а також в умов автономності та мобільності функціонування цих підрозділів.

Слід зауважити, що управлінський потенціал пов'язаний зі стандартами надання медичної допомоги. Мета цього стратегічного напрямку - забезпечення 100% підготовки не лише військових медиків, а й усього медичного та значною мірою немедичного персоналу (що є частиною управлінської відповідальності за підготовку) за єдиними, стандартизованими протоколами, такими як TCCC (Tactical Combat Casualty Care) та TECC (Tactical Emergency Casualty Care) [180]. TCCC, розроблений Комітетом з тактичної бойової допомоги постраждалим, є золотим стандартом надання допомоги в умовах бойових дій, гарантуючи єдність підходів на полі бою та у найближчому тилу, що є критичним для виживання. Управлінський корпус має забезпечити системний механізм постійного оновлення цих протоколів відповідно до актуальної міжнародної практики, підтвердженої дослідженнями [181]. Необхідно впроваджувати міжнародні курси Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), що дасть змогу забезпечувати узгодженість догоспітального етапу з подальшим госпітальним лікуванням.

Управлінська структура, наповнена висококваліфікованим персоналом, потребує сучасних цифрових інструментів для забезпечення ефективності та прозорості. Відтак, ключовим етапом інтеграції та підвищення управлінського потенціалу є цифрова трансформація військової медицини. Цей стратегічний аспект зосереджений на технологіях та управлінні даними для підвищення ефективності та досягнення повної операційної сумісності (Interoperability) інформаційних систем з партнерами по НАТО.

На наше переконання, цифровізація військової медицини не повинна

розглядатися лише як інструмент обліку. Вона є фундаментом для впровадження систем підтримки прийняття клінічних та управлінських рішень на основі штучного інтелекту, що в умовах масових санітарних втрат дозволить автоматизувати медичне сортування та оптимізувати евакуаційні потоки в режимі реального часу

Стратегічна мета полягає у створенні єдиного захищеного цифрового медичного простору, що забезпечує швидкий та достовірний обмін інформацією для прийняття управлінських рішень на всіх рівнях.

Перший пріоритет - це електронна карта пацієнта та звітність. В умовах бойових дій та масових втрат, швидкий доступ до повної медичної історії та стандартизований облік травм є критичним для забезпечення безперервності лікування. Необхідна розробка та впровадження стандартизованої електронної медичної картки військовослужбовця (ЕМК), яка була б сумісна з міжнародними класифікаторами. Зокрема, використання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10/11 - ICD) [182], а також Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ - ICF) [183], є обов'язковою умовою для зіставлення даних із глобальними медичними базами та планування реабілітації. Впровадження такої системи забезпечує не лише якість лікування, але й дозволяє здійснювати аналіз даних для управлінських рішень: прогнозування потреб у спеціалістах, оцінку ефективності протоколів лікування та формування достовірної медичної звітності, необхідної для міжнародного співробітництва. Хоча існуючі накази МОЗ України регулюють внесення даних до електронної системи охорони здоров'я (наприклад, Наказ МОЗ України від 23.09.2025 № 1472 [184]), необхідно адаптувати ці вимоги та розширити їх для забезпечення захищеного військового медичного документообігу.

Ще одним стратегічний напрямом є управління логістикою (Medical Logistics Management System) [185]. В бойових діях медичне забезпечення вимагає швидкого, точного та прогнозованого постачання ресурсів.

Впровадження сучасної ІТ-системи для автоматизованого управління запасами медичного майна (від етапу Role 1 до Role 4) є ключовим для усунення дефіцитів та надлишків. Ця система має базуватися на стандартизованих номенклатурах НАТО (наприклад, NATO Codification System – NCS) [186], що дозволяє управлінському персоналу відстежувати рух критичних ресурсів, прогнозувати потреби на основі оперативних планів та керувати термінами придатності. Цифрове управління логістикою підвищує прозорість та забезпечує медичну стійкість (Medical Resilience) системи, що є прямим управлінським пріоритетом.

Згідно вимог Альянсу, необхідно створити систему медичного планування, яка передбачає розробку управлінських інструментів для моделювання та симуляції медичної підтримки в бойових діях. А це в свою чергу дасть змогу керівним кадрам:

- оцінювати необхідну кількість медичних ресурсів (персоналу, ліжок, евакуаційних засобів) для різних сценаріїв бойових дій (згідно з доктриною AJP-4.10);
- оптимізувати розташування медичних підрозділів (Role 2, Role 3) та шляхи евакуації;
- приймати рішення щодо перерозподілу ресурсів у режимі реального часу.

Впровадження цих цифрових систем є не лише технічним завданням, а стратегічною управлінською необхідністю, що забезпечує перехід від реактивного до проактивного, ризик-орієнтованого управління військовою медициною в умовах євроатлантичної інтеграції.

Основним підходом у підготовці та кадровому забезпеченні для досягнення стратегічних цілей оборонної реформи ЗСУ є рекрутингова система формування кадрового потенціалу військових медиків та їх керівних кадрів [187], що має реалізовуватись наступними шляхами:

- залучення до складу військових медиків, зокрема і керівних кадрів

через рекрутингові структури, які передбачається створити до 2025 р.

- формування системи управління кар'єрою військових медиків та їх керівних кадрів;

- вивченням іноземних мов;

- підготовку офіцерів тактичного та оперативно-тактичного рівня здійснювати виключно в Українській військово-медичній академії;

- підготовку військовослужбовців сержантського складу за військово-обліковими спеціальностями проводити у 205 навчальному центрі (Навчальний центр тактичної медицини для підготовки медичних фахівців рівня взводу і роти за стандартами НАТО на основі стандарту 68W Combat Medic);

- підготовку офіцерів Медичних сил ЗС України запасу мають здійснювати на кафедрах медицини катастроф та військової медицини у закладах вищої медичної освіти (Харківському, Вінницькому, Одеському, Львівському, Івано-Франківському національних медичних університетах, Тернопільському, Буковинському державних медичних університетах, Запорізькій, Дніпропетровській державних медичних академіях та Українській медичній стоматологічній академії).

Щодо безпекового напрямку, окреслюються ризики реалізації напрямів удосконалення державного регулювання підготовки керівних кадрів військових медиків. До них, зокрема відносяться:

- ризик не набуття необхідних спроможностей військовими медиками та їх керівного складу, особливо в умовах обмеження ресурсів;

- ризики оборонного планування (відсутністю необхідних методик визначення потреб Медичних сил ЗС України за різних ймовірних сценаріїв) та некоректність оцінки спроможностей;

- надмірна централізація чи децентралізація процесів управління Медичними силами ЗС України, що ускладнює їх гнучкості щодо реагування на зміну оперативно-тактичної обстановки;

-повільність впровадження нових технологій.

Оцінюючи ризики, слід наголосити, що критичною загрозою є не стільки нестача ресурсів, скільки інерційність управлінського мислення. Подолання цієї інерції можливе лише через запровадження об'єктивної системи моніторингу ефективності (KPI) для керівного складу на всіх рівнях.

Підсумовуючи аналіз стратегічних пріоритетів, можна констатувати, що розвиток управлінського потенціалу у сфері військової медицини України в умовах євроінтеграційних процесів та післявоєнного відновлення потребує фундаментального перегляду підходів до формування її кадрового ядра [188]. Вважаємо, що подолання наслідків війни та перехід до сталого розвитку галузі забезпечується через впровадження цілісного концепту управлінського потенціалу військової медицини, який консолідує інституційну, лідерську та цифрову складові у єдину стратегічну рамку.

По-перше, це інституційна гармонізація на засадах принципів Командування та Контролю (C2) згідно з доктриною AJP-4.10. Це дозволяє сформувати чітку вертикаль управління, яка забезпечує не лише оперативну сумісність із НАТО під час бойових дій, а й створює надійну базу для інтеграції військової медицини у цивільну систему охорони здоров'я під час відновлення країни, реалізуючи концепцію «єдиного медичного простору».

По-друге, стратегічним вектором визначено розвиток лідерських компетентностей. Трансформація системи військової освіти через спеціалізовані програми менеджменту та лідерства спрямована на підготовку керівників нового типу. Вони мають бути здатні приймати ефективні рішення в умовах обмеженого ресурсу та стресу, що є критично важливим не лише на полі бою, а й у складний період реконструкції медичної інфраструктури та реформування кадрової політики після завершення активних бойових дій.

По-третє, обов'язковим елементом концепту є цифровий моніторинг ресурсів, що знаменує перехід до проактивного управління. Впровадження IT-систем на базі стандартів NCS (NATO Codification System) дозволяє

здійснювати автоматизоване прогнозування потреб. У перспективі післявоєнного відновлення це забезпечує прозорість та ефективність розподілу ресурсів, перетворюючи цифрові інструменти на засіб стратегічного менеджменту запасами та медичною логістикою держави.

Таким чином, запропонована стратегічна рамка дозволяє інтегрувати розрізнені елементи підготовки в єдину адаптивну систему. Це гарантує не лише стійкість Медичних сил, а й їхню здатність стати локомотивом модернізації всієї галузі в процесі післявоєнної відбудови та повноправної інтеграції України до євроатлантичного безпекового простору.

3.2. Інтегрована модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО

Сучасна архітектура підготовки керівних кадрів військової медицини України потребує переходу від фрагментарних освітніх заходів до цілісної моделі, здатної забезпечити стійку кадрову спроможність Сил оборони [189]. Нормативним стрижнем та ідейним орієнтиром такого вдосконалення виступає Воєнно-медична доктрина України (постанова КМУ від 31 жовтня 2018 р. № 910), яка вперше на державному рівні визначила стратегічний вектор переходу національної системи медичного забезпечення на стандарти НАТО [190].

Доктрина постулює необхідність впровадження уніфікованих процедур організації медичної допомоги, що вимагає від керівного складу опанування методів стратегічного планування, військової логістики та алгоритмів прийняття рішень за стандартами Альянсу. Зокрема, вимога доктрини щодо створення єдиного медичного простору та рівневої системи медичного забезпечення безпосередньо зумовлює структуру майбутньої моделі підготовки, яка повинна інтегрувати клінічну експертизу з операційною ефективністю управління.

Теоретико-методологічне обґрунтування пропонованої моделі спирається на закладений у доктрині принцип системності та передбачуваності. Це передбачає, що підготовка керівних кадрів має трансформуватися у безперервний цикл, де кожен правовий аспект, починаючи від організації MEDEVAC до управління міжвідомчими ресурсами, конвертується у конкретну управлінську компетенцію.

Актуалізація положень доктрини в умовах повномасштабної агресії підтверджує, що ефективне управління людським капіталом у медичній службі можливе лише за умови організаційно-правового синтезу. Це створює об'єктивну потребу у розробленні моделі, яка поєднує нормативно визначені пріоритети (збереження боєздатності особового складу) з інноваційними методами кадрового менеджменту. Відтак, подальша побудова моделі базується на розумінні підготовки як динамічного механізму, що перетворює доктринальні вимоги на реальну спроможність військово-медичних лідерів діяти в умовах високої невизначеності сучасного бойового середовища.

Практична імплементація доктринальних положень у систему освітньої підготовки військово-медичних управлінських кадрів супроводжується низкою системних викликів, що обумовлюють потребу концептуального перегляду існуючих моделей професійної військової освіти. Насамперед ідеться про збереження розриву між академічними циклами підготовки та динамічними вимогами оперативного середовища, що особливо загострюється в умовах інтенсивної війни та швидкої трансформації засобів ураження, логістики евакуації й організації медичного забезпечення. У науковій дискусії щодо трансформації системи військової медицини держав-членів НАТО підкреслюється, що сучасні конфлікти, зокрема російська збройна агресія проти України, демонструють критичну потребу інтеграції бойового досвіду безпосередньо у планування та підготовку персоналу, а також переорієнтації освітніх програм на розвиток управлінських і міжвідомчих компетентностей [191].

Вчені аргументують, що надмірна стандартизація без урахування культурного контексту й людського фактору створює ризик формалізації підготовки та втрати її адаптивності до реальних бойових умов. Організаційний вимір проблеми проявляється у фрагментарності управління людським капіталом, коли клінічна експертність домінує над розвитком стратегічного та оперативного лідерства. Такий дисбаланс зумовлює дефіцит офіцерів, здатних координувати складні міжвідомчі медичні структури, що функціонують у багаторівневому безпековому середовищі. Водночас національна нормативно-правова база лише частково врегульовує питання військово-медичної підготовки та не завжди забезпечує чіткий зв'язок між управлінською освітою та кар'єрним просуванням. Зокрема, Закон України «Про внесення змін до статті 11 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» щодо військової підготовки громадян України за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби» [192] визначає окремі аспекти професійної підготовки, однак не формує комплексного механізму оцінювання управлінських компетентностей як обов'язкової умови призначення на керівні посади.

Важливим чинником невизначеності виступає також доктринальний ризик, пов'язаний із потенційною складністю адаптації процедур Альянсу до специфіки національного бойового досвіду, який часто виходить за межі типових сценаріїв планування. Відсутність інституціоналізованої взаємоузгодженості між результатами навчання та кадровими рішеннями призводить до ситуації, коли призначення на вищі керівні посади здійснюється переважно за клінічними досягненнями або вислугою років, а не за наявністю підтверджених управлінських компетентностей. Вказане підриває цінність професійної військової освіти (PME), оскільки офіцерський склад сприймає навчання не як інструмент професійної капіталізації, а як формальний бар'єр або часове відволікання від основної діяльності. Крім того, виникає ризик суб'єктивізму в кадрових призначеннях, коли на посади,

що потребують глибокого знання методології НАТО (наприклад, алгоритмів MDMP -Military Decision-Making Process: стандартний військовий процес прийняття рішень щодо планування та проведення операцій; або процедур Medical C2), потрапляють особи без відповідної підготовки. В умовах бойових дій така хаотичність може стати критичним фактором, що знижує швидкість розгортання медичної евакуації та ефективність використання наявних ресурсів.

Пропонована модель спрямована на подолання цієї правової лакуни шляхом впровадження імперативного зв'язку «навчання – кваліфікація – посада». Це передбачає законодавче та нормативне закріплення обов'язковості сертифікату відповідного рівня «L-курсу» як правового цензу для зайняття конкретної керівної посади. Таким чином, управлінська підготовка трансформується у дієвий правовий імператив сертифікації, який гарантує, що ключові ланки військово-медичного управління будуть укомплектовані лідерами з підтвердженою операційною спроможністю, а сама система кадрового менеджменту набуде ознак прозорості та прогнозованості.

З огляду на зазначене, модель має виступати комплексним антикризовим інструментом, спрямованим на нівелювання вказаних ризиків через створення інтегрованого освітньо-управлінського простору. Саме такий підхід дозволить конвертувати виклики сучасної війни у стійку інституційну спроможність медичної служби Збройних Сил України.

Як зазначалось у попередніх розділах роботи, наявні організаційні та освітні практики підготовки офіцерів медичної служби, попри їхню нормативну визначеність, залишаються функціонально фрагментованими. Вони не повною мірою забезпечують системну інтеграцію клінічної експертизи, управлінських спроможностей та жорстких вимог сучасних бойових операцій. На важливості подолання цієї розрізненості наголошує О. Ліненко, обґрунтовуючи, що адміністративно-правове регулювання

медичного забезпечення має базуватися на чіткій координації між органами військового управління та медичними структурами задля дотримання прав військовослужбовців у межах єдиного правового поля [193].

У цьому контексті видається доцільним розроблення та впровадження авторської Інтегрованої моделі підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО. Ця модель покликана поєднати організаційне, правове, методичне, економічне регулювання в єдину систему формування кадрової спроможності військово-медичної ланки.

На відміну від існуючих підходів, пропонована модель розглядає підготовку не як сукупність окремих курсів, а як безперервний цикл професійного розвитку офіцера-лідера. Вона базується на засадах стандартів НАТО та спрямована на подолання управлінського дефіциту через чітку синхронізацію освітніх стандартів із реальними потребами оперативного середовища. Таким чином, розробка моделі стає логічною відповіддю на потребу створення інтегрованого інструментарію, що перетворює адміністративно-правові вимоги Доктрини на практичну готовність керівного складу до управління медичними ресурсами в умовах високої інтенсивності війни.

В основі запропонованої моделі лежить парадигма гібридної адаптивної спроможності, відповідно до якої підготовка керівних кадрів військової медицини розглядається не як завершений освітній продукт, а як безперервний процес формування професійної ідентичності офіцера-управлінця в умовах динамічного безпекового середовища. Ця теза знаходить підтвердження у працях А. Сиротенка та В. Артамоценка, які обґрунтовують необхідність набуття сумісності військової освіти на засадах якості. Автори підкреслюють, що інтеграція національних вимог із високими стандартами НАТО є передумовою створення конкурентоспроможної системи підготовки кадрів сил оборони. Такий підхід відображає сучасні тенденції трансформації

систем Professional Military Education (PME), у межах яких військова освіта виконує функцію розвитку стратегічного мислення, управлінської автономії та здатності діяти в умовах невизначеності [194].

Концептуальна логіка побудови моделі передбачає інтеграцію освітніх, організаційних та доктринальних механізмів формування управлінських компетентностей. Досліджуючи сутність та зміст професійної підготовки офіцерського складу відповідно до вимог НАТО, А. Савченко зазначає, що професіоналізація офіцера повинна базуватися на сучасному розумінні природи воєнного конфлікту та здатності персоналу до оперативного опанування новими технологіями управління [195].

У такій інтерпретації підготовка керівника медичної служби виступає інструментом формування кадрової спроможності всієї військово-медичної системи. Важливим аспектом цього процесу є адаптація кадрової політики до умов глобальної нестабільності. Як доводить Р. Милянник [196], стратегії виживання та успішного функціонування організацій у кризовий період безпосередньо залежать від гнучкості систем управління персоналом та здатності інституцій до трансформації внутрішніх процесів відповідно до зовнішніх викликів.

Основними концептуальними принципами моделі є: безперервність підготовки (continuity); доктринальна відповідність; функціональна автономія.

Принцип безперервності (Continuity). Підготовка управлінського персоналу розглядається як інтегрований компонент кар'єрного розвитку офіцера, що супроводжує його професійний шлях від початкового клінічного етапу до стратегічного рівня управління. Безперервність забезпечує поступове нарощування компетентностей, узгодженість освітніх етапів із кадровими рішеннями та зниження ризиків управлінських розривів між рівнями військового управління. Такий підхід відповідає сучасним моделям професійної військової освіти, де навчання виступає інструментом

формування оперативних спроможностей, а не лише академічної кваліфікації.

