

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

**на тему: Дослідження правових і організаційних аспектів
функціонування добровольчих медичних формувань в зонах
бойових дій: міжнародний досвід та українська практика**

Студента групи 14401БМН,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я »

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Гарант освітньо-професійної програми
науковий ступінь
вчене звання

Завідувач кафедри,
науковий ступінь
вчене звання

Світлана ДРУЗЕНКО

Іван
ВИШНИВЕЦЬКИЙ,
к. мед. наук, доцент

Ганна МАТУКОВА,
д.пед.н., професор

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н, професор

Київ - 2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Освітній рівень магістр

Спеціальність 073

«Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я

_____ 2025_ року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА

Друзенко Світлана Георгіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. **Тема роботи:** Дослідження правових і організаційних аспектів функціонування добровольчих медичних формувань в зонах бойових дій: міжнародний досвід та українська практика

керівник роботи Іван ВИШНИВЕЦЬКИЙ, канд мед. наук, доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від "13"травня 2025 р. № 381

2. **Строк подання студентом роботи** _____

3. **Вихідні дані до роботи** нормативно-правова база; міжнародні гуманітарні стандарти медичної допомоги; результати анкетного опитування та напівструктурованих інтерв'ю; статистичні та фінансові дані діяльності ПДМШ

4. **Цільова установка кваліфікаційної роботи**

Мета кваліфікаційної роботи: комплексно дослідити правові, організаційні та фінансові засади функціонування добровольчих медичних формувань і визначити умови їхньої ефективнішої роботи та інтеграції в систему медичного забезпечення Сил оборони України.

Об'єкт дослідження: добровольчі медичні формування, залучені до надання медичної допомоги в районах бойових дій.

Предмет дослідження: правові та організаційні засади функціонування ДМФ та їхньої взаємодії з органами державної влади та Силами оборони України.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу: табл. 2, рис. 11

6. Дата видачі завдання "01" вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	травень 2025 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	вересень 2025 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	вересень 2025 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2025 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу роботи	жовтень 2025 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2025 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	листопад 2025 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	листопад 2025 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	листопад 2025 р.	
10	Антиплагіатна перевірка роботи	грудень 2025 р.	
11	Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2025 р.	

Студент

(підпис)

Світлана ДРУЗЕНКО

(прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи _____

(підпис)

Іван ВИШНИВЕЦЬКИЙ

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено правові, організаційні та управлінські аспекти функціонування добровольчих медичних формувань у зонах бойових дій. На основі аналізу конституційних норм, профільного законодавства та міжнародних гуманітарних документів окреслено правовий статус добровольчих медичних формувань та виявлено основні прогалини в регулюванні їхньої діяльності. Емпіричну базу становлять результати анкетного опитування 103 учасників ротацій Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова, серія напівструктурованих інтерв'ю з представниками ПДМШ, медичного батальйону «Госпітальєри» та учасником польової місії Médecins Sans Frontières, статистика ротацій за 2022–2025 роки й аналіз фінансування ПДМШ.

У роботі запропоновано організаційно-управлінський механізм інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань у систему медичного забезпечення сил оборони України. Модель передбачає створення спеціального механізму допуску добровольчих медичних формувань до районів бойових дій, унормування порядку взаємодії з військовими підрозділами, розвиток внутрішніх процедур та управлінських стандартів у формуваннях, побудову прозорої системи логістичного забезпечення та механізмів соціального захисту медиків-добровольців, а також створення реєстру добровольчих медичних формувань і структури координації їх залучення. Розроблені рекомендації можуть бути використані органами державної влади та керівництвом добровольчих медичних формувань для підвищення передбачуваності, ефективності та стійкості системи медичного забезпечення в умовах війни.

Ключові слова: добровольчі медичні формування; правовий статус добровольчих медичних формувань; медичне забезпечення сил оборони України; військова медицина; цивільно-військова медична співпраця; залучення ДМФ, ПДМШ, медичний батальйон «Госпітальєри».

ANNOTATION

This master's qualification thesis examines the legal, organizational and managerial aspects of the functioning of volunteer medical formations in combat zones. Based on the analysis of constitutional norms, health sector legislation and international humanitarian documents, it outlines the legal status of volunteer medical formations and identifies the main gaps in the regulation of their activities. The empirical basis consists of the results of a questionnaire survey of 103 participants in rotations of the Pirogov First Volunteer Mobile Hospital (PDMSH), a series of semi-structured interviews with representatives of PDMSH and the medical battalion "Hospitallers", and with a participant in a field mission of Médecins Sans Frontières, rotation statistics for 2022–2025, and an analysis of the financing of PDMSH.

The thesis proposes an organizational and managerial mechanism for the institutional integration of volunteer medical formations into the system of medical support for the Defence Forces of Ukraine. The model provides for the creation of a special mechanism for admitting volunteer medical formations to combat zones, the regulation of procedures for interaction with military units, the development of internal procedures and management standards within the formations, the establishment of a transparent system of logistical support and mechanisms of social protection for volunteer medical personnel, as well as the creation of a register of volunteer medical formations and a coordination structure for their involvement. The recommendations can be used by state authorities and by the leadership of volunteer medical formations to increase the predictability, effectiveness and resilience of the system of medical support in wartime.

Keywords: volunteer medical formations; legal status of volunteer medical formations; medical support for the Defence Forces of Ukraine; military medicine; civil–military medical cooperation; involvement of volunteer medical formations; Pirogov First Volunteer Mobile Hospital (PDMSH); medical battalion "Hospitallers".

ЗМІСТ

Вступ.....	8
Розділ 1. Організаційно-правові засади діяльності добровольчих медичних формувань в умовах збройного конфлікту.....	19
1.1. Сутність та особливості явища добровольчих медичних формувань.....	19
1.2. Конституційні та законодавчі основи діяльності добровольчих медичних формувань.....	20
1.3. Нормативно-правові акти та практичні механізми, у межах яких фактично здійснюється діяльність добровольчих медичних формувань.....	20
1.4. Організаційно-правові моделі діяльності Першого добровольчого мобільного шпиталю та батальйону «Госпітальєри».....	22
1.5. Міжнародно-правові стандарти гуманітарної медицини: досвід організацій MSF та ІМС.....	23
1.6. Висновки до розділу.....	26
Розділ 2. Організаційно-управлінські аспекти функціонування добровольчих медичних формувань.....	29
2.1. Організаційна структура та управлінські моделі добровольчих медичних формувань	29
2.2. Стандартизація управлінських процесів у добровольчих медичних формуваннях.....	34
2.3. Результати інтерв'ю з учасниками добровольчих медичних формувань.....	39
2.4. Результати анкетного опитування добровольців Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова.....	43
2.5. Аналіз ефективності діяльності добровольчих медичних формувань за статистичними показниками.....	49
2.6. Порівняння управлінських моделей українських формувань з міжнародним досвідом.....	54
2.7. Висновки до розділу.....	58

Розділ 3. Перспективи інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань у систему медичного забезпечення сил оборони України.....	62
3.1. Вплив правової невизначеності на діяльність добровольчих медичних формувань.....	62
3.2. Огляд моделей та підходів до інтеграції ДМФ у систему медичного забезпечення сил оборони України.....	65
3.3. Запропонована модель інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань.....	70
3.4. Організаційні та управлінські передумови впровадження моделі.....	72
3.5. Оцінка потенційних ефектів реалізації запропонованої моделі.....	76
3.6. Висновки до розділу.....	77
Висновки.....	79
Список використаних джерел.....	84
Додатки.....	91

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми

Добровольчі медичні формування стали одним із найпомітніших явищ сучасної війни в Україні. Вони виникли як ініціативи громадянського суспільства, але фактично виконують функції, притаманні структурним елементам системи медичного забезпечення сил оборони. Їхня діяльність охоплює надання допомоги у найближчій до лінії бойових дій зоні, включно з первинною медичною допомогою, надання первинної догоспітальної допомоги та участю в медичній евакуації. У низці ситуацій добровольчі формування забезпечують безперервність медичної ланки в умовах, коли державні підрозділи фізично не можуть покривати всі потреби.

Попри значний внесок у збереження життя та здоров'я військовослужбовців, добровольчі формування функціонують у рамках, які не мають чітко визначеного правового статусу, уніфікованих стандартів роботи чи сталих механізмів фінансування. Це створює специфічну дослідницьку проблему: структури, які відіграють критичну роль у сфері оборонної медицини, працюють поза межами державних організаційних моделей, що впливає на стабільність їх діяльності, можливість масштабування та інтеграції у загальну систему медичної підтримки.

Окремої уваги потребує питання внутрішньої організації добровольчих медичних формувань. Зростання обсягів роботи, складність логістики та необхідність взаємодії з різними підрозділами сил оборони вимагають від них зрілих управлінських практик, чітких процедур, внутрішніх стандартів та стабільних механізмів координації. Вивчення того, як різні управлінські моделі впливають на ефективність роботи формувань, є важливим не лише з академічної точки зору, але й для розроблення практичних рішень, що дають змогу організувати їх роботу більш злагоджено та результативно.

Крім того, діяльність добровольчих формувань залежить від істотно різних ресурсів: фінансових, матеріальних, кадрових. Нестабільність

фінансування та відсутність інституційних механізмів підтримки впливають на можливість планування, технічне забезпечення, ротації та підготовку персоналу. Аналіз фінансової складової діяльності ДМФ є важливим для розуміння меж їхньої операційної спроможності та потенціалу подальшого розвитку.