Принцип доктринальної відповідності. Модель передбачає синхронізацію освітніх програм із актуальними стратегічними документами, стандартами Альянсу та сучасними концепціями військового управління. Зокрема, модель базується на підходах Medical Command and Control (Medical C2 - система медичного командування та управління [143]; специфічна вертикаль керівництва медичними силами, що забезпечує єдність планування, координації та оперативного управління медичними ресурсами на всіх рівнях операції) та політиці ETEE (Education, Training, Exercise and Evaluation - освіта, підготовка, навчання та оцінювання [144]; комплексна система НАТО, яка забезпечує безперервний цикл професійного розвитку: від отримання теоретичних знань до відпрацювання практичних навичок під час польових навчань із подальшою сертифікацією на відповідність стандартам сумісності). Такий підхід забезпечує максимальну відповідність змісту підготовки реальним функціональним завданням медичного забезпечення військ, формує високий рівень взаємосумісності із системами медичної евакуації та логістики країн-союзників, а також сприяє рішучому переходу від традиційної академічної ізольованості до операційно орієнтованого навчання. Забезпечення доктринальної узгодженості дозволяє впровадити єдині управлінські процедури та медичні стандарти, що є критично важливим для ефективної взаємодії медичних служб у межах спільних багатонаціональних операцій та в умовах сучасного ведення бойових дій.

Принцип функціональної автономії. базується на впровадженні концепції Mission Command (місійно-орієнтоване управління або управління за наміром; філософія командування НАТО, що полягає у наданні підлеглим керівникам свободи дій у виборі способів виконання завдання за умови чіткого розуміння ними загального замислу старшого начальника). В

інтегрованій моделі підготовки ця концепція виступає як методологічна основа для прийняття рішень у критично складному та динамічному оперативному середовищі. Формування такої автономності не означає відмови від централізованого планування чи втрати контролю, а передбачає розвиток у офіцерів медичної служби здатності до дисциплінованої ініціативи. Це дозволяє керівнику ланки (наприклад, начальнику медичної служби бригади) діяти самостійно в межах замислу вищого командування, оперативно адаптуючи схеми евакуації та розподіл ресурсів до різких змін бойової обстановки, не очікуючи детальних вказівок у моменти втрати зв'язку чи дефіциту часу. Такий підхід до підготовки кардинально підвищує гнучкість системи медичного забезпечення, критично скорочує цикл реагування на масові санітарні втрати та сприяє максимальній ефективності управління обмеженими людськими і матеріальними ресурсами в умовах невизначеності.

У сукупності зазначені принципи формують концептуальну основу моделі, забезпечуючи її орієнтацію на розвиток адаптивної кадрової спроможності військово-медичної системи, інтеграцію освітніх процесів із практикою бойового застосування та узгодженість національної підготовки з міжнародними стандартами військового управління.

Таким чином, парадигма гібридної адаптивної спроможності визначає модель підготовки керівних кадрів військової медицини як інтегровану систему формування управлінських компетентностей, що поєднує освітні, доктринальні та організаційні механізми розвитку професійної спроможності офіцера медичної служби.

У попередніх підрозділах було проаналізовано досвід провідних країн НАТО та встановлено, що підготовка управлінського персоналу військової медицини базується на трьох різних підходах: академічно-центристському (США, Франція), курсово-диференційованому (Велика Британія) та конвергентному (Німеччина, Чехія, Польща). Життєздатність запропонованої

моделі підтверджується результатами компаративного аналізу з існуючими системами підготовки провідних країн Альянсу. Кожна з них демонструє високу ефективність у межах власних безпекових стратегій, проте, запропонована нами модель не може бути прямою реплікацією однієї з систем, а являє собою адаптивний синтез, зумовлений національним безпековим контекстом з огляду на унікальність сучасного бойового досвіду та інтенсивність збройної агресії. Запропонована нами модель є гібридною системою, особливість якої полягає у синергії найкращих характеристик світових підходів, адаптованих до реалій війни високої інтенсивності.

На відміну від академічно-центристської моделі (США, Франція), яка робить ставку на тривалі (1-2 роки) цикли фундаментальної підготовки магістерського рівня, розроблена модель пропонує концепцію «диференційованої академічності». При цьому зберігається стратегічна глибина навчання на базі Національного університету оборони України, проте трансформується у модульний формат. Це дозволяє офіцеру здобувати рівневу освіту (L3-L5) без тривалого відриву від виконання оперативних завдань, що є неможливим для США, але життєво необхідним для України в умовах воєнного стану.

Порівняно з курсово-диференційованою моделлю (Велика Британія), яка орієнтована на концепцію «just-in-time training» (підготовку під конкретну місію), наша модель характеризується інституційною стійкістю. Якщо британський підхід є надзвичайно гнучким, але фрагментарним, то запропонована модель інтегрує інтенсивні курси серії «L» у єдину систему безперервного кар'єрного менеджменту. Особливістю нашого підходу є те, що модульність (гнучкість) не замінює, а доповнює доктринальну базу, забезпечуючи перехід від вузькоспеціалізованих курсів до формування цілісної лідерської ідентичності офіцера-управлінця.

Щодо конвергентної (цивільно-військової) моделі (Німеччина, Польща, Чехія), яка базується на синергії з цивільною вищою школою, запропонована

модель реалізує принцип «глибокої інтеграції в умовах загрози». На відміну від країн НАТО, де цивільно-військова взаємодія часто розглядається як інструмент економії ресурсів у мирний час, у розробленій моделі вона виступає механізмом національної стійкості. Ми пропонуємо не просто спільне навчання, а створення єдиного інформаційно-управлінського простору, де військовий керівник володіє інструментарієм управління цивільними медичними ресурсами для потреб оборони, що є унікальною вимогою національного контексту.

Таким чином, особливість моделі полягає у її гібридній компонентній структурі: від академічно-центристського підходу запозичено фундаментальність стратегічного мислення та підготовку наукових кадрів на базі НУОУ; від курсово-диференційованого підходу - оперативність оновлення змісту навчання кожні 6 місяців на основі аналізу «lessons learned» та модульність курсів «L»; від конвергентної моделі - здатність до міжвідомчого управління та використання цивільної інфраструктури в межах єдиного медичного простору.

Така гібридна архітектура забезпечує українській системі підготовки унікальну перевагу, а саме операційну витривалість. Вона дозволяє формувати корпус управлінців, які однаково ефективно діють як у межах штабних процедур НАТО (сумісність), так і в умовах нестандартних викликів сучасної війни (адаптивність), де жодна з класичних західних моделей не має достатнього емпіричного досвіду.

Розкриття структурної архітектури моделі доцільно здійснювати крізь призму її функціональної логіки як системи взаємопов'язаних компонентів, що забезпечують узгодженість нормативних засад, освітнього процесу та практики управлінської діяльності у військово-медичній сфері. Запропонована модель має ієрархічну побудову, яка відображає послідовність формування управлінських компетентностей та механізми їх інституційного закріплення та практичної реалізації. Така структуризація

дозволяє забезпечити вертикальну наступність підготовки від тактичного до стратегічного рівня, а також горизонтальну інтеграцію між клінічними, освітніми та управлінськими процесами.

Тактичний рівень становить базову основу моделі та спрямований на підготовку безпосередніх командирів медичних підрозділів і начальників медичних пунктів. Основний акцент робиться на формуванні практичних управлінських компетентностей, пов'язаних із організацією медичного забезпечення підрозділів у реальних умовах бойових дій, прийняттям рішень у ситуаціях обмеженого часу та ресурсів, а також поєднанням клінічної експертизи з функціями командира.

Оперативний рівень моделі орієнтований на підготовку керівників, здатних забезпечувати планування та координацію медичного забезпечення в межах операційних угруповань військ. Його змістова специфіка полягає у формуванні навичок інтеграції медичних можливостей у загальний оперативний замисел, організації міжвидової взаємодії та управління силами й засобами медичної служби у динамічному бойовому середовищі. На цьому рівні відбувається перехід від індивідуального управління підрозділом до системного управління медичним компонентом операції.

Стратегічний рівень репрезентований Національним університетом оборони України, який виконує роль інституційного центру формування стратегічного мислення, політико-управлінських компетентностей і доктринального бачення розвитку системи військово-медичного забезпечення. Саме на цьому рівні здійснюється підготовка офіцерів до виконання функцій стратегічного планування, формування політик і управління ресурсами на рівні командувань та центральних органів військового управління.

Таким чином, така структура відображає не лише вертикальну підпорядкованість рівнів підготовки, а й поступове ускладнення управлінських завдань: від безпосереднього керівництва медичним

підрозділом до стратегічного формування політики військово-медичного забезпечення. При цьому система функціональних зв'язків визначає динаміку практичної реалізації пропонованої моделі та її загальну управлінську ефективність. У межах моделі функціональні зв'язки формують інтеграційне середовище, що забезпечує узгодження кадрових потреб, змісту освітніх програм та процедур професійного розвитку офіцерів-медиків.

Багатовекторність цих зв'язків передбачає одночасну включеність системи у внутрішньо-організаційний контур військового управління, міжвідомчий простір національної системи охорони здоров'я та зовнішній контекст міжнародної військово-медичної співпраці. Такий підхід корелює зі стратегічними пріоритетами держави, закріпленими у постанові Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2024 року № 1109 [179], якою внесено зміни до Концепції трансформації системи військової освіти. Нормативний акт передбачає побудову сучасної системи підготовки кадрів на основі стандартів НАТО, що вимагає тісної функціональної інтеграції освітнього процесу з оперативними потребами сил оборони.

Саме завдяки поєднанню вертикальних, горизонтальних і зовнішніх зв'язків модель набуває ознак відкритої адаптивної системи. Це дозволяє забезпечити не лише безперервність підготовки та інституційну узгодженість, а й національну стійкість у багаторівневому безпековому середовищі. Як зазначають О. О. Резнікова, К. Є. Войтовський та А. В. Лепіхов, організація системної стійкості безпосередньо залежить від ефективності взаємодії на всіх рівнях управління [197]. У контексті побудови Інтегрованої моделі підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО це означає здатність моделі підтримувати операційну сумісність та гнучко реагувати на виклики через задіяння ресурсів як військового, так і цивільного секторів, створюючи надійний механізм відтворення управлінського потенціалу.

Розкриття управлінського циклу моделі доцільно розглядати не як

сукупність ізольованих освітніх процедур, а як безперервний механізм інституційного саморегулювання системи підготовки керівних кадрів медичної служби. Методологічною основою такого циклу виступає концепція PDCA (Plan-планування, Do-виконання, Check-перевірка, Act-коригування) як замкнена модель управління якістю, що передбачає послідовне планування, реалізацію, перевірку результатів та коригування діяльності. Її адаптація до умов військової освіти формує динамічний контур управління підготовкою, у якому зміст навчання безпосередньо залежить від змін оперативного середовища та накопичення практичного досвіду застосування військ.

Застосування цього циклу дозволяє реалізувати принцип безперервності (Continuity). Відповідно до досліджень В. Мірненка, Д. Вітера та В. Оліферука [198], трансформація системи військової освіти в Україні спрямована на створення єдиної та інтегрованої моделі підготовки особового складу на основі курсів професійної військової освіти L1-L5. Це формує динамічний контур управління, де зміст навчання безпосередньо залежить від змін оперативного середовища та накопичення практичного досвіду застосування військ. Автори наголошують, що Національний університет оборони України виступає лідером у цьому процесі, забезпечуючи методичну допомогу навчальним закладам та реалізуючи підготовку стратегічного рівня (L4-L5). Такий підхід гарантує, що управлінський цикл моделі не лише забезпечує академічну кваліфікацію, а й формує реальні оперативні спроможності, необхідні для ефективного управління медичною службою в умовах сучасної збройної боротьби.

На етапі планування здійснюється аналітичне опрацювання системи «Lessons Learned» як структурованих висновків із досвіду бойових дій, навчань і реальних операцій, що проходять процедуру інституційної верифікації та трансформуються у зміст освітньо-професійних програм і навчальних модулів. Етап реалізації передбачає проведення інтенсивних

модульних курсів, які забезпечують швидке набуття управлінських компетентностей за умов мінімального відриву офіцерів від виконання службових обов'язків [199]. Фаза перевірки (Check) спрямована на оцінювання не лише теоретичних знань, а насамперед здатності застосовувати їх у складних управлінських ситуаціях, що досягається через інтеграцію навчального процесу з командно-штабними тренуваннями, моделюванням оперативних сценаріїв і процедурами зовнішньої стандартизованої сертифікації. Завершальний етап корекції (Act) забезпечує регулярне оновлення змісту підготовки та перегляд освітніх програм відповідно до нових викликів безпекового середовища, змін у характері бойових дій і трансформації організаційної структури медичної служби.

У підсумку реалізація циклу PDCA трансформує систему підготовки з лінійного освітнього процесу у адаптивну управлінську платформу, що здатна оперативно реагувати на зміни оперативної обстановки, забезпечувати актуальність компетентнісного профілю керівників та підтримувати безперервність їх професійного розвитку.

Реалізація підготовки керівного складу військових медиків здійснюється через ієрархічно вибудовану систему рівнів (L1-L5), яка забезпечує поступову трансформацію професійної ідентичності військового медика: від клінічного фахівця тактичної ланки до суб'єкта стратегічного управління воєнно-медичною системою. Така логіка відповідає концепції поетапного нарощування управлінських компетентностей, у межах якої кожний наступний рівень не дублює попередній, а розширює горизонт прийняття рішень, масштаб відповідальності та складність управлінських завдань.

На тактичному рівні (L1-L2) формується базова командирська компетентність, що поєднує клінічні знання з первинними управлінськими функціями [200]. Йдеться не лише про професійну медичну підготовку, а про здатність діяти в умовах обмежених ресурсів, високого рівня невизначеності

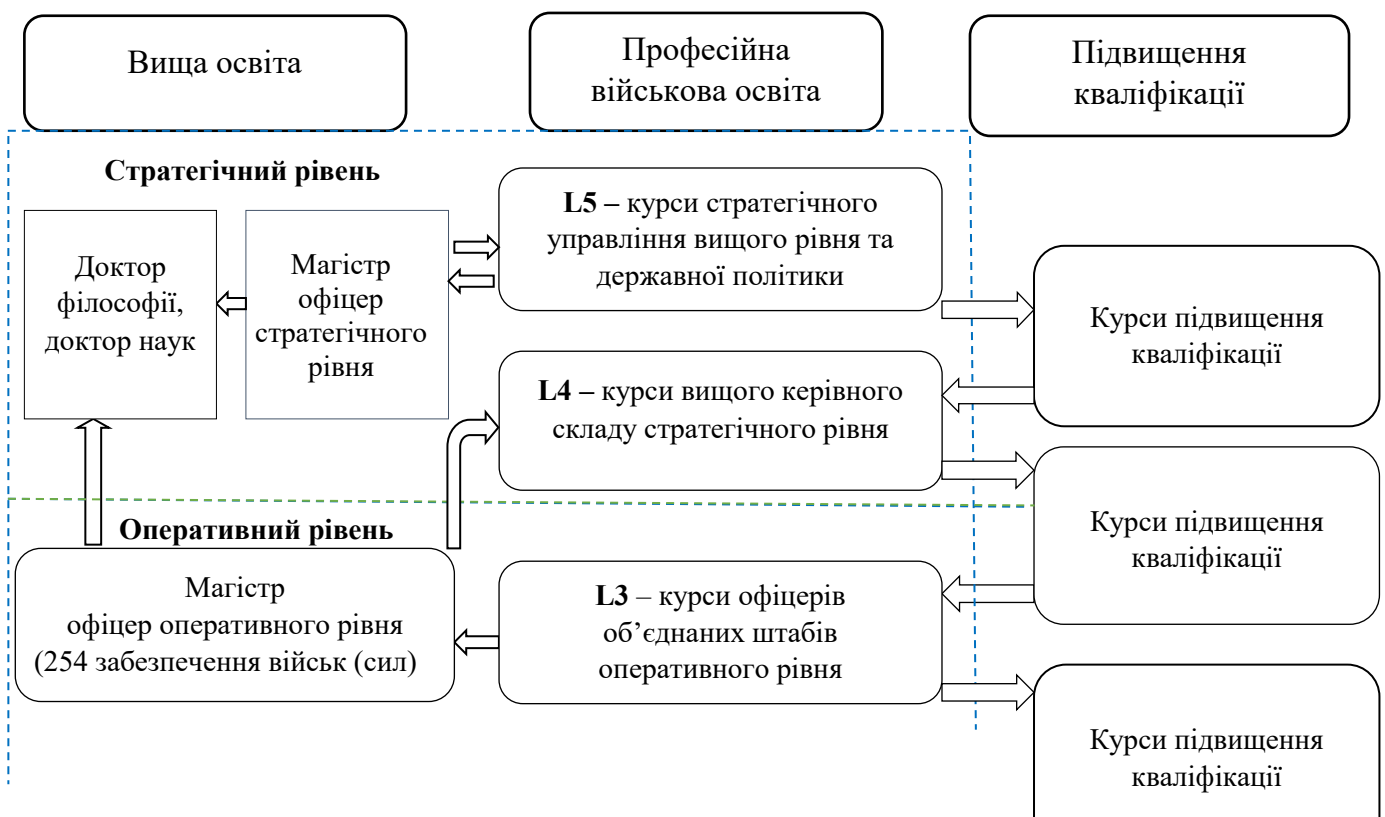
та безпосередньої загрози життю особового складу. Саме на цьому рівні закладається фундамент лідерства через інтеграцію медичних рішень у тактичний контекст бойових дій. Рівень L1 орієнтований на молодших офіцерів і забезпечує формування компетентностей управління медичною евакуацією в межах «золотої години», організації роботи медичних пунктів та базового ресурсного планування. Рівень L2 поглиблює управлінський компонент через опанування процедур військового планування (зокрема MDMR), що дозволяє інтегрувати медичне забезпечення у загальний замисел операції та переводить офіцера з позиції виконавця у позицію суб'єкта штабного управління.

Українська військово-медична академія забезпечує інтеграцію клінічної, тактико-спеціальної та первинної управлінської підготовки військових медиків відповідно до сучасних вимог бойового середовища [201]. Освітній процес Академії орієнтований на формування спроможності приймати медико-організаційні рішення в умовах динамічної оперативної обстановки, поєднуючи практичну клінічну підготовку з відпрацюванням алгоритмів управління медичними підрозділами на рівні тактичної ланки. Через симуляційні тренінги, польову підготовку та міждисциплінарну взаємодію забезпечується розвиток навичок медичної евакуації, сортування поранених, організації роботи мобільних медичних пунктів і первинного планування ресурсів у межах бойових операцій. Такий формат підготовки створює основу для подальшого переходу військового медика від виконавця клінічних завдань до суб'єкта управління медичним забезпеченням підрозділу, закладаючи передумови для наступного професійного зростання на оперативному та стратегічному рівнях військово-медичного управління.

Оперативний рівень (L3) відображає перехід від управління підрозділом до координації системи медичного забезпечення в масштабі операцій та угруповань військ. На цьому етапі управлінська діяльність набуває міжвидового та міжфункціонального характеру, а ключовою стає

здатність до інтеграції медичних, логістичних і командних процесів [202]. Освоєння концепції Medical Command and Control (MED C2) формує у слухачів компетентності планування медичного забезпечення операцій, управління значними ресурсами, розгортанням багаторівневої системи медичної допомоги (Role 2, Role 3) та взаємодії з логістичними структурами і союзницькими підрозділами. Таким чином, управлінець переходить від локальної відповідальності за підрозділ до системного управління медичними спроможностями у межах операційного театру.

Стратегічний рівень (L4-L5) формує здатність до державного управління воєнно-медичною сферою та розроблення політики у сфері медичного забезпечення оборони [203]. Рівень L4 орієнтований на вищий керівний склад і передбачає зміщення акценту з оперативного управління на стратегічне планування, управління ризиками, інституційне проєктування та міжвідомчу координацію. Рівень L5 забезпечує підготовку суб'єктів стратегічного лідерства, здатних формувати воєнно-медичну доктрину, здійснювати трансформацію системи підготовки та забезпечувати інтеграцію національної воєнно-медичної політики у міжнародні безпекові структури, зокрема у взаємодії з державами-членами НАТО. Багаторівнева система професійної військової освіти офіцерів медичної служби наведена на рис. 3.2.



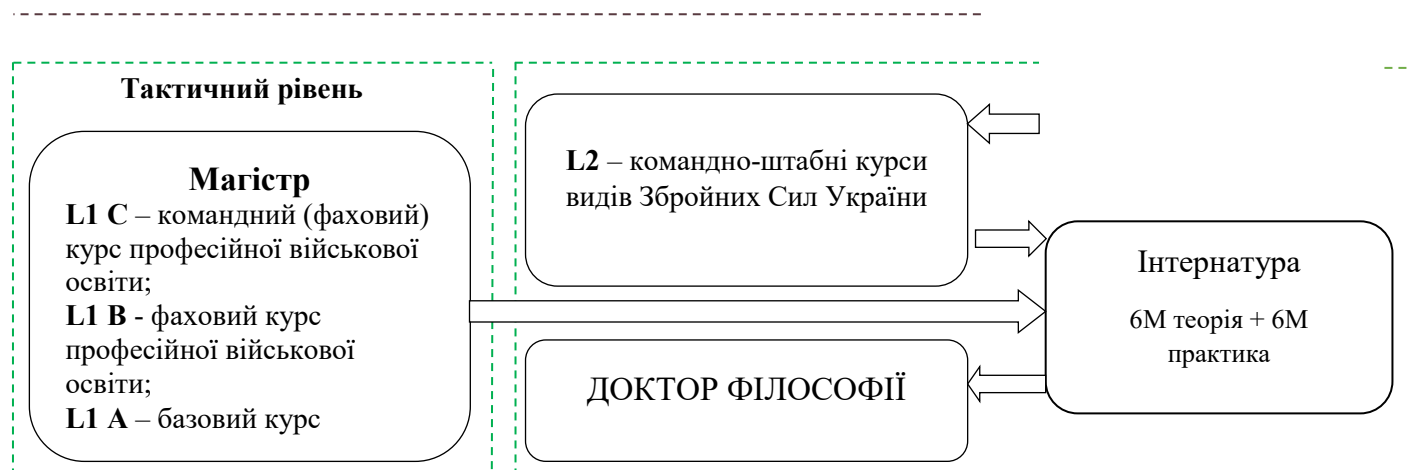


Рис. 3.2. Багаторівнева система професійної військової освіти офіцерів медичної служби

Джерело: сформовано автором

У цілісному вимірі така ієрархія рівнів виступає управлінською траєкторією розвитку керівника, де кожний наступний етап змінює масштаб мислення, починаючи від клінічного реагування до стратегічного прогнозування та формування політики. Саме це забезпечує узгодженість професійної еволюції офіцера медичної служби з логікою побудови багаторівневої системи військового управління.

З огляду на це, практична імплементація розробленої Інтегрованої моделі підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО потребує задіяння комплексу взаємопов'язаних регуляторних важелів, які забезпечують перехід від теоретичного проектування до функціональної трансформації кадрової спроможності. Ці механізми утворюють цілісну систему інструментів, що дозволяють синхронізувати освітній процес із вимогами оперативного середовища та нормативними засадами проходження військової служби.

Основним є організаційне регулювання, зміст якого полягає у переході до багаторівневої системи професійної військової освіти на основі курсів серії «L» (L1-L5). Такий підхід трансформує підготовку з лінійного навчання

у динамічну траєкторію кар'єрного зростання, де отримання управлінської кваліфікації на відповідному рівні стає обов'язковою умовою для призначення офіцера медичної служби на вищу керівну посаду. Організаційна структура моделі забезпечує ієрархічну послідовність: від тактичної ланки (начальник медичної служби батальйону, командир медичної роти) через оперативну (начальник медичної служби бригади, корпусу чи угруповання) до стратегічної, зосередженої у провідних наукових та навчальних центрах, таких як Національний університет оборони України.

Організаційні зміни неможливі без правового регулювання, спрямованого на інституційне закріплення нових стандартів підготовки. Його реалізація передбачає удосконалення Положення про проходження військової служби та інших нормативно-правових актів, що регулюють адміністративно-правовий статус офіцера. У межах цього механізму сертифікат про успішне завершення відповідного рівня управлінської підготовки набуває статусу юридичної підстави для кадрового просування. Це дозволяє подолати суб'єктивізм при призначенні на посади та створити прозору систему відбору лідерів, здатних брати на себе відповідальність у складних правових режимах, зокрема під час воєнного стану. Таке нормативне регулювання є фундаментом для забезпечення системності та правової визначеності всієї вертикалі медичного забезпечення.

Ефективність функціонування правових та організаційних структур безпосередньо залежить від методичного регулювання, що визначає інноваційний зміст навчання. Пріоритетним напрямом тут є впровадження методів імітаційного моделювання та симуляційних вправ з медичного командування (Medical C2). Це дозволяє відпрацьовувати управлінські рішення в умовах високої інтенсивності бойових дій та масового надходження поранених (MASCAL), максимально наближаючи підготовку до реалій сучасних конфліктів. Методичний компонент забезпечує набуття оперативної сумісності з медичними структурами країн-членів НАТО,

оскільки базується на єдиних процедурах військового планування (MDMP) та стандартах оцінювання результативності навчання.

Економічне регулювання орієнтоване на раціональний розподіл ресурсів у межах оборонного бюджету. Його сутність полягає в інтенсифікації підготовки шляхом переходу до модульної системи короткострокових спеціалізованих курсів. Це дозволяє мінімізувати терміни відриву керівного складу від виконання службових обов'язків, що є критично важливим в умовах ведення активних бойових дій, та водночас забезпечує безперервність їхнього професійного розвитку. Оптимізація витрат на навчання через концентрацію ресурсів на найбільш затребуваних управлінських модулях підвищує загальну економічну ефективність функціонування військово-медичної освіти.

Таким чином, комплексна взаємодія організаційних, правових, методичних та економічних важелів державного регулятивного впливу дозволяє сформувати адаптивне середовище для підготовки військово-медичних лідерів нового покоління. У цілісному вимірі зазначені регулятивні механізми перетворюють модель на дієвий інструмент зміцнення національної стійкості, забезпечуючи готовність медичної служби до виконання завдань за призначенням у будь-яких умовах безпекового середовища.

Національний університет оборони України (НУОУ) [204] виступає провідною інституційною платформою для впровадження програм лідерства стратегічного рівня. Саме на базі Університету здійснюється адаптація доктринальних концепцій Альянсу (зокрема Medical C2 та ETEE) до специфіки національного безпекового середовища. Заклад забезпечує трансформацію професійного профілю офіцера медичної служби: від вузькопрофільної фахової експертизи до міжвидового (Joint) рівня управління.

Науково-методологічна місія НУОУ у межах пропонованої моделі

реалізується через розробку інноваційних освітньо-професійних програм магістерського рівня, а також підготовку науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації (докторів філософії та докторів наук) за напрямками воєнної безпеки та менеджменту персоналу. Крім того, Університет виконує функцію експертного центру, що здійснює верифікацію та оцінку результативності імплементації нових військово-медичних регламентів.

До основних завдань НУОУ у процесі реалізації моделі належать:

- інституційна сертифікація (здійснення комплексної перевірки управлінських спроможностей офіцерського складу як обов'язкової умови для їхнього подальшого кар'єрного просування на вищі керівні посади);
- стратегічне партнерство (активна координація освітньої діяльності з профільними коледжами країн-членів НАТО та системна участь у програмі вдосконалення військової освіти DEEP (Defence Education Enhancement Programme);
- високотехнологічна підготовка (здіяння потужностей центрів імітаційного моделювання для апробації стратегічних сценаріїв розгортання та функціонування системи медичного забезпечення у масштабах держави.

Отже, НУОУ виконує функцію системного інтегратора. Він забезпечує діалектичний зв'язок між практичним досвідом медичних підрозділів тактичної ланки та стратегічними пріоритетами національної безпеки, формуючи цілісний управлінський контур військово-медичної системи.

Інтегрована модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України наведена на рис. 3.3.



Рис. 3.3. Інтегрована модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО

Джерело: сформовано автором

Інтегрована модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО виконує декілька функцій:

- інституційно-правова функція формує нормативно-організаційну основу функціонування моделі;
- змістовно-процесуальна визначає логіку поетапного розвитку компетентностей через курсово-рівневу систему;
- клініко-управлінська забезпечує інтеграцію професійної медичної експертизи у процеси прийняття управлінських рішень.

Вважаємо, що сукупність зазначених функцій моделі формує цілісну систему підготовки керівних кадрів військової медицини, орієнтовану на забезпечення адаптивності та операційної ефективності у сучасних умовах

безпекового середовища.

Реалізація моделі потребує запровадження системи ключових показників ефективності (Key Performance Indicators, KPI), які виступають інструментом кількісної та якісної оцінки спроможності кадрового потенціалу, що дозволяє не лише відстежувати поточний стан, а й здійснювати стратегічне управління розвитком управлінських компетенцій відповідно до міжнародних стандартів та доктринальних вимог. Такий підхід узгоджується з актуальними науковими дослідженнями щодо оцінки ефективності функціонування військових навчальних підрозділів та підготовки офіцерів, які пропонують комплексні показники функціональної результативності (що включають як кількісні, так і якісні аспекти) для систем підготовки військових кадрів в умовах сучасних викликів і гібридних загроз [205].

Операційний рівень KPI фокусується на оцінці оперативної ефективності прийняття управлінських рішень під впливом процедур Medical Command and Control (Medical C2) та Military Decision Making Process (MDMP). Вимірюваним показником у цьому контексті виступає час від отримання бойового розпорядження до видачі операційного наказу (OPORD) на медичне забезпечення, що є прямим відображенням ефективності інформаційних і командно-штабних процесів. Оптимізація цього циклу через стандартизовані робочі процедури (Standard Operating Procedures, SOP) та тренування штабної роботи дозволяє критично зменшити час реакції в умовах так званої «золотої години» при масових санітарних втратах, що є ключовим для збереження життя та здоров'я персоналу на полі бою.

На доктринальному рівні оцінювання зосереджено на сумісності процедур з вимогами стандартів НАТО, які формують основу ефективного планування та координації медичного забезпечення у багатонаціональних операціях. Основним нормативним документом у цій сфері є Allied Joint Medical Planning Doctrine (STANAG 2542 / AJMedP-1), що встановлює рамки

медичного планування, включно зі встановленням вимог до персоналу, структури та процедур медичного забезпечення, а також визначає взаємодію медичних планувальників із загальними планувальними процесами НАТО [206].

Оцінювання відповідності за цими стандартами здійснюється через командно-штабні тренування з використанням міжнародних оцінювальних чек-листів, де високий рівень KPI означає здатність керівника інтегрувати медичний підрозділ у багатонаціональне угруповання без додаткових адаптацій.

Кадровий рівень KPI відображає ефективність укомплектування керівних посад сертифікованими фахівцями. Його показником є відсоткове співвідношення офіцерів, що успішно пройшли відповідний рівень професійних курсів (L1-L5), до загальної кількості посад відповідного рангу. Постійне зростання цього показника свідчить про якісний перехід до «управління за результатами» та про зменшення залежності від призначень на основі клінічного, а не управлінського досвіду, що є важливою ознакою професіоналізації управлінського корпусу. Такий підхід відповідає сучасним концепціям competency-based assessment у військовій освіті, які підкреслюють значення вимірюваних компетентнісних результатів як основи для прийняття управлінських рішень [207].

Інституційний рівень оцінки фокусується на адаптивності освітнього контенту та здатності системи оперативно імплементувати Lessons Learned із бойового досвіду у навчальні програми. Показником є час від фіксації нової тактики противника або змін у алгоритмах медичної евакуації до появи відповідного модуля у програмі Національного університету оборони України. Для забезпечення ефективності моделі цей цикл не повинен перевищувати одного академічного півріччя, що узгоджується з принципами безперервного вдосконалення навчального процесу за моделлю PDCA. Така динамічна адаптація сприяє постійному оновленню освітніх програм і

підвищенню практичної готовності керівних кадрів до сучасних викликів. Принципове значення цього показника полягає в здатності системи освіти адаптуватися до реальних змін у зовнішньому середовищі, що відповідає логіці циклу безперервного вдосконалення PDCA (Plan-Do-Check-Act).

Усі вищезгадані рівні KPI формують єдину інтегровану систему оцінювання, яка робить модель підготовки керівних кадрів саморегульованою завдяки можливості отримувати об'єктивні дані про стан розвитку управлінського потенціалу та здійснювати коректувальні дії на основі отриманих результатів. Це вкрай важливо в умовах динамічних викликів євроатлантичної інтеграції та потреби адаптації національної військової медичної освіти до стандартів та практик НАТО, що було відзначено у нещодавньому інституційному аудиті, який підкреслив значний прогрес України у наближенні системи професійної військової освіти до стандартів Альянсу [208].

Підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити, що розроблена Інтегрована модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО виступає цілісним інструментом трансформації кадрового потенціалу в умовах євроатлантичної інтеграції. Ефективність моделі забезпечується через синергію рівневої підготовки (L1-L5), правовий імператив сертифікації кадрового призначення та механізмів динамічного оновлення змісту навчання за циклом PDCA. Вважаємо, що пропонована архітектура дозволяє нівелювати системні ризики управлінського дефіциту та забезпечує високу оперативну сумісність із медичними структурами країн-членів НАТО. Впровадження системи індикаторів ефективності (KPI) та орієнтація на «Lessons Learned» перетворюють модель на саморегульовану систему, здатну підтримувати стійкість військово-медичного управління в умовах високотехнологічної війни високої інтенсивності.

3.3. Інституціоналізація управлінської спроможності медичних сил України у системі підготовки керівних кадрів військової медицини

Інституціоналізація управлінської спроможності військово-медичних сил України постає ключовою умовою забезпечення системності, передбачуваності та стійкості державного регулювання у сфері підготовки керівних кадрів військової медицини. Вона відображає процес переходу від фрагментарних практик формування управлінських компетентностей до їх нормативно закріпленої, організаційно впорядкованої та відтворюваної інституційної моделі, інтегрованої у загальну архітектуру сектору безпеки і оборони. У цьому контексті інституціоналізація розглядається як формування стабільного інституційного середовища, в межах якого функції управління, вимоги до компетентностей керівників, освітні стандарти та процедури кар'єрного розвитку набувають системного характеру та забезпечують узгодженість між стратегічним плануванням, освітньою підготовкою і практикою оперативного застосування медичних сил.

Нормативний компонент державного регулятивного впливу у сфері підготовки керівних кадрів військової медицини охоплює сукупність законодавчих і підзаконних актів, якими визначено предмет регулювання, коло суб'єктів, об'єкт управління та порядок реалізації управлінських повноважень. Предметом регулювання виступають суспільні відносини, пов'язані з формуванням, професійним розвитком і використанням керівного складу медичних сил у системі оборони. Об'єктом управління є процес підготовки та просування керівних кадрів військово-медичного профілю. Суб'єктами регулятивного впливу є Верховна Рада України, Президент України, Кабінет Міністрів України, Міністерство оборони України, Міністерство освіти і науки України та інші органи виконавчої влади, уповноважені на нормативне забезпечення відповідних сфер.

Правову основу регулювання військово-медичної підготовки становить

Закон України «Про військовий обов'язок і військову службу». Зміни, внесені Законом №4538-IX до статті 11, конкретизують порядок військової підготовки громадян за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби. Нормативне закріплення спеціалізованої підготовки осіб медичних спеціальностей формує юридичну рамку для створення резерву управлінських кадрів медичних сил [192]. Законодавче визначення обов'язковості та організаційних засад такої підготовки переводить її з площини адміністративної практики у сферу публічно-правового обов'язку держави щодо забезпечення оборонної спроможності.

Регламентацію проходження служби, порядку призначення на посади та умов професійного розвитку визначено Положенням про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України (у редакції змін, внесених Указом Президента України №397/2025 «Про внесення змін до Положення про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України») [209]. Норми цього акта встановлюють процедурні вимоги до кадрових рішень, атестації, підвищення кваліфікації та просування по службі. У контексті інституціоналізації управлінської спроможності це створює юридичну можливість пов'язати проходження управлінських курсів із зайняттям відповідних посад, що перетворює освітній результат на формалізований критерій кадрового відбору.