Актуальність теми зумовлена потребою комплексно дослідити добровольчі медичні формування як унікальний елемент системи медичного забезпечення сил оборони, з позицій правового статусу, організаційної моделі, внутрішніх процесів управління, фактичних результатів роботи та ресурсної стійкості. Це дозволяє не лише узагальнити їхній реальний внесок, а й визначити умови, за яких формування можуть розвиватися ефективніше, взаємодіяти з державними структурами на системному рівні та забезпечувати високу якість медичної допомоги в районах бойових дій.

Таким чином, дослідження є актуальним, оскільки воно спрямоване на виявлення чинників, що визначають ефективність добровольчих медичних формувань, а також на формування науково обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення моделей їх діяльності, управління та взаємодії з державними інституціями. Ці питання лежать в основі тих тверджень, які надалі формулюються у вигляді дослідницьких гіпотез і потребують перевірки на основі емпіричних даних.

Ступінь наукової розробленості проблеми

Проблематика діяльності добровольчих медичних формувань у районах бойових дій залишається недостатньо опрацьованою у вітчизняній науковій літературі. Наявні дослідження здебільшого зосереджуються на загальних питаннях волонтерського руху, функціонуванні гуманітарних місій або розвитку оборонної медицини загалом, проте не виділяють добровольчі медичні формування як окремий об'єкт комплексного аналізу.

У міжнародних публікаціях основна увага приділяється діяльності гуманітарних організацій, таких як Médecins Sans Frontières та International Medical Corps, проте ці моделі не відображають специфіки українських

добровольчих медичних формувань, які поєднують риси військових, цивільних і волонтерських структур.

Таким чином, у науковому середовищі фактично відсутні роботи, що всебічно аналізують правові засади, організаційні моделі, управлінські практики та фінансову стійкість українських добровольчих медичних формувань. Це створює наукову нішу та обґрунтовує потребу в комплексному дослідженні, спрямованому на систематизацію наявного досвіду й визначення чинників ефективності цих структур у зоні бойових дій.

Мета та завдання дослідження

Мета дослідження полягає у комплексному вивченні правових, організаційних та фінансових засад функціонування добровольчих медичних формувань, а також у визначенні умов, за яких такі формування можуть працювати ефективніше й інтегруватися у єдиний медичний простір України з урахуванням їхньої ролі в системі медичного забезпечення сил оборони. Досягнення мети передбачає перевірку висунутих гіпотез щодо впливу правового статусу, управлінських моделей і фінансової стабільності на результативність діяльності ДМФ.

Для реалізації поставленої мети визначено такі завдання:

Визначити особливості правового регулювання діяльності добровольчих медичних формувань та виявити нормативні прогалини, що впливають на їх роботу в умовах бойових дій.

Охарактеризувати організаційні моделі ПДМШ та інших добровольчих формувань, з'ясувати структуру управління, рольові функції учасників, практики підготовки та механізми координації в районі бойових дій.

Проаналізувати результати анкетного опитування та напівструктурованих інтерв'ю для визначення внутрішньої ефективності добровольчих формувань, включно з питаннями укомплектованості змін, ротаційної системи, командної взаємодії, виконання протоколів та особистого досвіду учасників.

Дослідити фактичні операційні результати добровольчих формувань на основі статистики ротацій: структуру наданої допомоги, обсяги роботи, динаміку навантаження та внесок формувань у забезпечення маршруту пацієнта.

Оцінити фінансову складову діяльності добровольчих медичних формувань, зокрема динаміку доходів, витрат, ресурсного забезпечення та вплив фінансової нестабільності на операційну стійкість формувань.

Порівняти організаційні моделі українських добровольчих формувань з управлінськими практиками міжнародних гуманітарних організацій (MSF, ІМС) з метою визначення можливостей адаптації ефективних підходів до українських умов.

Здійснити інтегровану оцінку правових, організаційних, статистичних і фінансових даних із застосуванням тріангуляції, щоб сформулювати висновки щодо того, які чинники найбільш суттєво впливають на ефективність діяльності добровольчих медичних формувань.

На основі отриманих результатів розробити науково обґрунтовані пропозиції щодо підвищення ефективності, стійкості та потенційної інституціоналізації добровольчих медичних формувань у системі медичного забезпечення сил оборони України.

Гіпотези дослідження

Логіка роботи передбачає перевірку двох гіпотез, що впливають із виявлених суперечностей між реальним внеском добровольчих медичних формувань у систему медичного забезпечення сил оборони та їхнім фактичним правовим, організаційним і фінансовим статусом. Формулювання гіпотез ґрунтується на теоретичних положеннях дослідження, результатах попередніх спостережень, а також на потребі з'ясувати, які чинники найбільше впливають на ефективність діяльності ДМФ.

У межах дослідження висунуто такі гіпотези:

Перша гіпотеза полягає у припущенні, що перетворення добровольчих медичних формувань на приватні військово-медичні компанії та створення

правових і організаційних умов для їх системного залучення до медичного забезпечення сил оборони України сприятиме підвищенню ефективності надання допомоги в районах бойових дій. Передбачається, що подолання нестабільності фінансування, правової невизначеності та відсутності стандартизованих механізмів взаємодії ДМФ і сил оборони позитивно вплине на загальну результативність їх роботи.

Друга гіпотеза полягає у тому, що формалізація та стандартизація управлінських практик добровольчих медичних формувань, зокрема формування постійного штату, запровадження контрактів або компенсаційних механізмів, встановлення рольових структур, стандартних операційних процедур, чек-листів, регулярних тренувань і дебрифінгів, сприятиме підвищенню внутрішньої ефективності їх функціонування. Очікується, що такі управлінські рішення забезпечують вищу укомплектованість змін, зменшення плинності персоналу, точніше дотримання протоколів та швидшу реакцію на операційні виклики.

Перевірка висунутих гіпотез здійснюється шляхом інтеграції даних правового аналізу, результатів анкетного опитування, напівструктурованих інтерв'ю, статистики ротацій ПДМШ та аналізу його фінансових показників за 2022-2025 роки, а також через порівняльний кейс-аналіз міжнародних гуманітарних організацій. Узгодженість результатів різних методів у межах тріангуляції дозволяє оцінити як зовнішні чинники ефективності, так і внутрішні організаційні механізми, що впливають на діяльність добровольчих медичних формувань.

Об'єкт і предмет дослідження

Об'єктом дослідження є добровольчі медичні формування, що виконують функції надання медичної допомоги в районах бойових дій та залучаються до системи медичного забезпечення сил оборони України. Вони є особливим феноменом медичної системи, оскільки поєднують професійну медичну діяльність, добровольчі механізми та взаємодію з військовими структурами.

Предметом дослідження є правові, організаційні та фінансові умови функціонування добровольчих медичних формувань, включно з особливостями нормативного регулювання, управлінськими моделями, механізмами взаємодії з державними структурами, внутрішніми процесами роботи, результатами діяльності та факторами, що впливають на ефективність їх функціонування.

Методологія дослідження

1. Дизайн дослідження

Дослідження побудоване за змішаним підходом, який поєднує правовий аналіз, соціологічні методи, статистичні інструменти, фінансовий аналіз та кейс-аналіз міжнародних гуманітарних організацій. Такий дизайн обрано з огляду на багатовимірність діяльності добровольчих медичних формувань, які одночасно функціонують у правовій, організаційній, соціальній та операційній площинах.

Правова складова включає вивчення нормативно-правових актів, що регулюють питання охорони здоров'я, оборонного сектору, волонтерської діяльності та благодійності, а також аналіз підзаконних актів МОЗ та Кабінету Міністрів України. Поряд із цим досліджувалися внутрішні документи добровольчих формувань: статuti, меморандуми, накази, інструкції та інші регламенти, що визначають порядок організації роботи в умовах бойових дій. Це дозволило встановити, якою мірою діяльність формувань відповідає чинним нормативним вимогам та якими механізмами компенсуються наявні законодавчі прогалини.

Організаційний і соціальний вимір дослідження реалізовано через анкетне опитування добровольців Першого добровольчого мобільного шпиталю імені Миколи Пирогова та серію напівструктурованих інтерв'ю з учасниками і керівниками добровольчих медичних формувань, у тому числі батальйону «Госпітальєри». Анкетне опитування дало змогу отримати узагальнені кількісні показники щодо мотивації участі, професійного досвіду, оцінки внутрішньої взаємодії, рівня організаційної підтримки, умов

праці, безпеки та суб'єктивного сприйняття ефективності діяльності формувань.

Напівструктуровані інтерв'ю дозволили поглиблено охарактеризувати управлінські підходи, процеси координації, рольову структуру, логістичні рішення та головні виклики роботи медичних команд у бойових умовах. Інтерв'ю проводилися за попередньо підготовленими інтерв'ю-гайдами, що містили основні тематичні блоки, проте порядок обговорення питань, рівень деталізації та глибина уточнень варіювалися залежно від перебігу розмови, що відповідає специфіці напівструктурованого формату.

Статистичний компонент дослідження охопив аналіз даних щодо кількості пацієнтів, структури наданої медичної допомоги, навантаження на команди та результатів ротацій у 2022–2025 роках. Це дало змогу співвіднести нормативні та організаційні умови функціонування добровольчих медичних формувань із фактичними операційними результатами їх діяльності.

Кейс-аналіз міжнародних гуманітарних організацій, таких як Médecins Sans Frontières та International Medical Corps, застосовано для виявлення управлінських моделей, протоколів, підходів до підготовки персоналу та логістичних рішень, які можуть бути релевантними для українського контексту.