Стандартизацію освітньої складової забезпечує наказ Міністерства освіти і науки України № 296 від 05 квітня 2022 року, яким затверджено стандарт вищої освіти за спеціальністю 253 «Військове управління (за видами збройних сил)» для другого (магістерського) рівня [130]. Стандарт визначає перелік компетентностей і програмних результатів навчання, що охоплюють стратегічне планування, організацію взаємодії, управління ресурсами та прийняття рішень в умовах невизначеності. Наявність такого нормативного документа дозволяє інтегрувати управлінську підготовку

військово-медичного персоналу у загальну систему професійної військової освіти та забезпечує її уніфікацію.

Результати аналізу законодавчої бази, здійсненого у підрозділі 2.2, дають підстави розглядати Закон України «Про національну безпеку України» [210] як системоутворюючий акт, що визначає нормативний каркас державного регулювання у секторі безпеки і оборони. Його положення закріплюють принципи стратегічного планування розвитку сил оборони, розмежування повноважень суб'єктів управління та відповідальність держави за формування кадрового потенціалу. У межах цієї логіки медичне забезпечення військ інституційно включене до структури оборонної спроможності, а отже, підлягає стратегічному управлінню та плануванню на рівні державної політики.

Нормативний потенціал цього закону полягає у створенні правових передумов для інтеграції підготовки керівних кадрів військової медицини у механізми оборонного планування. Закон дозволяє розглядати управлінську спроможність медичних сил як елемент загальної оборонної спроможності держави, що легітимізує необхідність її системного розвитку. Водночас нормативні приписи мають рамковий характер і не деталізують специфіку кадрового забезпечення саме військово-медичної складової, залишаючи питання управлінських компетентностей на рівні підзаконного регулювання.

Аналогічна ситуація простежується і в законодавстві у сфері охорони здоров'я. Як зазначалось у підрозділі 2.2., «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [112] формують загальнодержавні стандарти організації медичної допомоги, визначають права і обов'язки медичних працівників та закладають принципи управління галуззю. Їх нормативний потенціал полягає у забезпеченні єдиних професійних стандартів і створенні правової бази для інтеграції військової та цивільної медицини, що набуває особливої ваги в умовах воєнного стану та реалізації концепції єдиного медичного простору.

Разом із тим, зазначений документ не враховує специфіки військово-медичного управління як окремого сегмента державного регулювання. У ньому відсутні норми, які б визначали особливості управлінських функцій медичних служб у складі сил оборони, порядок їх взаємодії з військовим командуванням або вимоги до керівних посад у системі військової медицини. Це свідчить про наявність нормативної прогалини, яка ускладнює повноцінну інституціоналізацію управлінської спроможності медичних сил.

Отже, вказане засвідчує наявність багаторівневої правової архітектури, у межах якої поєднуються стратегічні, галузеві та процедурні норми. Закони сектору безпеки й оборони визначають системні орієнтири та інтегрують медичне забезпечення до структури оборонної спроможності держави; законодавство про військову службу конкретизує порядок формування та використання кадрового потенціалу; акти у сфері освіти встановлюють стандартизовані вимоги до управлінських компетентностей; підзаконні акти регламентують механізми проходження служби, атестації та просування. У сукупності це створює формально цілісне нормативне поле, здатне забезпечити правову визначеність і процедурну впорядкованість підготовки управлінського складу медичних сил.

Водночас, попри свою розгалуженість, чинна нормативна база залишається переважно рамковою щодо спеціалізованої управлінської підготовки саме у військово-медичному сегменті. Вона закріплює загальні принципи, компетентнісні орієнтири та процедурні вимоги, однак не формує цілісного нормативного контуру, який би безпосередньо поєднував стратегічні цілі оборонного планування з конкретними моделями формування управлінської спроможності медичних сил. Разом з тим, відсутність деталізованих норм, що безпосередньо пов'язують управлінську освіту з процедурою призначення на керівні посади у медичних силах, а також брак спеціалізованого регулювання управлінських компетентностей у військово-медичному сегменті, свідчать про необхідність подальшої

нормативної конкретизації.

На нашу думку, подальший розвиток інституціоналізації управлінської спроможності медичних сил потребує нормативного закріплення диференційованих вимог до рівнів професійної військової освіти залежно від тактичного, оперативного та стратегічного рівня управління у медичній сфері. Доцільним є також унормування обов'язковості сертифікації управлінських компетентностей як передумови призначення на посади начальників медичних служб різних рівнів. Без такої конкретизації нормативний масив залишатиметься декларативним, а інституціоналізація неповною.

Організаційний компонент державного регулювання підготовки керівного складу військової медицини вибудовується навколо взаємодії двох основних структур системи професійної військової освіти: Національного університету оборони України та Української військово-медичної академії. Їх функціональна диференціація має принципове значення для інституціоналізації управлінської спроможності [211]. Перший із зазначених суб'єктів забезпечує стратегічно-методичний рівень підготовки, формує концептуальні засади розвитку військової освіти, визначає компетентнісні моделі та здійснює науково-методичний супровід освітніх програм. Другий реалізує спеціалізовані програми, спрямовані на набуття управлінських компетентностей з урахуванням специфіки організації медичного забезпечення військ, досвіду бойового застосування та особливостей функціонування медичних підрозділів у системі сил оборони.

У цьому контексті організаційний компонент державного регулятивного впливу проявляється не лише як сукупність інституцій, а як упорядкована система їх взаємодії. Йдеться про встановлення стабільних процедур координації навчальних програм, узгодження вимог до результатів навчання, формування єдиної системи оцінювання управлінських компетентностей та інтеграцію освітнього процесу з практикою

функціонування медичних сил [212]. Відсутність такої координації породжує ризик дисбалансу між стратегічним баченням підготовки та її прикладною реалізацією, що, своєю чергою, знижує ефективність державного регулятивного впливу.

Вказане дозволяє стверджувати, що інституціоналізація управлінської спроможності передбачає перехід від епізодичної підготовки окремих посадових осіб до системно відтворюваної моделі формування керівного корпусу медичних сил: закріплення сталих механізмів відбору слухачів, безперервності навчання, зв'язку між проходженням підготовки та призначенням на відповідні посади, а також впровадження процедур зворотного зв'язку з органами військового управління щодо якості підготовки. За таких умов управлінська компетентність набуває статусу інституційної характеристики, а не індивідуальної переваги окремих керівників.

На наш погляд, принциповим критерієм ефективності організаційного компоненту державного регулювання підготовки керівного складу військової медицини є його здатність забезпечити адаптивність системи підготовки до змін у безпековому середовищі. В умовах тривалої збройної агресії та трансформації форматів ведення бойових дій організаційна структура має передбачати механізми оперативного оновлення освітніх програм, інтеграції бойового досвіду та міжвідомчої координації. За відсутності таких механізмів навіть формально вибудувана інституційна модель ризикує перетворитися на інерційну адміністративну конструкцію, неспроможну оперативно забезпечити реальне посилення управлінського потенціалу медичних сил.

Методичний компонент забезпечує внутрішню змістову та процедурну впорядкованість системи підготовки, зокрема стандартизацію змісту, алгоритмізацію навчального процесу та забезпечення його відтворюваності. Саме тут інституціоналізація управлінської спроможності

набуває конкретного інструментального виміру, який реалізується передусім через стандартизацію освітніх програм. Йдеться не лише про формальне закріплення переліку дисциплін або компетентностей, а про побудову єдиної логіки формування управлінських навичок: від стратегічного планування та управління ресурсами до прийняття рішень в умовах невизначеності та ризику. Стандартизація у цьому контексті виконує функцію нормативного фільтра, який унеможливорює довільність у трактуванні змісту підготовки та забезпечує її узгодженість із загальною системою професійної військової освіти. Водночас вона створює основу для контролю якості та оцінювання результатів навчання за уніфікованими критеріями.

Окремого значення набуває також впровадження симуляційних технологій управління медичними підрозділами (Medical C2). Їх методична цінність полягає у можливості моделювання складних управлінських ситуацій, що відтворюють багатofакторність бойового середовища: обмеженість ресурсів, дефіцит часу, інформаційну невизначеність. Симуляційні сценарії дозволяють перевіряти не лише теоретичні знання, а й здатність до прийняття рішень у реалістичних умовах, формуючи практично орієнтовану управлінську компетентність. Т.Бойчук та К.Попова (2024) доводять [213], що симуляційні тренажери й сценарії не лише відпрацьовують технічні навички, а й створюють стандартизоване середовище для оцінювання й розвитку практичних компетентностей, що робить навчальний процес більш відтворюваним і контрольованим.

Системоутворюючим елементом методичного компонента виступає інституціоналізований цикл управління якістю, побудований за моделлю PDCA (Plan-Do-Check-Act). У контексті підготовки керівних кадрів військової медицини це передбачає планування освітніх програм з урахуванням стратегічних потреб медичних сил; реалізацію навчального процесу з використанням сучасних освітніх технологій; оцінювання результатів і відповідності сформованих компетентностей практичним

вимогам; коригування змісту програм на основі отриманих даних. Інституціоналізація PDCA пов'язується із закріпленням цього циклу не як разової управлінської процедури, а як постійно діючого механізму самокорекції системи підготовки.

Важливим складником методичного компоненту є інтеграція підходу Lessons Learned як формалізованого механізму трансляції бойового досвіду в освітній процес. У сфері військової медицини це має принципове значення, оскільки зміна характеру бойових дій безпосередньо впливає на організацію медичного забезпечення, логістику, систему евакуації та управління медичними ресурсами.

Підхід Lessons Learned формалізований у структурі Центру передового досвіду НАТО з військової медицини (NATO Centre of Excellence for Military Medicine – MILMED COE), який визначений ключовим координатором процесу збору, обробки, аналізу та обміну спостереженнями з місій і навчань у сфері військової медицини [214]. Ця структура функціонує як центр спільноти Military Medical Lessons Learned для країн-членів НАТО та партнерів, забезпечуючи узгодження бойових і тренувальних спостережень із адаптацією їх у практичні рекомендації та навчальні продукти.

Процес Lessons Learned у НАТО включає:

- збір спостережень і даних із місій, навчань і операцій за допомогою різних інструментів (включно зі спеціальними додатками для мобільних пристроїв);
- систематичну обробку та аналіз зібраних спостережень для виявлення ключових висновків та тенденцій;
- розробку рекомендацій і практичних уроків, що відображають найкращі практики та випробувані рішення для використання у подальшому менеджменті медичного забезпечення;
- поширення накопичених знань через спеціалізовані портали управління знаннями, конференції, робочі групи та наукові видання.

Основна ціль цього механізму - не просто накопичити дані, а перетворити їх у практично застосовні знання, що здатні безперервно удосконалювати систему підготовки медичних кадрів і оперативного забезпечення. У своїй практиці MILMED COE підкреслює, що Lessons Learned повинні бути систематизованими, каталогізованими та проаналізованими, щоб стати джерелом для розробки стандартів, методичних рекомендацій і практичних протоколів.

Ще один важливий аспект - інтеграція Lessons Learned із системою управління знаннями (Medical Knowledge Management Portal), що дозволяє об'єднати багаторівневу медичну інформацію та ділитися нею між фахівцями союзних і партнерських країн [215]. Такий підхід сприяє не лише накопиченню досвіду, а й системній трансформації знань у стандарти та навчальні матеріали, що безпосередньо використовуються у формуванні змісту підготовки керівних кадрів.

Методично Lessons Learned виступає інструментом зв'язку між реальною практикою функціонування медичних сил і освітнім процесом: бойові спостереження стають входом для коригування програм і тренувальних сценаріїв; аналіз отриманих даних впливає на планування курсів; формуються нові стандарти і процедури, які вбудовуються у цикл PDCA як механізм самокорекції.

Системний характер Lessons Learned підтверджується також ініціативами зі створення спільних платформ обміну таким досвідом на національному та міжнародному рівнях, про що свідчить діяльність Спільного центру НАТО-Україна (JATEC) щодо Lessons Learned Data Exploitation Platform, що поєднує український бойовий досвід із практиками Альянсу [216].

Таким чином, методичний компонент державного регулятивного впливу у сфері підготовки керівних кадрів військової медицини забезпечує відтворюваність і стабільність процесу формування управлінської

спроможності. Через стандартизацію змісту, впровадження циклу безперервного вдосконалення, інтеграцію бойового досвіду та використання симуляційних інструментів створюється механізм, який поєднує теоретичну підготовку з реальними потребами функціонування медичних сил. На наш погляд, саме методичний рівень є особливо важливим для перетворення підготовки керівних кадрів із формальної освітньої процедури на системний інструмент підвищення оборонної спроможності, оскільки він забезпечує постійну актуалізацію змісту навчання відповідно до динаміки безпекового середовища.

Матеріально-фінансову спроможність реалізації нормативних, організаційних і методичних рішень забезпечує *економічний компонент* підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини. Саме на цьому рівні інституціоналізація управлінської спроможності набуває ознак довгострокового ресурсного зобов'язання держави.

У широкому контексті економічний компонент пов'язаний із концепцією стратегічного управління людським капіталом у секторі безпеки і оборони. Керівні кадри медичних сил слід розглядати не як змінний адміністративний ресурс, а як довгострокову інвестицію держави у власну оборонну спроможність. Це передбачає планування потреб у керівному складі, прогнозування кар'єрних траєкторій, поєднання підготовки з системою кадрового резерву та створення стимулів для професійного розвитку. Відсутність такого стратегічного підходу призводить до фрагментарного фінансування освітніх програм і, відповідно, до втрати системності у формуванні управлінської спроможності. Вчені визначають, що довгострокове планування витрат на розвиток та професійне зростання кадрів, включно з системами мотивації, утримання та розвитку, є ключовим для підтримання кадрового потенціалу в умовах обмежених ресурсів [217]. Фінансова підтримка розглядається не як одноразова допомога, а як стратегічний механізм, що зміцнює спроможність управлінської системи

реагувати на виклики.

Стратегія залучення, розвитку та утримання людського капіталу в силах оборони України на період до 2027 року, ухвалена наказом Міністерства оборони України від 29.12.2024 № 862/нм, визначає кадровий потенціал як стратегічну цінність, відзначаючи необхідність цілеспрямованого розвитку, мотивації, навчання та утримання персоналу у довгостроковій перспективі [218]. Документ визначає, що інвестиції у розвиток військових кадрів мають бути системними й інтегрованими у середньо- і довгострокове оборонне планування, що відповідає принципам ефективного управління людським капіталом у секторі безпеки.

Цей стратегічний документ підтверджує, що планування потреб у керівниках, прогнозування кар'єрних траєкторій і стимулювання професійного розвитку має бути частиною бюджетних рішень.

Особливої уваги потребує питання пріоритезації управлінської підготовки у бюджетному плануванні. В умовах обмежених ресурсів фінансування часто концентрується на матеріально-технічному забезпеченні або лікувальній інфраструктурі, водночас підготовка управлінців розглядається як вторинний компонент. Проте, ефективність використання матеріальних ресурсів безпосередньо залежить від якості управлінських рішень. Тому включення програм підготовки керівних кадрів військової медицини до середньострокового оборонного планування та закріплення відповідних бюджетних програм є необхідною умовою їх стабільного функціонування.

Економічний компонент інституціоналізації також передбачає ресурсну синхронізацію військової та цивільної медицини. Використання спільної освітньої та симуляційної інфраструктури, кооперація у сфері підвищення кваліфікації, спільні науково-практичні проєкти дозволяють уникнути паралельного фінансування і забезпечують ефект масштабу. Такий підхід сприяє формуванню єдиного медичного простору та підвищує ефективність

витрачання публічних коштів, особливо в умовах воєнного стану.

Окремим елементом економічного компоненту є інституційне фінансування системи професійної військової освіти (Professional Military Education, PME) як постійно діючого компоненту оборонної політики. Йдеться про закріплення фінансової підтримки освітніх інституцій не у форматі ситуативних рішень, а через довгострокові бюджетні механізми, що забезпечують прогнозованість і сталість розвитку.

Цей підхід підтверджується міжнародними ініціативами з підтримки PME у країнах-партнерах, зокрема Програмою вдосконалення оборонної освіти (Defence Education Enhancement Programme, DEEP) НАТО, яка спрямована на модернізацію та розвиток інституційної спроможності професійної військової освіти через довгострокову підтримку викладацького складу, циклів підготовки та стандартів якості. DEEP включає референсні навчальні плани та механізми підтримки, що дозволяють країнам-партнерам створювати сталу систему PME, сумісну з освітніми стандартами НАТО з відповідним фінансовим забезпеченням [219].

На наш погляд, саме економічний компонент є критичним маркером реальної пріоритетності управлінської підготовки керівних кадрів військової медицини у системі державного регулювання. Очевидно, що наявність нормативних актів і організаційних структур не гарантує ефективності без належного фінансового забезпечення. Інституціоналізація управлінської спроможності медичних сил може вважатися завершеною лише тоді, коли вона підкріплена стабільними бюджетними рішеннями та інтегрована у стратегічне планування розвитку оборонного сектору. Без цього система підготовки ризикує залишатися залежною від кон'юнктурних управлінських рішень і не забезпечувати належного рівня стійкості у довгостроковій перспективі.

Інституціоналізація управлінської спроможності медичних сил України неможлива без впровадження ефективного *координаційного компоненту*

державного регулювання, який забезпечує оперативну синхронізацію дій у кризових та бойових ситуаціях. Центральним інструментом цього компонента є впровадження процедур Total Defence, що передбачає інтеграцію військових і цивільних ресурсів для забезпечення єдиної медичної системи держави.

По-перше, створюється єдиний медичний простір, який охоплює як медичні служби Сил оборони, так і цивільні органи охорони здоров'я. Це дозволяє формалізувати та стандартизувати взаємодію між підрозділами різних секторів, усунути дублювання ресурсів і підвищити ефективність медичного забезпечення. В рамках цього простору формується координаційний центр медичних служб, що виконує роль стратегічного вузла для планування, розподілу ресурсів, обліку та моніторингу стану медичних сил.

По-друге, розробляються та впроваджуються міжвідомчі протоколи перерозподілу поранених та ресурсів, які забезпечують оперативне реагування на кризові ситуації, включаючи масові бойові поранення, надзвичайні події та природні катастрофи.

Вітчизняні дослідники аргументують про важливість розробки спільних протоколів надання екстреної медичної допомоги між військовими та цивільними службами, які регламентують етапи реагування на надзвичайні ситуації, включно з бойовими діями і спеціальними операціями [220].

Ці протоколи гарантують, що управлінські рішення та логістичні дії виконуються у скоординованому порядку між військовими та цивільними суб'єктами, зберігаючи цілісність і функціональну стійкість системи. По-третє, застосовуються стандартизовані процедури обліку, моніторингу та управління медичними ресурсами, що дозволяє впровадити прозору систему контролю та прогнозування потреб у засобах медичного забезпечення від тактичного до стратегічного рівнів. Зазначені механізми, як зазначають

Д. Карамішев, Л. Гордієнко та М. Литвиненко (2023) [221], забезпечують узгодженість планування та розподілу медичних ресурсів відповідно до стандартів НАТО, що критично для сумісності з міжнародними партнерами та для підвищення адаптивності системи у кризових умовах.

Використання цифрових платформ і методів автоматизованого управління, у тому числі на базі стандартів НАТО (NCS, STANAG), інтегрує ці підходи у єдину систему управління, сприяючи оперативній ефективності та стійкості медичної інфраструктури.

Отже, координаційний компонент формує єдину інституційну рамку підготовки керівних кадрів військової медицини, де організаційні, правові, методичні та економічні важелі державного регулювання інтегруються у систему взаємопов'язаних процесів, спрямованих на підвищення стійкості (resilience) та оперативної спроможності медичних сил. Взаємодія НУОУ та УВМА, реалізація процедур PDCA, а також процедур Total Defence створюють адаптивну і сумісну з НАТО структуру підготовки, що дозволяє забезпечити готовність до внутрішніх і зовнішніх викликів, інтегрувати систему підготовки у загальнодержавну систему безпеки та оборони і забезпечити сталість управлінської спроможності на всіх рівнях.

Ефективним інструментом такої консолідації є Міжвідомча група координації та взаємодії з питань реалізації Стратегії розвитку людського капіталу, утворена наказом МО України від 30.10.2025 № 725.

У межах діяльності цієї групи пропонується створити профільну підгрупу з питань військово-медичного лідерства, яка виступатиме основним суб'єктом інституціоналізації управлінської спроможності медичних сил. Основним завданням такої підгрупи має стати функціональне поєднання вимог військового компоненту (стандарти НАТО, Medical C2) із цивільними стандартами професійного розвитку, що дозволить подолати існуючу відомчу фрагментарність у підготовці керівних кадрів.

Такий підхід забезпечить перехід від суто галузевого управління до

інтегрованого державного регулювання людським капіталом, де управлінська спроможність офіцера-медика валідується через спільні критерії оцінки, визнані як у системі Сил оборони, так і в межах загальнодержавної системи охорони здоров'я. Це дозволить сформувати єдиний управлінський резерв, адаптований до викликів повоєнного відновлення, та створить правові підстави для впровадження «нормативного запобіжника» у кадрових призначеннях.

Таким чином, координаційний компонент, підсилений механізмами діяльності профільної підгрупи з питань військово-медичного лідерства Міжвідомчої групи (такими як спільне стратегічне планування, крос-відомча сертифікація компетенцій, єдиний моніторинг якості підготовки) формує повний управлінський цикл інституціоналізації [222]. Це гарантує, що кожен рівень підготовки керівника у сфері військової медицини конвертується у реальну оперативну спроможність, забезпечуючи високу інституційну та операційну сумісність системи медичного забезпечення України з оборонними стандартами євроатлантичного безпекового простору.

Системне вдосконалення державного регулювання у сфері підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини вимагає переходу від фрагментарних рішень до формування сталого інституційного середовища. У цьому зв'язку розроблено архітектуру інституціоналізації управлінської спроможності військово-медичних сил України (табл.3.3.), яка структурує цей процес у цілісну державну систему та базується на взаємодії п'яти компонентів, що забезпечують нормативну визначеність, організаційну сталість та оперативну сумісність із стандартами країн-членів НАТО.

Таблиця 3.3

Архітектура інституалізації управлінської спроможності медичних сил України у системі підготовки керівних кадрів військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України

Компоненти	Засоби реалізації (інструменти державного регулювання)	Прогнозований ефект інституціоналізації
Правовий	Нормативне забезпечення	Створення обов'язкового

	обов'язковості відповідності рівнів L1-L5 конкретним управлінським посадам (рівні військової освіти НАТО)	нормативного фундаменту та легітимація вимог до професійної відповідності керівників
	Легітимізація стандартів НАТО STANAG 2122 (навчання медичного персоналу) та AJP-4.10 (доктрина медичного забезпечення)	
	Впровадження обов'язкових кваліфікаційних вимог щодо наявності відповідного рівня L-курсу для призначення на керівні посади	
Організаційний	Надання Національному університету оборони України (НУОУ) статусу системного інтегратора підготовки (координація освітніх програм).	Перехід від фрагментарних практик до цілісної, безперервної та багаторівневої системи відтворення лідерів
	Розвиток Української військово-медичної академії (УВМА) як центру реалізації спеціалізованих програм	
	Формування моделі навчання, що поєднує клінічні, управлінські та стратегічні компетентності.	
Методичний	Розбудова системи Professional Military Education (PME) (Професійна військова освіта)	Забезпечення уніфікації знань, сумісності з процедурами Альянсу та відтворюваності результатів навчання на всіх рівнях
	Впровадження алгоритмів Military Decision-Making Process (MDMP) (Військовий процес прийняття рішень) та циклу управління якістю Plan-Do-Check-Act (PDCA) (Плануй-Виконуй-Перевірай-Дій)	
	Інтеграція бойового досвіду через взаємодію з центрами JATEC (Об'єднаний центр аналізу та вивчення досвіду) та MILMED COE (Центр передового досвіду військової медицини НАТО)	
Економічний	Перехід до стратегічного бюджетування та пріоритетне фінансування лідерських освітніх програм	Капіталізація управлінського потенціалу та гарантування ресурсної сталості освітнього процесу
	Ресурсна синхронізація (спільне використання баз) військової та цивільної медицини	
	Державне фінансування розвитку людського капіталу як основного активу медичних сил	
Координаційний	Робота Міжвідомчої групи з питань	Подолання відомчої

	реалізації Стратегії розвитку людського капіталу (згідно з Наказом МОУ №725)	фрагментарності та формування єдиної інституційної рамки державного регулювання
	Реалізація принципів Total Defence (Всеохопна оборона) та розбудова єдиного медичного простору	
	Цифровізація обліку компетенцій кадрів на базі стандартів NATO Codification System (NCS) (Система кодифікації НАТО)	

Джерело: сформовано автором

Підсумовуючи, зазначимо, що інституціоналізація управлінської спроможності медичних сил України є системним процесом, який реалізується через взаємодію п'яти ключових компонентів: правового, організаційного, методичного, економічного та координаційного. Такий підхід забезпечує перехід від дискретних освітніх практик до цілісної державної системи підготовки керівних кадрів військової медицини. Правовий та методичний компоненти створюють нормативний фундамент для імплементації стандартів НАТО, зокрема AJP-4.10, у національну систему підготовки, перетворюючи міжнародні стандарти на обов'язковий інструмент оцінки професійної відповідності, що гарантує уніфікацію компетентностей та забезпечує відтворюваність результатів навчання на всіх рівнях Professional Military Education (L1-L5). Водночас, організаційний компонент, де ключову роль виконує Національний університет оборони України як системний інтегратор, забезпечує безперервність та багаторівневість підготовки керівних кадрів, синтезуючи клінічні, управлінські та стратегічні компетентності й формуючи адаптивний корпус лідерів, здатних ефективно діяти у складних умовах бойових та кризових ситуацій. Економічний та координаційний компоненти дозволяють капіталізувати управлінський потенціал через стратегічне бюджетування, пріоритезацію освітніх програм і ресурсну синхронізацію військової та

цивільної медицини. архітектонікуКомплексна взаємодія всіх п'яти компонентів формує єдину інституційну рамку підготовки керівних кадрів військової медицини, яка забезпечує стійкість, адаптивність та сумісність із стандартами НАТО, створюючи передумови для інтеграції системи підготовки у загальнодержавну систему безпеки та оборони та підвищення здатності медичних сил України реагувати на внутрішні і зовнішні виклики у довгостроковій перспективі.

Висновки до розділу 3

Проведене дослідження дозволило визначити та обґрунтувати стратегічні пріоритети розвитку управлінського потенціалу у сфері військової медицини України, що є особливо важливим для забезпечення медичної стійкості держави в умовах воєнного стану та подальшої євроатлантичної інтеграції. Основним вектором такого розвитку визначено перехід від реактивної моделі до проактивного управління, де ключовим орієнтиром виступає досягнення повної операційної сумісності (Interoperability) із системами країн-членів НАТО за методологією DO TMPLF-I.

Доведено, що фундаментальною умовою ефективності кадрового менеджменту є створення єдиної вертикально інтегрованої системи управління, гармонізованої з доктриною AJP-4.10 та стандартом STANAG 2228. Це передбачає не лише впровадження принципів Командування та Контролю (C2), а й чітке розмежування функцій на рівні політичного керівництва, стратегічного планування та оперативного командування. Особливого значення набуває інституціоналізація військово-цивільної медичної координації у форматі Total Defence, що дозволяє раціонально використовувати ресурси обох секторів для забезпечення загальної стійкості (resilience) держави.

Встановлено, що якісна трансформація управлінського корпусу

вимагає пріоритетного впровадження програм лідерства та менеджменту за стандартами Альянсу, а також обов'язкової сертифікації мовної компетентності фахівців згідно зі стандартом STANAG 6001. Основним завданням керівної ланки є забезпечення стовідсоткової підготовки медичного та немедичного персоналу за уніфікованими міжнародними протоколами ТССС та ТЕСС, що безпосередньо корелює з рівнем виживаності поранених на полі бою.

Обґрунтовано, що цифровізація військової медицини має розглядатися як стратегічний управлінський пріоритет, що забезпечує перехід до ризик-орієнтованого менеджменту. Впровадження стандартизованої електронної карти пацієнта (ЕМК) та автоматизованої системи управління логістикою на базі NATO Codification System (NCS) визначено необхідними інструментами для забезпечення прозорості, точного прогнозування потреб у ресурсах та повної сумісності даних із міжнародними партнерами.

Розроблено та теоретично обґрунтовано Інтегровану модель підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини України на засадах стандартів НАТО, яка, на відміну від існуючих практик, базується на парадигмі гібридної спроможності та інтеграції стандартів НАТО у національний бойовий досвід. Доведено, що поєднання багаторівневої системи професійної військової освіти (РМЕ) із жорстким нормативно-правовим закріпленням результатів навчання як умови кар'єрного просування дозволяє сформувати корпус військово-медичних лідерів нової генерації. Визначено, що центральним елементом моделі є роль НУОУ як системного інтегратора, що забезпечує безперервність освітнього процесу, його наукову обґрунтованість та адаптивність до мінливих умов безпекового середовища.

Обґрунтовано, що інституціоналізація управлінської спроможності медичних сил України у системі підготовки керівних кадрів виступає фундаментальною умовою забезпечення системності та стійкості державного

регулювання у сфері військової медицини. Встановлено, що цей процес передбачає перехід від фрагментарних практик формування компетентностей до цілісної інституційної моделі, інтегрованої в загальну архітектуру сектору безпеки і оборони та сумісної зі стандартами НАТО.

Розроблена архітектура інституціоналізації базується на синергії п'яти основних компонентів: правового, організаційного, методичного, економічного та координаційного. Визначено, що правовий компонент має забезпечити законодавче закріплення рівнів підготовки L1-L5 та імплементацію стандартів STANAG 2122 і AJP-4.10 як обов'язкових критеріїв для призначення на керівні посади. Організаційна складова потребує нормативного визначення Національного університету оборони України як системного інтегратора підготовки та Української військово-медичної академії як галузевого центру спеціалізованих програм, що дозволить сформувати безперервну вертикаль навчання через синтез клінічних, управлінських та стратегічних компетентностей. Методичне та координаційне забезпечення у поєднанні зі стратегічним бюджетуванням дозволяють капіталізувати управлінський потенціал шляхом ресурсної синхронізації військової і цивільної медицини та впровадження циклу PDCA.

Реалізація запропонованої архітектури дозволяє подолати відомчу фрагментарність, сформувати адаптивний лідерський корпус та забезпечити високу інституційну сумісність системи медичного забезпечення України з оборонними стандартами євроатлантичного простору у довгостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі вирішено актуальне наукове завдання, яке полягає у обґрунтуванні теоретичних засад державного регулювання підготовки керівних кадрів для сфери військової медицини та визначення напрямів його удосконалення в умовах євроатлантичної інтеграції України. Отримані результати дозволили сформулювати наступні висновки.

1. Дослідження теоретичних засад формування та розвитку державної кадрової політики у сфері військової медицини встановлено, що вона має системний, багаторівневий та міждисциплінарний характер. Її специфіка зумовлена поєднанням державного регулювання у сфері публічного управління, сектору безпеки та оборони, професійної медичної діяльності, що формує особливу управлінську площину підготовки керівних кадрів військової медицини.

Теоретично обґрунтовано, що фундаментом цієї політики є кадровий потенціал, який розглядається як динамічна сукупність якісних (компетентності, мотивація) та кількісних характеристик, що підлягають цілеспрямованому державному впливу. Функціональний зміст кадрової політики розкривається через чотири взаємопов'язані ланки: планування, формування, розвиток та стабілізацію кадрів. Неефективність або ігнорування будь-якого з цих елементів неминуче призводить до дефіциту критично важливих фахівців та зниження управлінської стійкості всієї системи медичного забезпечення. У цьому контексті обґрунтовано доцільність тлумачення державної кадрової політики у сфері військової медицини як інституційно організованого процесу формування, розвитку та відтворення управлінської спроможності медичних сил, що забезпечує узгодженість між стратегічними цілями сектору безпеки і оборони, освітніми стандартами та практикою оперативного застосування медичних підрозділів.

Встановлено, що в умовах реформування сектору оборони відбувається

кардинальний розподіл управлінських та клінічних функцій, що зумовлює трансформацію вимог до керівного складу. Доведено, що сучасний військово-медичний керівник повинен володіти інтегрованими компетентностями, які включають стратегічне мислення, лідерство, фінансовий менеджмент та проєктну діяльність. Це обґрунтовує нагальну потребу в модернізації системи підготовки керівних кадрів через приведення її змісту у відповідність до стандартів НАТО, оскільки традиційна медична освіта не забезпечує необхідного рівня управлінської спроможності, критично важливої для професійної армії в умовах євроатлантичної інтеграції України.

2. Уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження, що дозволило забезпечити термінологічну однорідність роботи та сформувавши методологічний фундамент для вивчення процесів підготовки військово-медичних лідерів. Обґрунтовано авторське тлумачення терміну «державне регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини» як комплексної цілеспрямованої діяльності держави, що інтегрує правові, економічні та соціальні та ін. механізми впливу на процес формування управлінської спроможності фахівців для забезпечення національних інтересів та боєздатності збройних сил.

Визначено специфіку військової медицини як системно організованої складової, що через свою розгалуженість та критичну роль у збереженні людського капіталу в умовах воєнного стану потребує особливих режимів державного регулювання, відмінних від цивільної охорони здоров'я. Уточнено зміст категорії «керівні кадри» у цій сфері, яка, на відміну від загального розуміння персоналу, охоплює групу фахівців, наділених повноваженнями приймати стратегічні та тактичні рішення в умовах високої невизначеності.

Розроблено типологію основних категорій дослідження, які згруповано у три взаємопов'язані блоки. *Регулятивні категорії*, що визначають

зовнішню нормативну рамку та легітимізують державний вплив. До цієї групи віднесено: «нормативно-правове забезпечення», «державні стандарти підготовки», «кваліфікаційні вимоги» та «стандарти НАТО (STANAG)». Ці категорії дозволяють ідентифікувати межі державного регулювання та встановити правову відповідальність суб'єктів управління за якість кадрового потенціалу. *Організаційно-структурні категорії*, які відображають внутрішню логіку побудови системи управління та взаємодію її елементів. До цієї групи віднесено: «механізм державного регулювання», «інституційне середовище», «система Professional Military Education (PME)» та «вертикаль управління медичними силами». *Компетентнісно-функціональні категорії*, які фіксують безпосередній результат регулятивної діяльності та критерії її ефективності. Ключовими тут визначено: «управлінська спроможність», «лідерський потенціал», «оперативна сумісність» та «рівні підготовки L1-L5». Ці категорії зміщують акцент з процесу навчання на результат як здатність керівника виконувати специфічні управлінські функції в військово-медичній сфері.

3. Аналізом встановлено, що організаційно-функціональне забезпечення підготовки керівних кадрів у військовій медицині України базується на складній міжвідомчій конфігурації, яка поєднує цивільний (загальнодержавний) та військовий (відомчий) контури регулювання. З'ясовано, що цивільний контур, представлений МОЗ та МОН України, забезпечує рамкове регулювання через механізми ліцензування, акредитації та встановлення стандартів вищої освіти, що гарантує легітимність управлінських кваліфікацій у єдиному освітньому просторі. Центральне місце у цьому сегменті посідає Управління медичних кадрів, освіти і науки МОЗ, яке відповідає за стратегічне планування кадрового ресурсу та розвиток медичної освіти.

Водночас доведено, що специфіка військової медицини зумовлює наявність спеціалізованого військового контуру, де ключовими суб'єктами

виступають Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України та Командування Медичних сил Збройних Сил України. Виявлено функціональний розподіл ролей між ними: Департамент здійснює стратегічне військово-політичне управління та нормативне забезпечення безперервного професійного розвитку офіцерів, тоді як КМС реалізує оперативне керівництво, прогнозує потреби у кадрах від тактичного до стратегічного рівнів та організовує підготовку в умовах бойових дій.

Констатовано, що сучасному стану системи притаманна певна інституційна складність, де цивільні та військові впливи накладаються один на одного. Це вимагає посилення взаємодії суб'єктів для вирішення трьох ключових завдань: прогностично-аналітичного (обґрунтування потреб у лідерах), освітньо-організаційного (забезпечення безперервного циклу навчання на базі УВМА) та інтеграційно-стандартного (адаптація до вимог НАТО). Такий підхід дозволяє розглядати поточне організаційно-функціональне забезпечення як динамічну модель, що трансформується від відомчої фрагментарності до цілісної системи управління управлінською спроможністю медичних сил.