Для забезпечення достовірності результатів застосовано триангуляцію даних, що передбачала зіставлення результатів правового аналізу, анкетного опитування, інтерв'ю, статистичних матеріалів діяльності ротацій, фінансових даних та міжнародних кейсів. Узгодженість інформації з різних джерел дозволила підвищити аналітичну надійність отриманих висновків.

Для забезпечення методологічної чіткості здійснено операціоналізацію основних аналітичних понять. Під ефективністю діяльності добровольчих медичних формувань у межах дослідження розуміється сукупність кількісних і якісних показників, що включають обсяг і структуру наданої медичної допомоги, навантаження на команди, результати ротацій, а також

суб'єктивну оцінку ефективності та організаційної підтримки з боку учасників формувань. Організаційна підтримка операціоналізується через показники внутрішньої координації, управлінської комунікації, доступності ресурсів, безпеки та психологічного супроводу. Управлінська стійкість розглядається як здатність формувань підтримувати безперервність діяльності в умовах ротаційності персоналу, ресурсних обмежень та правової невизначеності, що фіксується через управлінські практики, описані в інтерв'ю та внутрішніх регламентах.

2. Джерела даних

Емпіричну основу дослідження становлять нормативно-правові акти України, внутрішні регламенти добровольчих медичних формувань, дані анкетного опитування добровольців ПДМШ, матеріали напівструктурованих інтерв'ю, статистичні зведення щодо діяльності ротацій та інформаційні матеріали міжнародних гуманітарних організацій.

У вибірку анкетного опитування включалися учасники ротацій ПДМШ 2022–2024 років, які мали досвід роботи в бойових умовах. Загальна кількість респондентів анкетного опитування становила 103 особи. У вибірку інтерв'ю залучалися керівники й учасники добровольчих та гуманітарних медичних формувань, які виконували управлінські функції або мали суттєвий польовий досвід. Такий підхід забезпечив релевантність, глибину та цілісність отриманих емпіричних даних.

3. Методи збору інформації

Методи збору даних включали аналіз правових джерел, анкетування добровольців, проведення напівструктурованих інтерв'ю, вивчення статистики діяльності ротацій та кейс-аналіз міжнародних гуманітарних організацій. Усі інструменти збору даних є авторськими, розробленими з урахуванням цілей і завдань дослідження, та подані окремими додатками.

4. Методи аналізу

Правовий аналіз дозволив систематизувати нормативні положення та виявити прогалини, що впливають на діяльність добровольчих медичних

формувань. Кількісний аналіз результатів анкетування здійснювався з використанням методів описової статистики; виконувалися розрахунок часток, обчислення середніх значень та порівняння груп респондентів за професійним досвідом, роллю у формуванні та кількістю ротацій.

Для опису показників, виміряних за оціночними шкалами (1–10): оцінка організаційної підтримки, комунікації, командної взаємодії, відчуття безпеки, використовувався модуль «Представлення даних» програми MedStat v.5.2 з розрахунком медіани, кuartилів, мінімальних і максимальних значень та 95% довірчих інтервалів. Нормальність розподілу перевіряли за критерієм Д'Агостіно-Пірсона.

Якісний аналіз відкритих відповідей та напівструктурованих інтерв'ю здійснювався методом індуктивного тематичного кодування. Сміслові фрагменти групувалися у теми, які формувалися в процесі аналізу, а не задавалися наперед, що дало змогу виявити ключові закономірності щодо мотивації, структури управління, механізмів координації, ресурсного забезпечення, логістичних викликів та внутрішньої динаміки команд.

З метою підвищення надійності якісного аналізу використовувався принцип послідовної звірки тематичних категорій. Кодування здійснювалося з повторним переглядом смислових фрагментів для уточнення меж аналітичних тем та уникнення надмірної інтерпретації окремих висловлювань. Отримані результати співставлялися з даними анкетного опитування, статистикою діяльності ротацій та результатами правового аналізу.

Інтерпретація кількісних результатів проводилася з урахуванням специфіки діяльності добровольчих медичних формувань у воєнних умовах. Показники розглядалися в поєднанні з якісними даними та фактичними операційними результатами, що дозволило уникнути спрощених статистичних узагальнень і забезпечити контекстуалізовану оцінку результатів.

Фінансовий аналіз охопив дослідження доходів і витрат ПДМШ, структури фінансових потоків, динаміки ресурсного забезпечення за 2022–2025 роки та співвідношення фінансових показників із фактичними результатами діяльності. Фінансовий аналіз застосовувався з метою оцінювання ефективності моделі функціонування ДМФ у контексті нестабільного фінансування.

Перевірка дослідницьких гіпотез здійснювалася шляхом узгодження даних анкетування, тематичного аналізу інтерв'ю, статистики ротацій, фінансових показників і міжнародних кейсів, що дало змогу оцінити вплив правових, організаційних та фінансових чинників на ефективність діяльності добровольчих медичних формувань.

5. Етичні засади

Усі учасники опитування та інтерв'ю надали інформовану згоду. Уся інформація оброблялася в знеособленому вигляді з дотриманням принципів конфіденційності.

При формуванні анкет та інтерв'ю-гайдів особливу увагу приділялося мінімізації етичних і безпекових ризиків, пов'язаних із воєнним контекстом дослідження. Формулювання запитань не передбачали розкриття чутливої інформації щодо точних локацій роботи, маршрутів евакуації чи персонального складу команд.

6. Обмеження

Обмеження дослідження зумовлені насамперед воєнним контекстом збору емпіричних даних, добровільним характером участі респондентів та цільовим підходом до формування вибірки. Анкетне опитування та інтерв'ю охоплювали учасників добровольчих медичних формувань із реальним досвідом роботи в бойових умовах, що обмежує можливість статистичного узагальнення отриманих результатів на всі без винятку добровольчі або гуманітарні медичні ініціативи.

Дослідження фокусується переважно на добровольчих медичних формуваннях із відносно структурованою організацією діяльності, сталою

управлінською моделлю та тривалим залученням до медичного забезпечення в зоні бойових дій. Така специфіка вибірки зумовлює необхідність обережного перенесення отриманих висновків на інші формування з відмінним рівнем інституційної зрілості або іншим форматом організації роботи. Оцінки респондентів мають суб'єктивний характер і відображають досвід саме тих медиків-добровольців, які погодилися взяти участь у дослідженні

Попри ці обмеження, поєднання правового аналізу, анкетного опитування, напівструктурованих інтерв'ю, аналізу статистики діяльності ротаций і фінансових даних, а також використання підходу тріангуляції, сприяє підвищенню внутрішньої узгодженості результатів та обґрунтованості інтерпретацій у межах поставлених цілей і завдань дослідження.

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ ДОБРОВОЛЬЧИХ МЕДИЧНИХ ФОРМУВАНЬ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Цей розділ присвячено правовому й організаційному аналізу феномену добровольчих медичних формувань (ДМФ) у сучасній Україні.

1.1. Сутність та особливості явища добровольчих медичних формувань

Особливості організаційно-правового статусу добровольчих медичних формувань (ДМФ) в Україні визначаються поєднанням національних правових рамок, міжнародних гуманітарних норм та особливостей взаємодії з органами державної влади й сектором безпеки та оборони. У сучасних умовах війни такі формування стали невід’ємною частиною системи надання медичного забезпечення та надання допомоги в зоні бойових дій та на прифронтових територіях, які державна система не завжди здатна покрити оперативно. Попри широке використання терміна в публічному дискурсі, «ДМФ» не є окремо визначеною організаційно-правовою формою в українському законодавстві, натомість у практиці співіснують різні юридичні оболонки: благодійні організації, громадські об’єднання та акредитовані представництва іноземних неурядових організацій. Це створює мозаїку режимів правосуб’єктності, звітності, доступу до районів бойових дій, статусу персоналу та соціальних гарантій. В цій роботі ми розглянемо декілька моделей: Перший добровольчий мобільний шпиталь імені Миколи Пирогова (ПДМШ), медичний батальйон «Госпітальєри» та міжнародну організацію Médecins Sans Frontières (Лікарі без кордонів, MSF). Це дозволить порівняти українські моделі з міжнародною практикою та оцінити, як саме правові механізми впливають на їхню діяльність.

Добровольчі медичні формування в Україні є цивільними підрозділами, які виникли у відповідь на російську агресію, вони мають специфічний організаційно-правовий статус, який суттєво відрізняє їх від класичних військово-медичних підрозділів. Зокрема, Перший добровольчий мобільний

шпиталь імені Миколи Пирогова (ПДМШ), виник у 2014 році як спільний проект МОЗ України, Міноборони України, Генштабу Збройних Сил України та БФ «ПДМШ ім. Миколи Пирогова» [7] із залучення цивільних медиків та допоміжного персоналу для надання медичної допомоги, проведення діагностики та диспансеризації військовослужбовцям ЗСУ, працівникам правоохоронних органів та цивільному населенню, що проживають чи проходять військову службу в районах бойових дій та на прифронтових територіях.

1.2. Конституційні та законодавчі основи діяльності добровольчих медичних формувань

Діяльність добровольчих медичних формувань в Україні спирається на конституційні норми. Відповідно до статті 65 Конституції України [1 ст. 65], захист Вітчизни, незалежності та територіальної цілісності є обов'язком громадян. Це положення створює правові засади для участі громадян у захисті держави, у тому числі шляхом медичного забезпечення на добровольчих засадах. Саме з цього витікає легітимність існування добровольчих медичних формувань у зоні бойових дій, адже вони реалізують конституційний обов'язок у сфері охорони життя та здоров'я.

Подальший розвиток конституційної норми конкретизується низкою законів. Передусім, Закон України «Про основи національного спротиву» [2] визначає систему територіальної оборони, роль добровольчих формувань територіальних громад, а також механізми залучення цивільних громадян до виконання завдань оборони. В межах цього закону передбачено підготовку населення до національного спротиву, що охоплює і питання медичного забезпечення.

1.3. Нормативно-правові акти та практичні механізми, у межах яких фактично здійснюється діяльність добровольчих медичних формувань

У сфері охорони здоров'я ключовим є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [3], який гарантує право

кожного на медичну допомогу та регламентує можливість залучення як державних, так і недержавних суб'єктів до надання такої допомоги. Саме цей закон створює підґрунтя для діяльності добровольчих медичних формувань у тісній взаємодії з офіційною системою охорони здоров'я.

Окреме місце в системі нормативного регулювання займає Закон України «Про волонтерську діяльність» [4]. Він визначає правові засади волонтерської роботи, права та обов'язки волонтерів, загальні механізми їх підготовки й залучення до надання допомоги в надзвичайних ситуаціях і в умовах воєнного стану.

Для добровольчих медичних формувань цей Закон має радше опосередковане значення. Він окреслює загальні рамки участі цивільних осіб у наданні допомоги, однак не відображає специфіки медичних підрозділів, що діють у районах бойових дій і фактично виконують функції елементів системи медичного забезпечення сил оборони. Медики ПДМШ та «Госпітальєрів» виступають добровольцями, але їхня діяльність ґрунтується передусім на нормах законодавства про благодійну діяльність, оборону та охорону здоров'я, тоді як Закон «Про волонтерську діяльність» не визначає їх окремий статус і не забезпечує належних гарантій у разі поранення чи загибелі.

Окрему роль відіграють підзаконні нормативні акти, які конкретизують положення законів і визначають практичні механізми діяльності добровольчих формувань. У сфері оборони ключовим є постанова КМУ № 1447 «Порядок організації, забезпечення та проведення підготовки добровольчих формувань територіальних громад до виконання завдань територіальної оборони» [5]. Постанова визначає завдання, структуру, порядок організації та координації добровольчих формувань територіальних громад, а також умови їхньої участі у забезпеченні національного спротиву, у тому числі з урахуванням медичного компонента.

Також у сфері охорони здоров'я важливе значення має наказ МОЗ №814 від 27 квітня 2018 року [6], який визначає порядок відрядження

медичних та немедичних працівників у райони проведення операцій Об'єднаних сил. Цей документ став основним механізмом практичного залучення цивільних медиків до роботи в зоні бойових дій у межах проєкту Першого добровольчого мобільного шпиталю імені Миколи Пирогова та встановив правила їхньої взаємодії з військовими структурами.

Крім цього, важливим інструментом інституціоналізації стали меморандуми про співпрацю, підписані ПДМШ із підрозділами Збройних Сил України, Національної гвардії [8], Командуванням ТРО [9], Державною прикордонною службою [10] та іншими Силами оборони. Такі документи закріпили механізми координації, визначили порядок допуску медиків у райони виконання бойових завдань та забезпечили формальне визнання діяльності ПДМШ на рівні сектору безпеки й оборони.

1.4. Організаційно-правові моделі діяльності Першого добровольчого мобільного шпиталю та батальйону «Госпітальєри»

Для Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова (ПДМШ) правова прогалина у сфері соціального захисту волонтерів має безпосередні наслідки. Медики, що відряджаються за наказом МОЗ №814, офіційно виконують свою роботу в цивільному статусі. Вони не набувають автоматичних гарантій військовослужбовців (страхування, компенсація у разі поранення чи загибелі, пільги членам сімей, не мають статусу УБД). Тому ПДМШ був змушений створити власну систему прозорості фінансової звітності, укладання договорів та забезпечення мінімальних страхових механізмів через благодійний фонд. Це вирішує частину проблеми, але не дає системного захисту, адже такі гарантії залежать від потужностей організації, а не держави.

Медичний батальйон «Госпітальєри» сформований у 2014 році як добровольчий підрозділ для евакуації поранених і надання першої допомоги в зоні бойових дій [11]. З 2015 року він діє у складі Української добровольчої армії як її медичний компонент [12], однак без статусу військової частини: учасники залишаються цивільними волонтерами, а їхній допуск до району

бойових дій ґрунтується на практичній взаємодії з бойовими підрозділами, а не на спеціальних нормативних актах МОЗ чи Міноборони.

Подальший розвиток «Госпітальєрів» пов'язаний з офіційною реєстрацією у формах громадського об'єднання та благодійного фонду, що надало правосуб'єктність і можливість легально залучати фінансові ресурси, закуповувати обладнання та організовувати медико-тактичні вишколи та практичні тренінги. Після початку повномасштабного вторгнення батальйон продовжує працювати як незалежне добровольче формування, зосереджуючись на евакуації поранених, наданні допомоги військовим і цивільним та підготовці бойових медиків. Правовою основою їхньої діяльності залишаються загальні закони у сфері охорони здоров'я, волонтерства та благодійності, однак спеціального державного регулювання їхнього статусу досі не існує. Соціальні гарантії для учасників залишаються мінімальними й значною мірою забезпечуються силами самої організації та благодійними фондами [13].

1.5. Міжнародно-правові стандарти гуманітарної медицини: досвід організацій MSF та IMC

Добровольчі медичні формування діють не лише в межах українського законодавства, але й у полі міжнародного гуманітарного права. Основу цього поля складають Женевські конвенції 1949 року та Додаткові протоколи [14], які визначають статус медичного персоналу, гарантії його захисту й правила надання допомоги пораненим і хворим у збройних конфліктах. Згідно з цими документами, медичні працівники користуються особливим захистом, незалежно від того, до якої сторони конфлікту належать поранені. У міжнародній гуманітарній практиці саме ці норми формують базові принципи: нейтральність, неупередженість і незалежність, що стали ключовими цінностями для організацій на кшталт Médecins Sans Frontières.

Українські добровольчі формування – ПДМШ та «Госпітальєри» – хоча й не мають формалізованого міжнародного статусу, фактично діють у рамках гуманітарних принципів, виконуючи завдання з порятунку життя та надання

медичної допомоги цивільним і військовим у зоні бойових дій. Вони реалізують ті ж гуманітарні функції, що й міжнародні організації, проте без офіційного визнання з боку міжнародних інституцій. Це означає, що їхні учасники не користуються додатковими механізмами захисту, які забезпечуються міжнародними угодами, і залишаються вразливими в правовому полі.

Якщо розглядати міжнародних досвід подібних організацій, то варто звернутися до прикладу діяльності організації «Лікарі без кордонів» (MSF), яка є класичним прикладом глобальної гуманітарної моделі медичної допомоги в умовах збройних конфліктів. «Лікарі без кордонів» (Médecins Sans Frontières) – міжнародна гуманітарна неурядова організація, заснована у Франції у 1970-х роках, діяльність якої координується через мережу операційних центрів та Міжнародну раду [17]. Організація надає медичну допомогу постраждалим у збройних конфліктах, під час епідемій, природних катастроф та інших надзвичайних ситуацій.

Головні цінності: нейтральність, неупередженість, і медична етика. Принципи були формально закріплені у Хартії, Chantilly Principles і La Mancha Agreement [15-17]. MSF діє на підставі міжнародного гуманітарного права та власного статуту як незалежна неурядова організація, зареєстрована у багатьох країнах світу.

В Україні представництво «Лікарів без кордонів» працює офіційно з 2011 року, після 2014 року значно розширило діяльність у зв'язку з війною на Донбасі, а з 2022 року розгорнуло операції на всій території, охопленій бойовими діями чи гуманітарними кризами [21].

Організаційно-правовий статус MSF відрізняється від українських формувань тим, що вона функціонує як міжнародна неурядова організація (НУО), яка має власні глобальні стандарти управління, фінансування та безпеки персоналу. В Україні її діяльність легалізована через реєстрацію благодійної організації, яка виконує роль офіційного представництва. Це дозволяє діяти відповідно до українського законодавства, але водночас

спиратися на міжнародний мандат, що гарантує їй доступ до гуманітарних операцій, співпрацю з урядовими структурами та міжнародними партнерами.

Важливим є те, що персонал MSF, на відміну від добровольців ПДМШ чи «Госпітальєрів», має чіткі умови праці, контрактні відносини та систему соціального захисту. Працівники отримують заробітну плату або грошову компенсацію, забезпечені страховими програмами та чіткими правилами безпеки. Це принципово відрізняє їх від українських добровольчих медичних формувань, де соціальні гарантії залишаються мінімальними й залежать від внутрішніх ресурсів організацій.

Ще однією показовою міжнародною організацією у сфері гуманітарної медицини є International Medical Corps (IMC). Міжнародний Медичний Корпус - це глобальна гуманітарна некомерційна організація, яка була заснована у 1984 році лікарями-волонтерами та медсестрами, та «є приватною, добровільною, неполітичною та неконфесійною організацією» [22]. Її особливістю є поєднання екстреного реагування на гуманітарні кризи та впровадження довгострокових програм розвитку охорони здоров'я. Сьогодні IMC працює більш ніж у 30 країнах світу, має понад 7 тисяч співробітників, більшість із яких – місцеві фахівці. Організація дотримується принципів нейтральності, неупередженості та незалежності, а її діяльність охоплює широкий спектр: від екстреної медичної допомоги та боротьби з епідеміями до програм психосоціальної підтримки, забезпечення санітарії та гігієни, охорони материнства й дитинства [23].