Вказане дозволило виокремити та концептуалізувати поняття «подвійне регулятивне поле підготовки керівних кадрів військової медицини», під яким розуміється сукупність взаємодіючих, але інституційно відокремлених механізмів цивільного (публічно-управлінського) та військового (оборонного) регулювання, що одночасно визначають цілі, зміст, організаційні форми та результати підготовки управлінської ланки військової медичної служби. Обґрунтовано, що введення терміну «подвійне регулятивне поле» створює необхідне методологічне підґрунтя для подолання відомчої фрагментарності та вдосконалення системи підготовки лідерів для сектору безпеки і оборони.

4. На основі аналізу структури та внутрішньої узгодженості правового поля, яке визначає умови формування управлінських кадрів військової

медицини України, встановлено, що нормативно-правове забезпечення підготовки керівних кадрів військової медицини має багаторівневу та складну структуру, яка охоплює акти законодавчого рівня, підзаконні акти виконавчої влади та специфічні відомчі документи. З'ясовано, що фундамент цього поля складають Конституція України, закони «Про освіту», «Про вищу освіту» та «Основи законодавства України про охорону здоров'я», які визначають загальні принципи професійної підготовки та безперервного розвитку медичних фахівців.

Доведено, що внутрішня узгодженість правового поля ускладнюється явищем «нормативної розрізненості», оскільки сфера підготовки управлінців регулюється одночасно наказами МОЗ (щодо стандартів медичної освіти) та нормативними актами МОУ (щодо проходження військової служби та військової освіти).

Встановлено, що ключовим деструктивним чинником, який знижує ефективність державного регулювання у сфері військової медицини, є «компетенційна дифузія». Під цим терміном запропоновано розуміти стан правової та інституційної невизначеності, за якого відбувається розмиття меж відповідальності, дублювання функцій або виникнення «регуляторних лакун» між цивільними (МОЗ, МОН) та військовими (МОУ) суб'єктами управління.

Цивільні регулятори орієнтовані на підготовку менеджера охорони здоров'я широкого профілю (згідно зі стандартом 281 «Публічне управління та адміністрування»); військові суб'єкти потребують офіцера-лідера з вузькоспеціалізованими навичками управління медичним забезпеченням в умовах бойових дій. Дифузія проявляється у неможливості чітко визначити, який саме сегмент компетенцій є пріоритетним при ліцензуванні програм.

Через відсутність уніфікованого професійного стандарту «офіцера-управлінця медичної служби», критерії успішності підготовки зміщуються: МОЗ оцінює академічну успішність та відповідність освітнім рівням, а МОУ

- готовність до виконання функціональних обов'язків за посадою. Це створює ситуацію, за якої формально підготовлений фахівець може бути функціонально неспроможним у специфічному воєнному середовищі.

Обґрунтовано, що структура правового поля на сучасному етапі потребує переходу від «нормативної розрізненості» до створення цілісної правової моделі, яка б розглядала «управління військовою медициною» як спеціальний об'єкт регулювання. Це передбачає гармонізацію цивільних та військових норм у межах «подвійного регулятивного поля» для забезпечення єдності професійних стандартів офіцерів-управлінців у сфері військової медицини.

5. Узагальнення досвіду країн-членів НАТО та ЄС щодо підготовки управлінського персоналу військової медицини та визначення можливості його адаптації в Україні дозволило встановити, що у провідних країнах-членах НАТО та ЄС ця система базується на фундаментальній концепції безперервної професійної освіти (lifelong learning), компетентнісному підході та жорсткій інтеграції медичного лідера в загальну архітектуру оперативного військового управління.

Доведено, що ключовим вектором розвитку сучасних закордонних моделей є стратегічне зміщення акценту від вузькопрофільної клінічної спеціалізації до пріоритетного формування управлінських, аналітичних та міжвідомчих компетентностей медичних офіцерів. Проведений компаративний аналіз дозволив ідентифікувати три домінуючі світові моделі, кожна з яких має унікальні механізми державного регулювання. Зокрема, академічно-центристська модель, притаманна США та Франції, орієнтована на фундаментальну стратегічну підготовку в межах спеціалізованих військових університетів, що забезпечує формування інтелектуальної еліти медичних сил та розвиток адаптивного лідерства. Модульно-адаптивна модель Великої Британії характеризується високою гнучкістю та здатністю до швидкої реакції на зміни операційного середовища через розгалужену

систему короткострокових спеціалізованих курсів, що забезпечує безпосередній зв'язок навчання з актуальним бойовим досвідом.

Конвергентна модель, що реалізується у Німеччині, Польщі та Чехії, базується на тісній інституційній інтеграції військової та цивільної медичної освіти, де підготовка офіцерів здійснюється на базі цивільних університетів з паралельним проходженням військово-управлінських модулів, що дозволяє раціонально використовувати державні ресурси та забезпечувати високу якість клінічної підготовки.

Встановлено, що єдиним нормативним фундаментом для всіх моделей виступають стандарти НАТО, зокрема STANAG 2122 та доктрина AJP-4.10, які детермінують рівні управлінської підготовки від тактичного до стратегічного (L1-L5) та визначають жорсткі вимоги до оперативної сумісності медичних сил у коаліційних операціях. Обґрунтовано, що пряме механічне запозичення будь-якої із зазначених моделей в Україні є нераціональним та потенційно неефективним через суттєві відмінності у національній системі оборони, обмеженість ресурсів та, що найважливіше, наявність унікального вітчизняного досвіду ведення сучасної високотехнологічної конвенційної війни.

Визначено, що найбільш перспективною траєкторією розвитку системи державного регулювання в Україні є проектування гібридної моделі підготовки керівних військово-медичних кадрів. Така модель має синергетично поєднувати стратегічну глибину академічної освіти, притаманну американському підходу, з британською модульною гнучкістю, а також європейською практикою інтеграції у цивільний медичний простір. Формування такої гібридної моделі дозволить суттєво підвищити інституційну стійкість військово-медичної служби України до динамічних безпекових викликів, забезпечуючи підготовку лідерів, здатних ефективно діяти в умовах високої невизначеності та міжвідомчої багатозадачності.

6. Розроблено Інтегровану модель підготовки керівних кадрів

військової медицини, яка базується на парадигмі гібридної адаптивної спроможності. Модель забезпечує перехід від фрагментарних навчальних заходів до цілісної системи, що інтегрує вимоги Воєнно-медичної доктрини України та стандарти Альянсу (зокрема Medical C2 та ETEE) у єдиний процес професійного розвитку офіцера-лідера.

Визначено, що ефективність управління медичною службою досягається через ієрархічну систему професійної військової освіти (PME). Модель охоплює шлях від формування базових спроможностей планування (MDMP) на тактичному рівні до стратегічного лідерства та формування оборонної політики на вищих рівнях, що гарантує вертикальну наступність та взаємосумісність підрозділів.

Встановлено, що центральним регулятивним механізмом моделі є динамічний цикл формування управлінської спроможності на основі алгоритму PDCA (Plan-Do-Check-Act). Це дозволяє системі підготовки миттєво реагувати на зміни в безпековому середовищі, інтегруючи актуальний бойовий досвід (Lessons Learned) у зміст навчання кожні 6 місяців, що критично важливо в умовах високотехнологічної війни.

Доведено, що ключовою умовою функціонування моделі є впровадження жорсткої залежності між рівнем підготовки та кар'єрним просуванням. Отримання сертифікату відповідного «L-курсу» визначено як обов'язкову кваліфікаційну вимогу для призначення на керівні посади, що забезпечує професіоналізацію кадрового складу та усуває суб'єктивізм у призначенні керівників.

Обґрунтовано статус Національного університету оборони України як головного «науково-методичного хабу». Саме НУОУ забезпечує синтез доктринальних положень НАТО з національним бойовим досвідом, здійснюючи сертифікацію управлінських спроможностей та координацію всієї мережі підготовки медичних лідерів. Визначено роль Української військово-медичної академії (УМБА) як базової інституції для підготовки

фахівців тактичного та оперативного рівнів, що забезпечує фундаментальну медичну спеціалізацію.

Впровадження інтегрованої моделі дозволяє сформувати корпус військово-медичних керівників нової генерації, які володіють філософією Mission Command (управління за наміром), здатні діяти автономно в умовах невизначеності та забезпечувати повну оперативну сумісність із медичними структурами країн-членів НАТО.

7. Обґрунтовано концептуальні засади інституціоналізації управлінської спроможності медичних сил України у системі підготовки керівних кадрів військової медицини та доведено, що інституціоналізація управлінської спроможності є процесом переходу від фрагментарних практик підготовки до стабільної, нормативно закріпленої та відтворюваної моделі. Це забезпечує системність і передбачуваність державного регулювання у сфері підготовки керівних кадрів, інтегруючи їх у загальну архітектуру сектору безпеки і оборони.

Визначено, що концептуальні засади базуються на синергії п'яти основних компонентів: правового, організаційного, методичного, економічного та координаційного. Це створює цілісне інституційне середовище, у якому освітні стандарти, процедури кар'єрного розвитку та практика застосування військ перебувають у постійному динамічному зв'язку.

Встановлено, що нормативний компонент державного регулювання має визначати підготовку керівних кадрів не просто як освітній процес, а як стратегічний інструмент формування оборонного потенціалу. Це передбачає створення «єдиного медичного простору», де вимоги до компетентностей керівників уніфіковані незалежно від відомчого підпорядкування. Організаційний компонент визначає нову архітектуру підготовки через інституційну конвергенцію. Закріплює ролі суб'єктів: НУОУ як стратегічного хаба та УВМА як галузевого центру спроможностей.

Впроваджує модель «безперервної освіти» як обов'язкову умову кар'єрного просування. Методичний компонент базується на імплементації стандартів НАТО та філософії Mission Command. Включає впровадження алгоритму PDCA (циклу постійного вдосконалення програм на основі Lessons Learned) та перехід до архітектури Medical C2 у навчальному процесі. Економічний компонент орієнтований на ефективне управління ресурсами через впровадження стандартів NCS (NATO Codification System). Передбачає підготовку управлінців, здатних до проактивного моніторингу логістики, що мінімізує витрати та забезпечує прозорість ресурсного забезпечення в межах «єдиного медичного простору». Координаційний компонент забезпечує військово-цивільну взаємодію та подолання відомчої фрагментарності (між МОУ та МОЗ). Спрямований на створення механізмів спільного використання кадрового та інтелектуального потенціалу для зміцнення загальнонаціональної медичної стійкості (resilience).

Обґрунтовано, що інституціоналізація управлінської спроможності є процесом переходу від фрагментарних практик до стабільної, нормативно закріпленої моделі. Це дозволяє перетворити індивідуальні компетенції окремих керівників на колективний інтелектуальний та людський капітал, що забезпечує стійкість системи медичного забезпечення незалежно від персональних ротацій. Реалізація запропонованих засад дозволяє подолати відомчу фрагментарність та сформувати адаптивний лідерський корпус. Це гарантує високу інституційну сумісність України з оборонним простором НАТО через єдині підходи до підготовки та використання людського капіталу у сфері військової медицини в умовах сучасних безпекових загроз.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Стратегія сталого розвитку України – 2030. URL: http://nbuviap.gov.ua/images/praktuka_susp_peretvoren/2021/20.pdf
2. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.
3. Височанський, М. Аналіз понять державного управління та регулювання, їх значення в практиці застосування України. Публічне урядування, 2020. № 2 (22), 41-49. [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-2\(22\)-41-49](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2020-2(22)-41-49)
4. Зухба, Д., Зухба, Е., Каптуренко, Н. (2017). Механізм державного регулювання економіки та вибір напрямку економічної політики в сучасних умовах господарювання. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 4. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1063>
5. Кундицький О. О. До питання про суть державного регулювання економіки Наук. вісн. Нац. лісотехнічного ун-ту України. Зб. наук.-тех. праць. вип. 16.2. 2006. С. 302-307
6. А. Г. Савченко, Г. О. Пухтаєвич, О. М. Тітьонко та ін.; Макроекономіка: підручник за ред. А. Г. Савченка. К.: Либідь, 1995. С. 95-96
7. В. Орлик Державне регулювання медичного забезпечення військовослужбовців в Україні: виклики та напрями реформування. *Публічне управління та митне адміністрування*, № 2 (45), 2025. С. 36-43. DOI <https://doi.org/10.32782/2310-9653-2025-2.5>
8. Білинська М. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні. *Вісник Національної академії державного управління при Президенті України*. 2013. № 3. С. 92-97. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadu_2013_3_16
9. Криничко Л.Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я: монографія. Житомир : Вид.О.О. Євенок, 2020. 348

с.

https://eztuir.ztu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/8059/%D0%9A%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE_%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F_2020.pdf

10. Національний класифікатор України. Класифікатор професій ДК 003:2010 (Додаток А) : Наказ Держспоживстандарту України від 28.07.2010 № 327. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/rada/show/va327609-10/paran4#n4>

11. О. М. Шубалий, Н. Т. Рудь, А. І. Гордійчук, І. В. Шубала, М. І. Дзямулич, О. В. Потьомкіна, О. В. Середа. Управління персоналом : підручник за заг. ред. О. М. Шубалого. Луцьк : ІВВ Луцького НТУ, 2018. 404 с.

<https://lib.lntu.edu.ua/sites/default/files/2021-03/%D0%A3%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%BC%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%202018.pdf>

12. Осовська Г. В., Семенюк Т. В., Осовський О. А. Проблеми управління персоналом підприємства. *Ефективна економіка*. 2019. № 12. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7494>

13. Сенюк Ю.І., Надюк З.О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління* 2020. № 2. http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf

14. Олуйко, В. М., Мацелик, Р. М. Формування та розвиток кадрового потенціалу публічної служби в умовах децентралізації влади. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2018. №4, 29-33. <http://pa.state-management.gov.ua/article/view/176986/177997>.

15. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.

<https://archive.org/details/uprav2010/mode/1up>

16. Л. С. Безугла, А. М. Пугач, Т. М. Тарасенко, Ю. О. Коломоець, К. В. Нечипоренко. Кадрова політика в державній службі : навч. посіб. Дніпро : Пороги, 2020. 250 с.

https://dspace.dsau.dp.ua/bitstream/123456789/2986/3/20_%D0%9D%D0%B0%D0%B2%D1%87._%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%B1._%D0%9A%D0%B0%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D0%B2_%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B6%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B9_%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B6%D0%B1i.pdf

17. Балабанова Л. В., Сардак О. В. Управління персоналом. Підручник. К.: Центр учбової літератури, 2011. 468 с.
http://moodle.nati.org.ua/pluginfile.php/12435/mod_resource/content/1/balabanova_l_v_sardak_o_v_upravlinnya_personalom.pdf

18. Шаповал О.А. Кадрова політика та шляхи її покращення. *Економіка і суспільство*. 2017. Вип. 9. С. 712-715. с. 713.
https://economyandsociety.in.ua/journals/9_ukr/121.pdf

19. Б.Язлюк, В.Вороніна, В.Гордієнко. Кадрова політика підприємства: сутність та значення для потреб управління. *Український журнал прикладної економіки*. 2019. Том 4. № 4. С. 191-198.
<https://ujae.org.ua/kadrova-polityka-pidpryyemstva-sutnist-ta-znachennya-dlya-potreb-upravlinnya/>

20. Воронкова, В.Г. Управління людськими ресурсами: філософські засади: навч. посіб. за ред. В.Г. Воронкової. Запоріз. держ. інж. акад. К.: Професіонал, 2015. 567 с.

21. М. К. Бутенко, О. О. Петряєв Теоретичні аспекти визначення кадрової політики підприємства. Сучасні проблеми розвитку права та економіки в інноваційному суспільстві: зб. наук. праць за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції, 20 березня 2020 року.

Велико-Тирново, Болгарія : ACCESS PRESS, 2020. С. 47-53.
<https://openarchive.nure.ua/entities/publication/83849a53-7c8c-4ee0-8248-139136eccc28>

22. Дикань О.В. та ін. Удосконалення управління персоналом підприємства. *Приазовський економічний вісник*. 2019. Випуск 5(16).
http://pev.kpu.zp.ua/journals/2019/5_16_uk/25.pdf

23. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 42. С. 267-272.
 URL https://market-infr.od.ua/journals/2020/42_2020_ukr/47.pdf

24. Про затвердження Концепції військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України на період до 2028 року. Наказ Міністерства оборони України 27.10.2023 № 637
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0637322-23#Text>

25. Міщенко, І.О. Значення категорії «управлінські кадри» та становлення наукового змісту їх діяльності. *Ефективна економіка*. 2014. № 10. <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3434>.

26. Борщ, В.І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2019. 1(69), 73-79. <https://doi.org/10.32782/2520-2200/2019-1-11>.

27. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336>

28. Бадюк, М.І., Левченко, Ф.М., Токарчук, В.П. та ін. *Організація медичного забезпечення військ: підручник*. За редакцією професора Паська В.В. Київ: Вид. «КНТ». 2022 <https://jurkniga.ua/contents/organizatsiya-medichnogo-zabezpechennya-viysk-pidruchnik.pdf>

29. Шекера, О. Особливості організації сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ. *Здоров'я суспільства*. 2022 https://www.researchgate.net/publication/365778201_Osoblivosti_organizacii_suc

asnoi_sistemi_likuvalno-evakuacijnog_zabezpecenna_vijsk_prezentacia

30. Червяк, П. І. *Медична енциклопедія. Видання третє, доповнене*. Київ, Вид. центр «Просвіта». 2012. <https://ev.vue.gov.ua/publications/vydannia-i-publikatsii-avtoriv-ta-partneriv-velykoi-ukrainskoi-entsyklopedii/chervyak-p-i-medychna-entsyklopediia-vydannia-tretie-dopovnene-kyiv-vyd-tsentr-prosvita-2012-1504-s/>

31. Жаховський, В.О. та ін. Функціонально-організаційна модель медичного забезпечення сил оборони на засадах єдиного медичного простору. *Ukrainian journal of military medicine*, 3. 2022 https://www.researchgate.net/publication/364571792_Funkcionalno-organizacijna_model_medicnogo_zabezpecenna_sil_oboroni_na_zasadah_edinogo_medicnogo_prostoru

32. Бакуменко В. Д., Руденко О. М. Методологічні аспекти аналізу суб'єктів державного управління. *Наук. вісн. Акад. муніцип. упр.* 2009. № 1 (7). С. 6–18.