Організаційно-правовий статус IMC базується на міжнародному гуманітарному праві, але фінансова модель відрізняється від MSF: значну частину ресурсів забезпечують урядові гранти США, Великої Британії, ЄС та міжнародних донорів. Це робить IMC менш незалежною у фінансовому плані, проте дозволяє реалізовувати масштабні й довгострокові програми.

В Україні IMC працює з 1999 року, а після 2014 року розширила діяльність у зв'язку з війною на Донбасі [24]. Після 2022 року організація створила дев'ять оперативних центрів по всій країні та стала одним із

провідних гуманітарних партнерів у сфері медицини. Основні напрями діяльності ІМС охоплюють роботу мобільних медичних бригад, постачання медикаментів і обладнання, відновлення медичної інфраструктури, психосоціальну підтримку населення та програми грошової допомоги для покриття витрат на лікування [25].

Таким чином, ІМС демонструє ще одну модель міжнародного гуманітарного втручання: організацію, яка поєднує екстрену медичну допомогу з відновленням і розвитком місцевих систем охорони здоров'я. На відміну від MSF, яка наголошує на незалежності й свідченні про гуманітарні порушення, ІМС працює у тісній співпраці з урядами та міжнародними інституціями, роблячи акцент на стабільності та інституційній сталій присутності. Її діяльність в Україні після 2022 року підкреслює важливість залучення таких організацій у кризові періоди, коли національна система охорони здоров'я потребує швидкої підтримки та відновлення.

На відміну від багатьох інших гуманітарних організацій, ІМС залишається на територіях, де надає допомогу, ще довго після закінчення кризи, надаючи навчання та інструменти, щоб допомогти громадам повністю відновитися і прийти до самостійності та рівноваги.

1.6. Висновки до розділу

Аналіз українських моделей добровольчих медичних формувань показує, що вони виникли як реакція на критичний дефіцит ресурсів у системі медичної допомоги в умовах війни. ПДМШ та «Госпітальєри» мають спільні риси: цивільний характер, роботу на добровільних засадах і правову невизначеність щодо соціального захисту учасників та статусу організацій, що співпрацюють з військовими. Обидва формування діють у правовій площині Конституції України, законів про охорону здоров'я, волонтерство та благодійність, але не мають спеціального нормативного закріплення, що залишає їхніх учасників у стані правової невизначеності. Відмінність полягає в рівні формалізації: ПДМШ має наказ МОЗ №814 і меморандуми про співпрацю з підрозділами сектору безпеки та оборони, тоді як медичний

батальйон «Госпітальєри», попри входження до складу військового підрозділу Української добровольчої армії, діє переважно на підставі власних внутрішніх рішень, а його персонал зберігає цивільний статус і працює на добровільних засадах.

Міжнародний досвід MSF демонструє, що ефективність таких формувань значною мірою залежить від наявності чіткої правової бази, гарантій соціального захисту та міжнародного визнання. Працівники MSF користуються контрактними відносинами, страховим покриттям і захистом, гарантованим міжнародним гуманітарним правом. Водночас принцип нейтральності, який є базовим для MSF, в українських умовах не може бути реалізований, оскільки добровольчі формування діють у межах захисту власної держави, що перебуває під зовнішньою агресією. ІМС пропонує іншу модель тісної співпраці з урядами та великим міжнародними донорами, поєднуючи екстрене реагування з розвитковими програмами й роблячи акцент на інституційній сталій присутності. Таким чином, MSF і ІМС демонструють різні формати міжнародної гуманітарної медицини: перший вирізняється високим рівнем автономності й мобільності, другий – інституціоналізованістю та ресурсною стабільністю. Для України є цінними ці елементи: інституційна сталість, навчання медичних кадрів, розбудова психосоціальної підтримки та відновлення медичної інфраструктури навіть у воєнних умовах.

Перспективним напрямом для України є створення окремого правового механізму для добровольчих медичних формувань, який передбачав би: визначення їхнього статусу, єдиний реєстр і правила доступу до зони бойових дій, мінімальні стандарти соціального й страхового захисту волонтерів, інтеграцію міжнародних гуманітарних принципів у національне законодавство. Це дозволить створити збалансовану систему, де добровольчі ініціативи не лише зберігатимуть мобільність і адаптивність, а й матимуть належний рівень правового та соціального захисту.

Розглянуті у першому розділі особливості правового статусу й організаційних умов діяльності добровольчих медичних формувань визначають загальне середовище, у якому ці структури змушені працювати під час війни. Виявлені нормативні прогалини, обмеження доступу, питання взаємодії з військовими підрозділами та особливості логістичного забезпечення створюють рамку, яка впливає на щоденну роботу медичних команд. Щоб оцінити, як ці проблеми проявляються на практиці, важливо звернутися до досвіду самих учасників добровольчих формувань. Наступний розділ містить аналіз результатів анкетування та інтерв'ю, що дозволяє зіставити реальні умови їхньої діяльності з виявленими нормативними й організаційними аспектами.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДОБРОВОЛЬЧИХ МЕДИЧНИХ ФОРМУВАНЬ

2.1. Організаційна структура та управлінські моделі добровольчих медичних формувань

Перший добровольчий мобільний шпиталь імені Миколи Пирогова (ПДМШ) є прикладом високорозвиненої добровольчої медичної організації, що поєднує принципи гуманітарної діяльності, професійної медицини та системного управління. Його структура побудована за функціональним принципом, який передбачає виокремлення кількох взаємопов'язаних напрямів: медичного, логістичного, адміністративно-господарського, аналітичного та комунікаційного. Кожен із цих напрямів має власну управлінську ланку, відповідальність і завдання, що забезпечує стійкість шпиталю та узгодженість усіх процесів.

Функціонально-організаційна структура Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова представлена як комплексна система, що поєднує управлінську, адміністративну та операційну ланки. Структура формування передбачає чіткий розподіл відповідальності між основними напрямками діяльності та узгодженість роботи всіх підрозділів.



Рис 2.1. Функціонально-організаційна структура ПДМШ

Представлена структура засвідчує, що ПДМШ функціонує як багаторівнева система, у якій адміністративна та операційна ланки взаємодіють для забезпечення стійкості, адаптивності та високої якості медичної допомоги в умовах бойових дій.

Медичний напрям є центральним елементом структури та включає фахівців клінічних профілів, необхідних для роботи в умовах підвищеного ризику та обмеженої інфраструктури. До його складу залучаються анестезіологи, хірурги, травматологи, стоматологи, лікарі-інтерни, молодші спеціалісти з медичною освітою, бойові медики без медичної освіти та фахівці з фізичної реабілітації та масажу. Такий кадровий склад дозволяє забезпечити повний цикл медичної допомоги: від домедичних заходів та первинного огляду до стабілізації й короткострокової реабілітації. У різні періоди діяльності середня чисельність учасників становила близько 460 осіб із помітною питомою вагою саме клінічних фахівців і середнього медперсоналу, що відображає масштаб формування та його здатність виконувати завдання паралельно в декількох локаціях.

Узагальнена кадрова структура ПДМШ включає клінічних фахівців, середній медичний персонал, бойових медиків, фахівців з реабілітації, молодших спеціалістів із немедичною освітою, водіїв і технічний персонал, адміністративно-управлінські підрозділи та господарсько-обслуговуючі служби. Така багатокомпонентна організаційна модель забезпечує збалансованість клінічних, логістичних, аналітичних та адміністративних функцій, необхідних для роботи у зоні бойових дій.

Представлена структура ротаційного медичного забезпечення забезпечує безперервність маршруту пораненого від моменту передачі військовими на точці евакуації до стабілізаційного пункту, а далі – під час реанімаційного транспортування та подальшого перевезення до стаціонару.

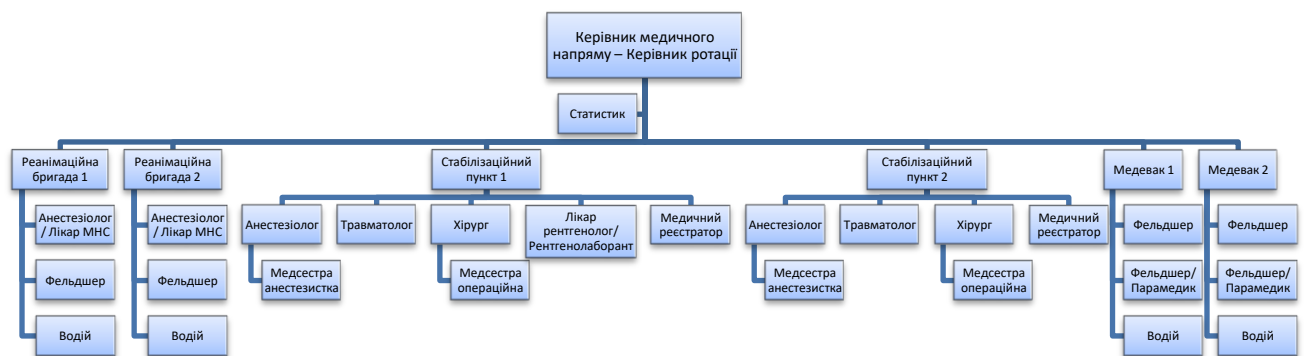


Рис. 2.2 Медична функціонально-організаційна структура ПДМШ

Діяльність ПДМШ організована за ротаційним принципом: одна ротація триває близько місяця. Станом на листопад 2025 року проведено 43 ротації, з яких 42 завершені й включені до аналізу в межах дослідження, значну частину команди становлять учасники, які повертаються багаторазово, десять і більше ротацій. Це формує стабільне кадрове ядро та свідчить про високий рівень залученості учасників і забезпечує безперервне накопичення досвіду.