33. Методологія державного управління : словник-довідник / уклад. : В. Д. Бакуменко, Д. О. Безносенко, С. В. Бутівченко, Л. М. Гогіна та ін. ; за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. К. : Вид-во НАДУ, 2004. 196 с

34. Бірта Г. О., Бургу Ю. Г. Методологія і організація наукових досліджень : навч. посіб. Київ : «Центр учбової літератури», 2014. 142 с.

35. Ладика В.І., Шильман Л.З., Перцевой Л.В. Методологія наукових досліджень : навч. посіб. Суми : «Олді+», 2022. С. 222.

36. Авер'янов В. Б. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики. За заг. ред. В. Б. Авер'янова. К.: Факт, 2003. 384 с.

37. Сурмін Ю. П. Майстерня вченого : підручник для науковця. Київ : Навч.-метод. центр «Консорціум з удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2006. 302 с.

38. Бочелюк В.Й., Нечипоренко В.В., Завцька В.В. Методика та

організація наукових досліджень з психології : навч. посіб. Київ: «КНТ», 2024. С.384.

39. Сурай І. Формування й розвиток еліти в державному управлінні: досвід Канади. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. № 4. С. 78-88. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Vnadu_2012_4_12

40. Барило О. Г. Аналіз досліджень проблем державного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 9. С. 120-125. <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=6082&i=22>

41. Ю.Малігон. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. *Публічне управління та адміністрування*. 2020. № 4(94). <https://ema.ztu.edu.ua/article/view/225834>

42. Макаrchук В. А. Нормативно-правове регулювання кадрової політики охорони здоров'я в Україні. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми, пріоритети та перспективи розвитку науки, освіти та суспільства в ХХІ столітті». Рівне. 2025. С. 42-44. <https://eprints.zu.edu.ua/42826/>

43. В.Пугач. Формування правової компетентності майбутніх менеджерів охорони здоров'я як складової фахової підготовки кадрів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*, 2020. 61, 145-152. <https://vspu.net/nzped/index.php/nzped/article/view/938/342>

44. Мандрик-Мельничук, М. Підготовка кадрового ресурсу менеджерів для управління системою охорони здоров'я. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2025 № 12. С. 101-108. <https://pa.journal.in.ua/index.php/pa/article/view/229>

45. Про затвердження Концепції військової кадрової політики в

системі Міністерства оборони України на період до 2028 року від 27.10.2023.

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0637322-23#Text>

46. Чуприна, С. Механізми реалізації державної політики охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. *Київський економічний науковий журнал*. 2025 № 10. С. 141-146.

<https://journals.kyiv.ua/index.php/economy/article/view/285>

47. І. І. Жеков, А. В. Халецький. Проблеми кадрового забезпечення медичної сфери в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування*. 2021. Вип. 7.

https://journals.dpu.kyiv.ua/public/site/7_2021/5.pdf

48. Сурмін Ю. П. Майстерня вченого : підручник для науковця. Київ : Навч.-метод. центр «Консорціум з удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2006. 302 с.

49. Корбутяк В. Методологія системного підходу та наукових досліджень: навч. посіб. Рівне: НУВГП, 2010. 176 с.

https://biology.univ.kiev.ua/images/stories/Upload/Kafedry/Biofizyky/2014/korbutyak_metodol.pdf

50. Немченко А., Ніраз І. Методологія системного підходу в управлінні організацією *Наукові записки*. 2010. вип.10, част.І. С. 275-279.

<https://dspace.kntu.kr.ua/items/7b1a2004-6bbc-48b8-93f6-77c1393f92f4>

51. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь : Перун, 2005.

<https://archive.org/details/velykyislovnyk>

52. Мельник Л.М., Дужа І.А., Грек І.М. Політологія: Навчальний посібник (для студентів усіх форм навчання). Біла Церква: БНАУ, 2022. 494 с. https://rep.btsau.edu.ua/bitstream/BNAU/7645/1/Politolohiia_navchaln.pdf

53. Політологія: навчально-методичний посібник (у схемах і таблицях) / за наук. ред. В. С. Бліхара. Львів: ПП «Арал», 2018. 540 с.

https://fpk.in.ua/images/biblioteka/4bac_finan/Politolohiya_29_10_2018.pdf

54. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.-ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. ; Національна академія державного управління при Президентові України. К. : НАДУ, 2011. Т. 8. https://pumo.stu.cn.ua/wp-content/uploads/2023/02/encyklopediya-derzhavnogo-upravlinnya_tom-8.pdf

55. Телешун С. О., Ситник С. В., Рейтерович І. В. Сутність публічної політики: контекст політики та публічного управління. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=vnaduppu_2015_4_6

56. Бакуменко В. Д., Попов В. Д. Парадигма інноваційного розвитку суспільства: сучасні концепції реформування публічного управління. *Ефективність державного управління*. 2015. Вип. 43. С. 21-28. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2015_43_4

57. Неділько А.І., Задорожний В.П., Бойко В.В. Публічна політика: навчальний посібник. Полтава: ПолтНТУ, 2018. 225с. <https://reposit.nupp.edu.ua/bitstream/PoltNTU/8518/1/%D0%9D%D0%B0%D0%B2%D1%87%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%20%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%82.pdf>

58. О. Г.Пухкал, О. В. Гомілко Публічна та державна політика: єдність та відмінності. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 24. С. 106-112. http://www.investplan.com.ua/pdf/24_2017/20.pdf

59. Кризина Н. П., Радиш Я. Ф. Державна політика галузі охорони здоров'я в контексті Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. *Державне управління : теорія та практика*. 2005. № 2. С. 286-292. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05knpznu.pdf>

60. Н. П. Кризина, О. О. Коваленко. Державна політика розвитку системи охорони здоров'я в Україні та пострадянських країнах. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2016. № 2.

http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2016_2_18

61. Васюк Н. О., Юрочко Т. П. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2019. № 1. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/items/98c22617-ba9d-4fc1-a9ac-7d31641e82b8>

62. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року. Указ Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>

63. Князевич В. М., Васюк Н. О., Савіна Т. В. Публічна служба у сфері охорони здоров'я в Україні та світі : нормативно-правовий аспект. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 14. С. 74-78 http://www.investplan.com.ua/pdf/14_2017/15.pdf

64. Станіславська С.С. Публічне управління у сфері охорони здоров'я у контексті сучасних дослідницьких підходів. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*, 2024 р., № 4. http://www.pa.stateandregions.zp.ua/archive/4_2024/21.pdf

65. Набхан О. В., Моїсеєнко Р. О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 110-116. <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7369&i=16>

66. Алькема В.Г., Сумець О.М., Кириченко О.С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. Кн.1. Київ: Університет «КРОК», 2023. 244 с.

67. Петрашик, Ю. М., Трущенко, Л. В., Кіто, В. В., Лихацький, П. Г., Литвинова, О. Н., & Слободян, Н. О. (2025). Значення міжнародного менеджменту проєктів для досягнення цілей стратегічного менеджменту охорони здоров'я та трансформацій в економіці глобального здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (1), 78–81. <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/15348>

68. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336>

69. Гаєвська Л. А., Васюк Н. О., Ушакова О. І. Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів-лідерів – виклики для публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1701>

70. Карамишев Д. В., Дворник В. М., Гордієнко Л. П., Замчій С. В. Модернізація системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я у закладах вищої освіти за трансформаційних умов. *Теорія та практика державного управління*. 2025. 1 (80). С. 292-308
<https://periodicals.karazin.ua/tpdu/article/view/27039>

71. Василенко Ю. Європейський досвід підготовки фахівців управління медичною освітою. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022, № 1, С. 43-47.
<https://visnuk.dano.dp.ua/index.php/pma/article/view/35/43>

72. Лашкул З.В. Особливості підготовки керівників охорони здоров'я в сучасних умовах. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 22 квітня 2015 р.) за заг. ред. Ю.В. Ковбасюка, В.М. Князевича, Н.В. Васюк. ДКС-Центр, 2015. С. 66-69.

73. Про Стратегічний оборонний бюлетень України. Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20.08.2021 № 6/3525.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0063525-21#n10>

74. Про затвердження Інструкції про організацію військової підготовки громадян України за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби. наказ МО України, Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України від 29.06.2016 № 322/631/709.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1070-16#Text>

<https://uvma.mil.gov.ua/academy/>

76. Шалько М. Н. Роль держави в ефективному управлінні системою охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2023. №3 (105), 146-149. DOI: [https://doi.org/10.26642/ema-2023-3\(105\)-146-149](https://doi.org/10.26642/ema-2023-3(105)-146-149)

77. Таран Є.І. Підготовка кадрів для військової медицини в Україні в умовах євроатлантичної інтеграції. *Актуальні питання у сучасній науці (Серія «Державне управління»* 2025. № 12(42). С. 522-523. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2025-12\(42\)-522-533](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2025-12(42)-522-533)

78. Карамишев Д. В., Дворник В. М., Гордієнко Л. П., Замчій С. В. Модернізація системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я у закладах вищої освіти за трансформаційних умов. *Теорія та практика державного управління*. 2025. Вип. 1 (80). С. 292-308. <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-1-17>

79. Карамишев, Д., Дворник, В., Гордієнко, Л., та Замчій, С. Модернізація системи підготовки керівних кадрів у галузі охорони здоров'я у вищих навчальних закладах в умовах трансформації. *Теорія і практика державного управління*. 2025. №1 (80), 292-308. DOI: <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-1-17>

80. Карамишев Д.В., Гордієнко Л.П. Професійний стандарт «бойовий медик» як чинник управління якістю в системі медичного забезпечення сил оборони України. *Державне будівництво*. 2023. №1(33). С.102-118. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2023-1-10>

81. Борщ В.І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. Випуск № 1(69). С.73-79.

82. Малігон Ю. М. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020, №4 (94), 160–164. DOI: <https://doi.org/10.26642/ema->

[2020-4\(94\)-160-164](#)

83. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках. Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія, План, Заходи від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D180#Text>

84. Про затвердження структури Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 22.09.2025 № 1471 URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-22-09-2025-1471-pro-zatverdzhennya-strukturi-ministerstva-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini>

85. Міністерство освіти і науки України. <https://mon.gov.ua/>

86. Положення про Міністерство оборони України: Постанова КМУ від 26.11.2014 № 671. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-%D0%BF#Text>

87. Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України <https://mod.gov.ua/pro-nas/aparat-ministerstva-oboroni/departament-ohoroni-zdorov-ya>

88. Командування Медичних сил Збройних Сил України <https://mod.gov.ua/pro-nas/medichni-sili-zbrojnih-sil-ukrayini>

89. Лехан В. М. Обґрунтування необхідності формування управлінських компетентностей у лікарів на додипломному етапі їх навчання та підвищення ефективності підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2016, Т. 16, Вип. 2. С. 265-271. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2016_16_2_63

90. Василенко Ю. Європейський досвід підготовки фахівців управління медичною освітою. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022, № 1, С. 43-47.

91. Sychenko, V., Rybkina, S., & Sokolova, E. (2024). System of state regulation of professional training of managing staff of higher medical education in

Ukraine. *Public Administration and Regional Development*, 23, 177-198. DOI: <https://doi.org/10.34132/pard2024.23.10>

92. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти: постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF#Text>

93. Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими розвивається підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти: постанова Кабінету Міністрів України від 21 лютого 2025 р. № 188. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/188-2025-%D0%BF/conv/sp:dark#n2>

94. Про вищу освіту : Закон України від 01 лип. 2014 р. № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>

95. Про державне замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрів, на підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів у 2024 році: постанова Кабінету Міністрів України від 28 червня 2024 р. № 760. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/760-2024-%D0%BF#n11>

96. Про внесення змін до обсягів державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрів, на підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів у 2024 році: постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2024 р. № 1048 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1048-2024-%D0%BF#n8>

97. Кафедра організації медичного забезпечення Збройних сил Української військово-медичної академії <https://uvma.mil.gov.ua/departments/omz/>

98. Кризина Н.П., Кризина О.В. Структурно-функціональний механізми удосконалення державного регулювання підготовки керівних кадрів для військової медицини в Україні. «Актуальні питання у сучасній науці (Серія «Державне управління»)»: журнал. 2026. No 1(43) 2026. С. 405-

416. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2026-1\(43\)](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2026-1(43))

99. Юристовська Н.Я., Кризина Н.П., Суханова Я.А. Оптимізація системи державного управління в галузі охорони здоров'я: проблеми та перспективи. *Наукові перспективи: журнал*. 2024. № 2(44) 2024. С. 608-618. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2\(44\)](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2(44))

100. Науковий вісник публічного та приватного права: Збірник наукових праць. Випуск 2. Т. 2. К. : Науково-дослідний інститут публічного права, 2021. 196 с. http://www.nvppp.in.ua/vip/2021/2-2/2-2_2021.pdf

101. Аксьонова О. В., Волківська А. М., Яценко О. М., Якобчук В. П., Завгородній А. А. Теоретичні та організаційні аспекти формування та реалізації кадрової політики в органах державної влади та місцевого самоврядування. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2022. № 1. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/1_2022/32.pdf

102. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

103. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

104. Лукаш, С., Маслак, О., & Побідинський, Р. Державне управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. № 9(1), 91-105. <https://aspects.org.ua/index.php/journal/article/view/858/833>

105. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 рока. Розпорядження Кабінету Міністрів України; від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

106. V Resolutions adopted on the reports of the Second Committee. 34/58.

Health as an integral part of development. <https://docs.un.org/en/A/RES/34/58>

107. Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : Закон України від 16 вересня 2014 р. № 1678-VII. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1678-vii-17651>

108. С.Чуприна. Механізми реалізації державної політики охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції. *Київський економічний науковий журнал*. 2025. № 10. <file:///C:/Users/admin/Downloads/285-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-276-1-10-20250723.pdf>

109. Тополевський Р. Б., Федіна Н. В. Теорія держави та права: навчальний посібник. 2020. ЛьвДУВС. 268 с. <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/3293/1/%D0%A2%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%94%D0%B5%D1%80%D0%B6%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0-13-07-20.pdf>

110. Демченко І.С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки. https://www.juris.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/6_2019/4.pdf

111. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

112. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

113. Про безпеку та якість донорської крові та компонентів кров: Закон України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text>

114. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>

115. Про психіатричну допомогу: Закон України

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>

116. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>

117. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

118. Про екстрену медичну допомогу: Закон України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>

119. Про систему громадського здоров'я: Закон України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

120. Терзі О. Визначення повноважень та компетенції органів державної влади в законодавчих актах у сфері охорони здоров'я. *Наукові записки. Серія: право.* Випуск 5. 2018. https://cusu.edu.ua/images/nauk_zapiski/pravo/5_2018/82-87.pdf

121. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. № 910 Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>

122. Про Збройні Сили України: Закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1934-12>

123. Про Стратегічний оборонний бюлетень України: Указ Президента України від 17 вересня 2021 року № 473/2021. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0063525-21#n10>

124. Про внесення змін до Складу Комітету реформ Міністерства оборони України та Збройних Сил України: Наказ Міністерства оборони України № 398 від 23.07.2019. <https://mod.gov.ua/diyalnist/normativno-pravova-baza/nakaz-ministerstva-oboroni-ukraini-n-398-vid-23-07-2019-pro-vnesennia-zmin-do-skladu-komitetu-reform-ministerstva-oboroni-ukraini-ta-zbroinikh-sil-ukraini>

125. Фурдик В.Д. Організаційно-правовий механізм підготовки керівних кадрів відомчої медицини для сил оборони в умовах російсько-

української війни і євроатлантичної інтеграції України. *«Публічне управління і адміністрування в Україні» Випуск 40/2024, ст.179-187.*

126. Фурдик В.Д., Рудинська С.М. (2019). Підготовка керівних кадрів у сфері військової медицини в умовах глобалізації. Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. Серія: Державне управління». Том 30(69) № 2 2019. https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/2_2019/2_2019.pdf

127. Стратегія розвитку Медичних сил Збройних Сил України до 2035 року : наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 12 березня 2020 р. № 100.