Логістичний напрям забезпечує транспорт, матеріально-технічне постачання, складську роботу, технічне обслуговування транспорту й обладнання, а також супровід розгортання мобільних локацій, які можуть швидко пересуватися відповідно до оперативних потреб. У цьому блоці працюють водії, механіки, комендантська та складська ланки, а також фахівці з матеріально-технічного забезпечення, що формують основу автономності ротацій у районах з обмеженою інфраструктурою.

Адміністративно-господарський напрям охоплює управлінські, фінансові, юридичні та кадрові функції, а також забезпечувальні ролі фронту і тилу. До нього належать адміністративно-управлінський персонал і господарсько-обслуговуючі підрозділи, що підтримують безперервність процесів, планування ротацій, документообіг і взаємодію між штабом та медичними командами.

Функції внутрішнього моніторингу та узагальнення даних з ротацій забезпечуються відповідальними працівниками ПДМШ, які збирають первинну інформацію про діяльність медичних команд, структуру наданої допомоги й організаційні потреби. Узагальнені дані використовуються для планування наступних ротацій, коригування логістики та вдосконалення внутрішніх процедур. Ця система регулярного збору та обробки інформації посилює узгодженість управлінських рішень і сприяє підвищенню прозорості роботи формування.

Комунікаційний напрям забезпечує внутрішню координацію між керівництвом ПДМШ, ротаційними командами й тиловими підрозділами та зовнішні взаємодії з донорами, партнерами й державними інституціями. Він забезпечує інформування про результати роботи, підготовку офіційних матеріалів, звітів, взаємодію з громадськістю, що формує зовнішню відкритість та підтримує сталість ресурсного забезпечення.

У добровольчому медичному просторі України діє також медичний батальйон «Госпітальєри», який сформував власну, відмінну від ПДМШ, організаційну модель. Його діяльність побудована навколо мобільних

екіпажів, що формуються залежно від наявних волонтерів, рівня підготовки та потреб на конкретній ділянці фронту. Кожен екіпаж працює автономно й здійснює виїзди у зону бойових дій без складної багаторівневої системи штабного управління. Така модель спирається на індивідуальну відповідальність, професійний досвід та оперативні рішення командирів, що забезпечує високу мобільність та можливість швидкого реагування.

Організаційна структура батальйону включає базову ланку: екіпаж швидкої допомоги, до складу якого зазвичай входять водій, медик та рятувальник. Формування екіпажів здійснюється динамічно, без постійного кадрового ядра, адже значна частина учасників поєднує участь у ротаціях із цивільною роботою. Це зумовлює нестабільність чисельності особового складу, однак забезпечує широку залученість добровольців із різних регіонів. Водночас для частини учасників участь у батальйоні є регулярною та тривалою, що формує внутрішнє професійне ядро, яке бере на себе координаційні функції та передає новим волонтерам необхідні навички.

Управлінська модель «Госпітальєрів» характеризується низьким рівнем формалізації: у формуванні немає сталих штатних посад чи уніфікованої системи процедур, а більшість управлінських рішень ґрунтується на досвіді учасників та особистій ініціативі командирів екіпажів. Водночас діяльність не є повністю неструктурованою: екіпажі працюють у межах загальних правил батальйону, зокрема щодо звітування, підтримання зв'язку з керівництвом та дотримання базових стандартів безпеки. Така модель поєднує автономність оперативних дій із мінімально необхідною координацією, що забезпечує гнучкість, мобільність і здатність швидко адаптуватися до змін тактичної ситуації. Керівництво батальйону виконує роль стратегічного центру та координатора, тоді як оперативні рішення ухвалюються безпосередньо екіпажами.

Діяльність батальйону значною мірою залежить від волонтерської підтримки та благодійних надходжень, що відображено у фінансовій звітності: кошти спрямовуються переважно на медичне обладнання, витратні

матеріали, паливо, транспорт і забезпечення робочих виїздів. Така структура витрат свідчить про домінування операційної складової та відсутність адміністративної інфраструктури, характерної для більш інституційних формувань.

Інформація з інтерв'ю учасників свідчить, що механізми взаємодії всередині батальйону формуються переважно на основі досвіду, неформальних правил та усталених практик, що передаються між поколіннями добровольців. Високий рівень автономії та гнучкості дозволяє формуванню працювати у складних тактичних умовах, однак створює виклики у сфері стандартизації, внутрішнього контролю та взаємодії з державними структурами.

Таким чином, добровольчі медичні формування демонструють дві суттєво різні управлінські моделі: ПДМШ із функціонально структурованою системою та внутрішньою координацією і «Госпітальєри» з горизонтальною, децентралізованою та значною мірою неформалізованою організацією. Різні підходи до побудови організації добровольчих медичних формувань окреслюють підґрунтя для подальшого розгляду особливостей їхніх управлінських практик.

2.2. Стандартизація управлінських процесів у добровольчих медичних формуваннях

Стандартизація управлінських процесів є визначальним чинником ефективності роботи добровольчих медичних формувань, особливо в умовах бойових дій, де якість координації, логістики та взаємодії безпосередньо впливає на своєчасність і результативність надання медичної допомоги. Порівняння управлінських моделей Першого добровольчого мобільного шпиталю імені Миколи Пирогова та медичного батальйону «Госпітальєри» демонструє різні підходи до стандартизації, формалізації та внутрішнього контролю.

У ПДМШ стандартизація управлінських процесів охоплює планування ротацій, логістичне забезпечення, внутрішню комунікацію та звітність. Через

нього здійснюється узгодження маршрутів, розподіл персоналу, визначення операційних завдань і передання інформації між ланками.

Центральна управлінська роль у ПДМШ належить командирі ротації, який одночасно виконує функції керівника медичного напрямку та входить до складу керівництва шпиталю. Він відповідає за координацію діяльності ротації: розподіл персоналу між операційними локаціями, узгодження медичних завдань і графіків, організацію взаємодії між медичними командами, логістичною групою та адміністративною ланкою. Важливою частиною його діяльності є безпосередня комунікація з бойовими підрозділами, з якими він узгоджує потреби у медичній допомозі, порядок та маршрути евакуації, терміновість викликів і пріоритетність завдань. У процесі управління ротацією командир приймає оперативні рішення, контролює дотримання встановлених процедур і забезпечує передання інформації керівництву формування. Він також координує роботу персоналу прифронтових баз, на яких розміщуються команди та здійснюється забезпечення ресурсами, транспортом і комунікацією, що підтримує безперервність роботи ротації в умовах бойових дій.

Крім цього, стандартизованими є процедури підготовки та завершення ротацій: визначення складу команди, інструктажі, медичні й логістичні брифінги, передання інформації між змінами, звітність та аналіз роботи після завершення ротації. Узгодженість цих процедур дозволяє уникати прогалин у координації та забезпечує передбачуваність процесів незалежно від складу ротації.

Важливу роль у стандартизації відіграють елементи підготовки. Хоча ПДМШ на сьогодні не має власного тренувального центру, як медичний батальйон «Госпітальєри», усі добровольці перед виїздом проходять курс підготовки з тактичної медицини та домедичної допомоги, оскільки цивільні стандарти та практики суттєво відрізняються від вимог роботи під обстрілами, у нестабільному середовищі або в умовах обмеженого доступу до ресурсів. Підготовка охоплює основи зупинки кровотеч, алгоритми

MARCH, тактичні сценарії евакуації, базові принципи роботи в команді на прифронтових локаціях, а також питання безпеки під час переміщення. Наявність такої підготовки вирівнює рівень первинних навичок серед волонтерів і підвищує здатність команд діяти узгоджено, зменшуючи ризики для пацієнтів та персоналу.

У Першому добровольчому мобільному шпиталі значна частина управлінських процедур стандартизована через застосування цифрових інструментів, що формують цілісну систему обліку, планування та контролю ресурсів і клінічних випадків. Формування використовує спеціалізовану програму для обліку руху медичних і матеріально-технічних цінностей, яка дозволяє відстежувати надходження, розподіл, використання та потреби ротацій. Паралельно функціонує електронний реєстр пацієнтів, у якому фіксуються структура поранень, обсяг і характер наданої допомоги, маршрути евакуації. Разом ці дві системи створюють єдиний інформаційний контур між медичними командами, логістичною ланкою та керівництвом ПДМШ, забезпечуючи точність обліку та узгодженість управлінських рішень.

Цифрові реєстри доповнюються щоденним звітуванням з прифронтових баз та операційних локацій. У звітах узагальнюються навантаження на команди, структура звернень, зміни оперативної обстановки, використання медикаментів і матеріалів та потреби в доукомплектуванні. Ці дані дозволяють своєчасно коригувати планування ротацій, оптимізувати склад команд, уточнювати логістичні маршрути й удосконалювати оснащення.

Окремим елементом стандартизації виступають логістичні процедури. Вони охоплюють визначені алгоритми руху транспорту, порядок обліку пального та витратних матеріалів, підготовку автомобілів до виїздів, своєчасне технічне обслуговування та ремонт транспортних засобів, передання логістичних заявок, підтримання складських запасів і забезпечення підвезення ресурсів до прифронтових баз. Наявність цих

процедур зменшує ризики затримок, нестачі ресурсів та неузгодженості між ланками медичної допомоги, забезпечуючи стабільність роботи ротаций у змінних умовах.