128. Про затвердження Концепції військової кадрової політики в системі Міністерства оборони України на період до 2028 року. Наказ №637 Міністерства оборони України від 27.11.2023 р. URL: <https://www.mil.gov.ua/diyalnist/kadrova-politika/konczepczyia-kadrovoi-politiki-v-zbrojnih-silah-ukraini/>

129. Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я. Постанова Кабінету міністрів України від 11 травня 2017 р. № 412. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/412-2017-%D0%BF#Text>

130. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 253 «Військове управління (за видами збройних сил)» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: наказ Міністерства освіти і науки України від 24 травня 2019 року № 724. <https://mon.gov.ua/npa/pro-zatverdzhennya-standartu-vishoyi-osviti-za-specialnistyu-253-vijskove-upravlinnya-za-vidami-zbrojnih-sil-dlya-drugogo-magisterskogo-rivnya-vishoyi-osviti>

131. Фурдик В.Д. Модель схемного і формульного алгоритму підготовки керівних кадрів військової медицини оперативного і стратегічного рівня. *Вчені записки Таврійського національного університету*

імені В.І.Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. Том 35 (74) № 3, 2024, ст.104-109. URL https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2024/3_2024/22.pdf

132. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. ВИПУСК 78. Охорона здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

133. Фурдик В.Д. Державне регулювання військово-медичної реформи та підготовки керівників у сфері військової медицини. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. Серія: Державне управління». Том 32 (71) №3, 2021. URL https://pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2021/3_2021/3_2021.pdf*

134. Фурдик В.Д. (2021). Кваліфікаційні вимоги до посад медичних фахівців оперативного та стратегічного рівнів збройних сил України. *Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2021. №1(71). С.108-114. URL http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/1_2021/19.pdf*

135. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208 (редакція 06.01.2026). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>

136. Салата І. В., Горачук В. В. Підготовка кадрів для системи охорони здоров'я: організаційно-правові аспекти. *Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 5. С. 102-109. <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7368&i=15>*

137. Про внесення змін до деяких законів України щодо зовнішньополітичного курсу України: закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2091-19#Text>

138. Фурдик В.Д. Історико-ретроспективний огляд підготовки керівних кадрів військової медицини в Україні. *«Літопис Волині». 2021. № 25. С.143-147. <http://litopys.volyn.ua/index.php/litopys/article/view/281/229>*

139. Про затвердження Річної національної програми під егідою Комісії Україна - НАТО на 2018 рік: указ Президента України від 28 березня 2018 року № 89/2018. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/89/2018#Text>

140. Литвин А., Коваль І. Професійна підготовка офіцерів Збройних сил України за стандартами країн НАТО. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2024. Вип. 73, т. 2. https://www.aphn-journal.in.ua/archive/73_2024/part_2/53.pdf

141. Фурдик В.Д. (2021). Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів військової медицини. *Дніпровський науковий часопис Публічного управління, психології, права*. Випуск 2. 2021. <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/view/4/5/>

142. NATO 2020: Assured Security; Dynamic Engagement. <https://www.nato.int/en/about-us/official-texts-and-resources/official-texts/2010/05/17/nato-2020-assured-security-dynamic-engagement>

143. Medical Command and Control (MED C2) System. <https://www.inmm.co.uk/medical-command-and-control/>

144. NATO Education, Training, Exercise and Evaluation (ETEE) Policy : MC 0458/3 (Final). 2014. [https://www.coemed.org/files/Branches/DH/Files_01/MC0458-3-Final-NATO-EDUCATION,-TRAINING,-EXERCISES,-AND-EVALUATION-\(ETEE\)-POLICY-03-Sep-14.pdf](https://www.coemed.org/files/Branches/DH/Files_01/MC0458-3-Final-NATO-EDUCATION,-TRAINING,-EXERCISES,-AND-EVALUATION-(ETEE)-POLICY-03-Sep-14.pdf)

145. Furdyk V. (). Military medicine management and training system for medical military managers in Ukraine. *Reality of Politics. Estimates-Comments-Forecasts* 2021. Vol. 16 (2). pp. 38-49. URL: 10.15804/rop2021203. https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_15804_rop2021203

146. BI-SC Collective Training and Exercise Directive (CT&ED) 075-003. NATO. 2013. https://www.coemed.org/files/Branches/DH/Files_01/bi-sc-75-3_final.pdf

147. BI-Strategic Command Directive 075-002. Education and Training Directive. NATO. 2016. URL: https://www.coemed.org/files/Branches/DH/Files_01/BI-SC_75_2_New.pdf
148. Рахманов В. Забезпечення якості вищої військової освіти та проблеми розвитку професійної військової освіти в Україні. *Військова освіта* : зб. наук. пр. Національного уні-ту оборони України. Київ, 2023. Вип. №1 (47). С. 242-253. <https://znp-vo.nuou.org.ua/article/view/283095>
149. В.Гриджина. Впровадження стандартів НАТО у військову освіту. *Вісник Київського національного військово-спеціального університету імені Тараса Шевченка*. 2024. https://www.researchgate.net/publication/388171814_Implementation_of_NATO_standards_in_military_education
150. C.Sendak, I.Timtchenko. Between Now and NATO: A Security Strategy for Ukraine. 2025. <https://cepa.org/comprehensive-reports/between-now-and-nato-a-security-strategy-for-ukraine/>
151. Bi-SC Education and Individual Training Directive 075-007. NATO. 2015. URL: https://www.coemed.org/files/Branches/DH/Files_01/Bi-SC_75-7_NEW.pdf
152. McMaster H. R. Continuity and change: The army operating concept and clear thinking about future war. *Military Review*. 2015, 95. P. 6-20. https://www.iwp.edu/wp-content/uploads/2016/01/20160113_20160127ReadingMaterialsMcMaster_ContinuityandChange.pdf
153. Army Medicine (AMEDD). <https://www.goarmy.com/careers-and-jobs/specialty-careers/medical>
154. Освітньо-професійна програма «Військове управління (за видами збройних сил)» другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 25 Воєнні науки, національна безпека, безпека державного кордону за спеціальністю 253 Військове управління (за видами збройних сил). Київ :

HYOV, 2023 25 c. URL: <https://nuou.org.ua/assets/documents/project-onp-23-03-253.pdf>

155. Germany. How to Become a Military Officer in the German Armed Forces.

https://www.emilyo.eu/sites/default/files/Gell%20Fiches/GERMANY%20Air%20Force_0.pdf

156. Sanitätsdienst der Bundeswehr.
<https://www.bundeswehr.de/de/organisation/unterstuetzungsbereich/sanitaetsdienst>

157. Doerthe Lison etc. Implementing quality management successfully : Experiences from the Bundeswehr Medical Service. *National Library of Medicine*. 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40637756/>

158. Service de Santé des Armées (SSA).
<https://choisirleservicepublic.gouv.fr/employeurs/service-de-sante-des-armees/>

159. Army Centre for Higher Military Education.
<https://www.defense.gouv.fr/en/academ/membres-lacadem/army-centre-higher-military-education>

160. Quentin Mathais etc. The French Military Health Service as a System-Integrated Military-Civilian Trauma Model. *National Library of Medicine*. 2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41498628/>

161. Royal Army Medical Service. <https://www.army.mod.uk/learn-and-explore/about-the-army/corps-regiments-and-units/royal-army-medical-service/>

162. Millbank Barracks North West Range (Former Married Quarters), Royal Army Medical Corps. <https://historicengland.org.uk/listing/the-list/list-entry/1376572>

163. National Health Service. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/health-and-social-care-explained/the-history-of-the-nhs>

164. Univerzita obrany. https://czholding.com.ua/education/vuzy-i-fakultety/derjavni-vnz-chehiyi/universitet_oboroni_u_brno_u_chehiyi/

165. Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego - WCKMed.

<https://wckmed.wp.mil.pl/>

166. Studia wojskowo-lekarskie. <https://www.wojsko-polskie.pl/awl/studia-wojskowo-lekarskie/>

167. WSPARCIE PRZEZ PAŃSTWO-GOSPODARZA DD-4.5(B) wer. 2. https://hns-polska.wp.mil.pl/u/DD-4_5B.pdf

168. MON tworzy nowy komponent medyczny. «Pozwoli rozwijać medycynę pola walki». <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/dowodztwo-wojsk-medycznych-w-krakowie-nowa-strategia-bezpieczenstwa/jqbrm3g>

169. Нікитюк О.В., Фурдик В.Д. Історико-ретроспективний аналіз становлення системи підготовки молодших військово-медичних фахівців для Збройних Сил України (2015-2019 РР.). *Воєнно-історичний вісник НУОУ ім. Івана Черняхівського*. 2020. № 1(35). С. 5-19. <https://viv.nuou.org.ua/article/view/205092/204961>

170. Кризина Н.П., Кризина О.В. Державне управління сфери охорони здоров'я: механізми реалізації реформування військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції країни. *Наукові перспективи: журнал*. № 8(38) 2023. С 157-170. <https://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/6043>

171. Фурдик В.Д. (2021). Організаційно-штатна структура Медичних сил Збройних сил України. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2021. Випуск 24. С.114-118.

172. NATO. Allied Joint Publication AJP-4.10 Allied Joint Doctrine for Medical Support. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf

173. У ЗСУ створено Командування медичних сил. <https://armyinform.com.ua/2020/02/06/u-zsu-stvoreno-komanduvannya-medychnyh-syl/>

174. Уряд розширив повноваження Координаційного центру медичних служб Сил оборони. URL: <https://mod.gov.ua/news/uryad-rozshiriv-povnovazhennya-koordinacijnogo-czentru-medichnih-sluzhb-siloboroni>

175. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова КМУ від 28 лютого 2023 р. № 174. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>

176. Служба безпеки України. Стратегія національної безпеки України «Безпека людини - безпека країни». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020#Text>

177. STANAG 6001. URL: <https://natobilc.org/stanag-6001/>

178. Про трансформацію системи військової освіти. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 грудня 1997 р. № 1410 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 30 грудня 2022 р. № 1490) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1410-97-%D0%BF#Text>

179. Про внесення змін до Концепції трансформації системи військової освіти. Постанова КМУ від 26 вересня 2024 р. № 1109. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1109-2024-%D0%BF#Text>

180. Комітет з тактичної бойової допомоги постраждалим (CoTCCC). Рекомендації TCCC. URL: <https://deployedmedicine.com/tccc>

181. Курс TCCC (Tactical Combat Casualty Care). URL: <https://tccc.org.ua/>

182. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). International Classification of Diseases (ICD-11). URL: <https://icd.who.int/>

183. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ - ICF). <https://www.ukrothe.eu/sites/default/files/uploads/s4-icf-mizhnarodna-klasifikaciya-funkcionuvannya-obmezhennya-zhittediyalnosti-ta-zdorovya.pdf>

184. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо внесення даних до електронної системи охорони здоров'я щодо попередніх і періодичних профілактичних медичних оглядів: Наказ МОЗ України від 23.09.2025 № 1472. <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-23-09-2025-1472-pro-zatverdzhennya-metodichnih-rekomendacij-shodo-vnesennya->

[danih-do-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-shodo-poperednih-i-periodichnih-profilaktichnih-medichnih-oglyadiv](#)

185. NATO. Logistic Management Handbook. URL: [https://apps.dtic.mil/sti/tr/pdf/ADA 479915.pdf](https://apps.dtic.mil/sti/tr/pdf/ADA_479915.pdf)

186. Defense Logistics Agency. The Nation's Logistics Combat Support Agency. <https://www.dla.mil/>

187. Ситник Г.П. Теоретико-методологічні засади рекрутингу та формування кадрового резерву у сфері військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України. *Наукові перспективи (Серія «Державне управління»)*. 2025. № 11(65). DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11\(65\)-412-424](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11(65)-412-424)

188. Таран Є.І. Удосконалення державного регулювання підготовки керівних кадрів у сфері військової медицини як складова трансформації національної безпеки України в умовах геополітичних змін. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2025. Вип. 5. С. 134-141. DOI: <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2025.5.14>

189. Ситник Г.П. Стратегічні пріоритети розвитку управлінського потенціалу у сфері військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції. *Суспільство та національні інтереси. Серія «Публічне управління та адміністрування»*. 2025. № 12(20). DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2025-12\(20\)-1391-1403](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2025-12(20)-1391-1403)

190. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: постанова КМУ від 31 жовтня 2018 р. № 910. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>

191. Lennart G Bongartz, John M Quinn, Casper M Fransen etc. A Call for Comprehensive Reform of Military Medical Planning of NATO and Its Allies Based on Lessons From the Ukraine War-Cultural Context and the Human Factor. *Military Medicine*. 2025. <https://academic.oup.com/milmed/advance-article-abstract/doi/10.1093/milmed/usaf217/8155632?redirectedFrom=fulltext&login>

192. Про внесення змін до статті 11 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» щодо військової підготовки громадян України за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби: закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4538-20#Text>

193. О. І. Ліненко. Адміністративно-правове регулювання медичного забезпечення військовослужбовців. *Вісник Пенітенціарної асоціації України*. 2022. https://www.researchgate.net/publication/358762388_Administrativno-pravove_reguluvanna_medicnogo_zabezpecenna_vijskovosluzbovciv

194. А. М. Сиротенко, В. С. Артамощенко. Набуття сумісності військової освіти і підготовки кадрів сил оборони на засадах якості. Національні вимоги і стандарти НАТО. *Наука і оборона*. 2021. № 1. <https://nio.nuou.org.ua/article/view/230827/279061>

195. Савченко А. О. Сутність та зміст професійної підготовки офіцерського складу Збройних Сил України відповідно вимог та стандартів країн НАТО. *Освітньо-науковий простір*. 2024. Випуск 1. <https://surl.li/cxnbej>

196. Милянник Р.В. Трансформація кадрової політики в умовах глобальної нестабільності: стратегії адаптації та виживання. *Причорноморські економічні студії*. 2025. Випуск 95. https://bses.in.ua/journals/2025/95_2025/12.pdf

197. Резнікова О. О., Войтовський К. Є. Лепіхов А. В. Організація системи забезпечення національної стійкості на регіональному і місцевому рівнях : аналіт. доп.; за заг. ред. О. О. Резнікової. Київ : НІСД, 2021. 140 с. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/analytrep_08_2021.pdf

198. В. Мірненко, Д. Вітер, В. Оліферук. Трансформація системи військової освіти: основні тенденції та перспективи. *Військова освіта*. 2023. №2 (48). <https://znp-vo.nuou.org.ua/article/view/293485>

199. Проведено першу конференцію Lessons Learned: вибудовуємо системну спроможність. Міністерство оборони України. 2024. <https://mod.gov.ua/news/provedeno-pershu-konferencziyu-lessons-learned->

[vibudovuyemo-sistemnu-spromozhnist-zastupnik-ministra-oboroni-stanislav-gajder](#)

200. L-2. Army Command and Staff Course. Tactical level. <https://nuou.org.ua/assets/documents/l2-eng.pdf#:~:text=Experience%20of%20tasks%20performance%20in%20the%20ATO,to%20train%20leaders%20of%20the%20tactical%20level>.

201. Українська військово-медична академія. Відомості щодо здійснення освітньої діяльності у сфері вищої освіти. <https://uvma.mil.gov.ua/academy/foundings/files/vidomosti.pdf>

202. NATO STANDARD AJMedP-1. ALLIED JOINT MEDICAL PLANNING DOCTRINE. [https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-1_EDA_V1_E_2542.pdf#:~:text=Allied%20Joint%20Medical%20Planning%20Doctrine%20\(AJMedP%2D1\)%20is,at%20all%20levels%20of%20combined%20joint%20operations](https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-1_EDA_V1_E_2542.pdf#:~:text=Allied%20Joint%20Medical%20Planning%20Doctrine%20(AJMedP%2D1)%20is,at%20all%20levels%20of%20combined%20joint%20operations).

203. О.О. Микита. Система медичного забезпечення сил територіальної оборони Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т.3. № 3. https://www.researchgate.net/publication/364518554_Sistema_medicnogo_zabezpechenna_Sil_teritorialnoi_oboroni_Zbrojnih_Sil_Ukraini

204. Національний університет оборони України. <https://nuou.org.ua/>

205. В. Марценківський, Є. Камалов, М. Клонцак. Оцінювання ефективності функціонування військових навчальних підрозділів у системі підготовки офіцерів запасу. *Військова освіта*. 2020. № 2 (42). <https://znpyvo.nuou.org.ua/article/view/215966>

206. NATO - STANAG 2542. Allied joint medical planning doctrine. 2018. <https://standards.globalspec.com/std/14246885/stanag-2542>

207. П. Пономаренко. Сутність управлінської компетентності майбутніх офіцерів. Теорія і практика управління соціальними системами.

2023. № 2. <http://tipus.khpi.edu.ua/article/view/283741>

208. Україна, попри виклики війни, досягла значного прогресу в професіоналізації військової освіти – експерти НАТО. Міністерство оборони України. 2026. <https://mod.gov.ua/news/ukrayina-popri-vikliki-vijni-dosyagla-znachnogo-progresu-v-profesionalizacziyi-vijskovoyi-osviti-eksperti-nato>

209. Про внесення змін до Положення про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України: Указ Президента України №397/2025 від 12 червня 2025 року. <https://www.president.gov.ua/documents/3972025-55325>

210. Про національну безпеку України: Закон України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text>

211. Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні проблеми розвитку військової освіти і науки: шляхи їх вирішення». 2025. 355 с. <https://surl.li/aokteh>

212. Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 червня 2025 р., Полтава: ПДМУ, 2025. 168 с. https://pdmu.edu.ua/storage/departement-npr-twolevel-management-social-design/docs_links/yftv6lVI9CPxUalC32VAhVlKzs12H1nPCNyeJdxA.pdf

213. Бойчук, Т. М., Попова, І. С. Симуляційні технології навчання як невід'ємна складова компетентнісного підходу в сучасній вищій медичній освіті. *Медична освіта*. 2024 №3. С. 70-76. https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/14743/13792

214. NATO Centre of Excellence for Military Medicine. https://www.coemed.org/branches/ll_and_innovation

215. Medical Knowledge Management Portal. https://coemed.org/resources/ikm_portal

216. Сумісність України та НАТО: JATEC і партнери створюють спільну платформу Lessons Learned. Міністерство оборони України. 2025.

<https://mod.gov.ua/news/sumisnist-ukrayini-ta-nato-jatec-i-partneri-stvoryuyut-spilnu-platformu-lessons-learned>

217. Стоянова-Кова, С., Захаров, А., Лісовенко, Д., Остапенко, І. (2025). Вплив фінансової підтримки на ефективність управління людськими ресурсами в оборонному секторі. *Соціальний розвиток та безпека*. 2025. № 15(1). <https://www.paperssds.eu/index.php/JSPSDS/article/view/823/982>

218. Про затвердження Стратегії залучення, розвитку та утримання людського капіталу в силах оборони України на період до 2027 року: наказ Міністерства оборони України від 29.12.2024 № 862/нм. <https://mod.gov.ua/diyalnist/normativno-pravova-baza/nakaz-ministerstva-oboroni-ukrayini-vid-vid-29-12-2024-862-nm-pro-zatverdzhennya-strategiyi-zaluchennya-rozvitku-ta-utrimannya-lyudskogo-kapitalu-v-silah-oboroni-ukrayini-na-period-do-2027-roku>

219. Defence Education Enhancement Programme (DEEP). Partnerships and cooperation. NATO. 2025. <https://www.nato.int/en/what-we-do/partnerships-and-cooperation/defence-education-enhancement-programme-deep>

220. Рошнін Г.Г., Мазуренко О.В. та ін. Єдині протоколи надання екстреної медичної допомоги як елемент цивільно-військової взаємодії на територіях проведення спеціальних операцій в Україні. *Травма*. 2020. Том 21, № 2. <https://trauma-journal.com/index.php/journal/article/view/781/813>

221. Д. Карамишев, Л. Гордієнко, М. Литвиненко. Управління розвитком системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України відповідно до стандартів НАТО. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2023. № 20. С. 445-470. <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/25429b88-c8cd-4cd8-8eec-18afc5dc3413/content>

222. Про утворення Міжвідомчої групи координації та взаємодії з питань реалізації Стратегії залучення, розвитку та утримання людського капіталу в силах оборони України на період до 2032 року: наказ МО України

від 30.10.2025 № 725. <https://mod.gov.ua/diyalnist/normativno-pravova-baza/nakaz-ministerstva-oboroni-ukrayini-vid-30-10-2025-725-pro-utvorennya-mizhvidomchoyi-grupi-koordinaciyi-ta-vzayemodiyi-z-pitan-realizaciyi-strategiyi-zaluchennya-rozvitku-ta-utrimannya-lyudskogo-kapitalu-v-silah-oboroni-ukrayini-na-period-do-2032-roku>