На відміну від ПДМШ, у батальйоні «Госпітальєри» стандартизація має неформальний і практико-орієнтований характер. Основною оперативною одиницею є автономний медичний екіпаж, що виконує евакуаційні виїзди на основі прямих запитів від військових підрозділів. Виклики надходять безпосередньо екіпажу: як зі стабілізаційних пунктів, так і з місць бойових зіткнень, що дозволяє реагувати максимально швидко, але водночас робить процес залежним від польового досвіду та внутрішньої дисципліни членів екіпажу. Кожен екіпаж самостійно визначає маршрут руху, послідовність дій, порядок завантаження й евакуації поранених, що формує гнучку, але менш структуровану модель реагування.

Попри відсутність жорстких інструкцій, діяльність батальйону не є хаотичною. Існує набір загальних правил, яких дотримуються всі екіпажі: підтримання постійного зв'язку з керівництвом батальйону, обов'язкове звітування після виконаних виїздів, координація з іншими екіпажами на певній ділянці, дотримання правил безпеки та етичних норм, а також орієнтація на стандарти тактичної медицини. Ці правила формують мінімально необхідну вертикаль управління, яка не втручається у тактичні рішення, але забезпечує узгодженість і відповідальність.

Важливим інструментом стандартизації є тренувальний центр «Госпітальєрів», який здійснює первинну підготовку добровольців. У центрі відпрацьовуються домедична допомога під обстрілами, робота в екіпажі, евакуаційні алгоритми, поведінка під вогнем, взаємодія з військовими підрозділами. Центр обладнано сучасною матеріально-технічною базою: манекени, техніка, спеціальні витратні матеріали, а також власні навчальні локації з проживанням, харчуванням та амуніцією, що дозволяє проводити тренування в умовах максимально наближених до бойових. Інструктори мають міжнародні сертифікації та фронтовий досвід. За даними центру,

станом на серпень 2025 року підготовку пройшли понад 6 683 слухачів з домедичної допомоги та понад 5 133 – з тактичної медицини. Саме тренувальний центр забезпечує початкову уніфікацію підходів, оскільки подальша діяльність будується на індивідуальному досвіді й самостійних рішеннях у реальних умовах.

Фінансова звітність батальйону підтверджує практико-орієнтовану модель роботи: основні витрати спрямовуються на транспорт, паливо, медичні матеріали, засоби захисту та екіпірування, що відповідає потребам евакуаційних екіпажів, які працюють без постійної адміністративної інфраструктури. Статистичні дані на сайті батальйону демонструють великий обсяг евакуаційної роботи, що виконується саме завдяки автономності екіпажів та їх здатності діяти в умовах мінливої тактичної ситуації.

В інтерв'ю учасники підкреслюють, що внутрішня координація у батальйоні ґрунтується на взаємній довірі, неформальних правилах, постійному обміні досвідом та відповідальності кожного члена екіпажу. Це забезпечує стійкість навіть попри відсутність детальної формальної регламентації. Водночас така модель створює виклики щодо уніфікації процедур, контролю якості допомоги та інтеграції в державні системи управління.

Розглянуті управлінські практики демонструють, що стандартизація у добровольчих медичних формуваннях реалізується через дві моделі. У ПДМШ вона має регламентований характер і включає чіткі процедури, цифрові реєстри, визначені управлінські ролі та багаторівневу координацію. У «Госпітальєрів» вона базується на автономії екіпажів, загальних правилах, практичній підготовці та тактичній гнучкості. Порівняння цих моделей створює основу для аналізу їх сильних і слабких сторін та визначення напрямів удосконалення управлінських практик у добровольчих медичних підрозділах.

2.3. Результати інтерв'ю з учасниками добровольчих медичних формувань

Аналіз відповідей учасників добровольчих медичних формувань демонструє спільні риси організаційної культури, а також суттєві відмінності між більш інституціоналізованою моделлю шпиталю та децентралізованою структурою батальйону евакуаційної медицини. Учасники обох формувань відзначають високу мотивацію, орієнтацію на місію та готовність діяти автономно у складних умовах, однак наявні відмінності у рівні формалізації процедур, стандартизації роботи, розподілі ролей і системі підтримки персоналу.

Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова

У відповідях учасників ПДМШ опис діяльності формування подається через поєднання операційної роботи та постійного вдосконалення підходів до надання допомоги на догоспітальному етапі. Учасники відзначають, що шпиталь виконує значний обсяг роботи у прифронтових районах, а накопичений досвід дає змогу впроваджувати нові практики та адаптувати алгоритми під реальні умови ротацій.

Управлінська структура ПДМШ, за словами респондентів, зазнала суттєвого розвитку протягом останніх років. Якщо на початковому етапі повномасштабної війни більшість управлінських функцій зосереджувалася у вузькому колі керівників, то з часом було сформовано окремі напрями роботи, розподілені між відповідальними особами. Учасники підкреслюють, що в ухваленні рішень важливу роль продовжує відігравати авторитет керівництва, однак процеси стали більш структурованими, а координація чіткішою.

У відповідях також зазначено наявність внутрішніх інструкцій, алгоритмів і напрацьованих процедур, які забезпечують узгодженість роботи ротацій. Значну увагу учасники приділяють логістиці: існує цифровий облік матеріально-технічних ресурсів, заявочний принцип забезпечення та окремо організоване технічне обслуговування транспорту. Така система, за їхніми

словами, дає змогу підтримувати стабільність роботи й мінімізувати ризики під час виконання завдань.

Правовий статус ПДМШ респонденти розглядають як окремий виклик. Вони підкреслюють, що діяльність формування ґрунтується на загальному законодавстві про благодійність і воєнний стан, однак відсутність спеціального правового регулювання добровольчих медичних формувань ускладнює їхню взаємодію з силами оборони, залучення персоналу та довгострокове планування. На думку учасників, ухвалення окремого закону могло б забезпечити прозорі механізми координації, гарантії для добровольців та інтеграцію ПДМШ у систему медичного забезпечення оборони держави. У відповідях також звучить занепокоєння нестабільністю фінансування та залежністю від обмеженого кола донорів. Це ускладнює планування ротацій і розвиток нових напрямів.

У кадрових питаннях респонденти наголошують на поєднанні добровольчого характеру участі з професійними вимогами. Медичні фахівці повинні мати відповідну освіту та кваліфікацію, а також досвід роботи у складних умовах або на фронті. Добровольці діють на відстані від лінії зіткнення, однак у ситуаціях, що потребують високої відповідальності та психологічної стійкості. Також у відповідях підкреслюється, що всередині формування існують дієві механізми підтримки учасників і членів їхніх родин у складних життєвих ситуаціях.

У відповідях представників Першого добровольчого мобільного шпиталю послідовно підкреслюється подвійна роль організації. З одного боку, ПДМШ сприймається як одне з найбільш ефективних добровольчих медичних формувань на фронті, яке забезпечує стабільну присутність у прифронтових районах і повноцінний цикл допомоги на догоспітальному етапі. З іншого – як «лабораторія фронтової медицини», де формуються й відпрацьовуються нові засоби та алгоритми порятунку життя, а також як майбутня платформа для навчально-тренінгової та реабілітаційної діяльності.

Таке поєднання операційної та інноваційної функції задає високі вимоги до організації управління, планування ротацій і розподілу ресурсів.

Медичний батальйон «Госпітальєри»

У відповідях учасників батальйону «Госпітальєри» підкреслюється, що це формування має власну модель роботи, відмінну від більш структурованих добровольчих медичних організацій. Воно зберігає автономність, добровольчий характер і гнучкість, які визначають стиль прийняття рішень та організацію роботи екіпажів. Учасники наголошують, що попри добровольчу основу, у батальйоні існує постійний управлінський склад, до якого входять керівні посади та відповідальні за окремі напрями. Основна діяльність, однак, зосереджена на рівні мобільних екіпажів, які працюють у тісній взаємодії з бойовими підрозділами.

Структура ротацій будується навколо екіпажів медичної евакуації, кейсерак-груп, евакуаційного автобусу та інших мобільних підрозділів, що виконують завдання на різних ділянках фронту. Добровольці підкреслюють, що екіпажі мають високу самостійність у визначенні порядку дій, маршруту, способів комунікації із військовими та реагування на зміну обстановки. Такий підхід розглядається як практична необхідність у бойових умовах і одночасно як частина ідентичності батальйону. У відповідях неодноразово звучить, що ефективність екіпажів ґрунтується на «відпрацьованих роками алгоритмах», які передаються між змінами та формують внутрішню культуру взаємодії.

У відповідях учасників окремо підкреслюється роль навчального центру батальйону. Він функціонує як самостійний напрям, який відповідає за базову та поглиблену підготовку добровольців, проводить курси з тактичної медицини, роботи в екіпажі, взаємодії з підрозділами сил оборони, безпеки та відпрацювання типових сценаріїв. Підготовка містить не лише медичну, а й організаційну складову: визначення точок збору, порядок дій у разі втрати зв'язку, вимоги до особистого оснащення, базові правила безпеки. Значна частина складу формування становлять парамедики без формальної

медичної освіти, тому навчальний центр задає мінімально необхідний стандарт підготовки перед ротаціями, проте подальша компетентність значною мірою залежить від досвіду роботи в екіпажах, швидкості адаптації та практичних навичок, які накопичуються під час виконання завдань.

Управлінські практики батальйону поєднують формальні елементи (внутрішні правила, облік діяльності, координація з військовими структурами) з великою кількістю неформальних механізмів, що виникли через особливості роботи мобільних екіпажів. Статистика евакуацій, обсяг наданої допомоги та результати роботи фіксуються, однак інтерпретуються переважно через практичний досвід екіпажів та їхню внутрішню репутацію. Психологічна стійкість, дисципліна, здатність діяти у стресових умовах та командна взаємодія згадуються як ключові критерії ефективності.

У відповідях учасників простежується високий рівень організаційної підтримки добровольців під час ротацій: екіпажі забезпечуються транспортом, обладнанням, засобами захисту, амуніцією, медикаментами, пальним та харчуванням. Також описуються механізми допомоги у випадку поранення, хвороби чи інших складних обставин. Наявність таких систем розглядається як важливий фактор зменшення плинності добровольців та підтримання стабільності ротацій.

Ще одна особливість, яка послідовно простежується у відповідях, – це неоднорідність професійного складу. Помітну більшість серед учасників становлять парамедики та інші фахівці без формальної медичної освіти, які разом із лікарями й медсестрами виконують широке коло завдань у складі екіпажів. Учасники наголошують, що реальна ефективність визначається не дипломом, а досвідом роботи, дисципліною та здатністю діяти відповідно до алгоритмів, які відпрацьовувалися підрозділом роками.

Незважаючи на масштаб діяльності, батальйон залишається добровольчим формуванням без формального державного статусу. Це створює низку правових і організаційних обмежень, які згадуються у відповідях: від відсутності визначеного державою статусу парамедиків до

труднощів у координації з військовими структурами та забезпеченні соціального захисту учасників. Ці позиції напряду корелюють із висновками інтерв'ю ПДМШ і підтверджують актуальність потреби у створенні чіткої правової моделі діяльності добровольчих медичних формувань.

Порівняльні спостереження

Отримані інтерв'ю демонструють дві різні управлінські моделі добровольчих медичних формувань. ПДМШ функціонує у більш структурованому форматі, де визначені ролі керівників, існують елементи управлінської стандартизації та логістичної формалізації, а добір персоналу відбувається на основі чітких критеріїв. «Госпітальєри» працюють за децентралізованою моделлю, що спирається на автономні екіпажі, інструкторський центр та практичний досвід учасників.

Попри відмінності, обидва формування стикаються зі спільними викликами: відсутністю чіткого правового статусу добровольчих медичних формувань, потребою у визначених механізмах соціального захисту учасників, нестабільністю фінансування та кадровими обмеженнями. Сукупність цих спостережень формує підґрунтя для подальшого аналізу висунутих гіпотез щодо необхідності правового врегулювання діяльності добровольчих медичних формувань та потенційного впливу управлінської формалізації на їхню ефективність.

2.4. Результати анкетного опитування добровольців Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова

Анкетне опитування добровольців Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова охопило 103 респондентів і складалося з 21 запитання. Структура анкети дала змогу зафіксувати канали залучення до ПДМШ, кількість ротацій, професійну освіту та стаж, мотиви участі, види виконуваної роботи, оцінку організаційної та психологічної підтримки, сприйняття ризиків і безпеки, а також плани подальшої участі, досвід взаємодії з іншими формуваннями та бачення необхідних змін. Отримані дані дозволяють емпірично перевірити обидві гіпотези дослідження щодо ролі

управлінських практик і правового статусу добровольчих медичних формувань.

За джерелами інформованості про ПДМШ у відповідях переважають особисті контакти та неформальні професійні мережі. Значна частина респондентів дізналася про шпиталь від знайомих, друзів або колег-медиків, інша частина – через соціальні мережі (у тому числі сторінки ПДМШ у Facebook) та публічні матеріали. Це свідчить про те, що репутація шпиталю в професійному середовищі й серед ветеранів ротацій є ключовим каналом залучення нових учасників, тоді як формалізовані механізми рекрутингу через державні інституції відсутні.

Професійний профіль добровольців є переважно медичним, але з високим ступенем різноманіття. У відповідях фігурують лікарі-анестезіологи, хірурги, травматологи, урологи, лікарі МНС, сімейні лікарі, медичні сестри-анестезисти, фельдшери, а також реабілітологи та фахівці без базової медичної освіти, які працювали водіями, логістами, адміністраторами, аналітиками чи представниками немедичних професій. Медичний стаж у багатьох респондентів сягає 10–30 років. Разом із тим є добровольці без попереднього досвіду роботи в системі охорони здоров'я, які прийшли у ПДМШ з інших сфер і вже в його структурі здобули перші навички роботи в тактичній медицині. Таким чином, ПДМШ об'єднує як висококваліфікованих медиків, так і мотивованих немедичних спеціалістів, що важливо для розуміння потенціалу формалізації управління й навчання.

Мотиваційний блок відповідей демонструє домінування ціннісних та патріотичних мотивів. Найчастіше респонденти називають бажання допомагати пораненим військовим, захищати країну, «бути корисним на фронті», застосувати професійні знання там, де вони мають найбільшу вагу, а також прагнення до професійного розвитку в екстремальних умовах. У відповідях немедичних спеціалістів зустрічається мотив «бути частиною роботи шпиталю», допомагати медикам, долучатися до спільної справи навіть без формальної медичної освіти. На подальшу мотивацію брати участь

у ротаціях, за оцінкою самих респондентів, найбільше впливають відчуття значущості роботи, ефективність допомоги пораненим, командна атмосфера і довіра до організації.

У відповідях добровольців щодо участі в ротаціях простежується значна різноманітність досвіду: від однієї ротації до більш ніж тридцяти. Частина респондентів зазначила 1–2 ротації, що характерно для нових учасників, тоді як інші згадують 3–7 виїздів або описують участь у довших періодах роботи. Водночас у масиві даних присутня відчутна група досвідчених учасників, які брали участь у понад 10, 15 чи 25 ротаціях. Такий діапазон свідчить про поєднання короткострокової та тривалої участі, а також про існування «ядра» добровольців, яке системно повертається до роботи шпиталю. Усі ці відповіді відображають стабільність внутрішньої мотивації та здатність організації утримувати учасників упродовж тривалого часу, що є важливим чинником для аналізу управлінських практик і стійкості діяльності ПДМШ.

Види діяльності, описані добровольцями, охоплюють практично всі елементи догоспітального етапу та тилового забезпечення. Частина респондентів працювала лікарями чи медсестрами на стабілізаційних пунктах, інші – у складі екіпажів медичної евакуації або реанімобілів, у медичних ротах і лікарнях, на базах шпиталю, в логістиці, адміністративних підрозділах, аналітичних і навчальних напрямках. Місце роботи під час ротацій варіюється від стабілізаційних пунктів, розташованих поблизу лінії фронту, до тилкових баз і цивільних лікувальних закладів, з якими співпрацює ПДМШ. Це підтверджує, що внутрішня організаційна модель шпиталю поєднує клінічну, транспортну, логістичну, управлінську та навчальну діяльність, і саме від якості узгодження цих ланок залежить ефективність надання допомоги.

Оцінка управлінської та організаційної підтримки є однією з найважливіших емпіричних змінних для перевірки другої гіпотези. Попередній аналіз даних у програмі MedStat (нормальність розподілу

перевіряли за критерієм Д'Агостіно-Пірсона) показав, що оцінки організаційної підтримки, комунікації, командної взаємодії та відчуття безпеки статистично відрізняються від нормального розподілу, тому центральну тенденцію доцільно описувати за медіаною та кuartилями. Медіана оцінки організаційної підтримки та задоволеності комунікацією становить 10 балів (I кuartиль – 8, III кuartиль – 10), що свідчить про дуже високий рівень сприйняття цих аспектів. Медіана оцінки командної взаємодії дорівнює 9 балів, а відчуття безпеки – 8 балів (95% довірчий інтервал 7–9), що відображає поєднання високих ризиків бойового середовища із загалом позитивним відчуттям захищеності. Сукупність цих показників підтверджує, що більшість добровольців сприймає управлінську модель ПДМШ як таку, що забезпечує відчутну підтримку та згуртованість під час ротацій. Детальні описові статистичні характеристики цих показників наведені в таблиці 2.1.

Змінна	К- кість	Медіа- на	I квар- тиль	III квар- тиль	Міні- мум	Мак- симум	Похиб- ка медіа- ни	Лів. (95% ВІ)	Прав. (95% ВІ)
Оцінка організаційної підтримки під час ротацій	103	10	8	10	3	10	0,1681	9	10
Задоволеність комунікацією з керівництвом та координаторами ПДМШ	103	10	8	10	1	10	0,2204	9	10
Оцінка взаємодії та командної роботи між членами ПДМШ під час ротацій	103	9	8	10	3	10	0,1773	8	10
Відчуття безпеки під час виконання обов'язків у ротаціях	103	8	7	10	1	10	0,2393	7	9

Таблиця 2.1 Оцінка організаційної підтримки, комунікації, командної взаємодії та відчуття безпеки добровольців ПДМШ (шкала 1–10, n = 103)

Показовими є дані щодо попередньої підготовки. На запитання про спеціальний тренінг або підготовку перед участю у ротаціях 68 респондентів

(66,7 %) зазначили, що проходили відповідне навчання в лавах ПДМШ, 24 особи (23,5 %) – в інших організаціях, і лише 10 добровольців (9,8 %) дали відповідь «ні». Це означає, що переважна більшість учасників ротацій має системну або принаймні організовано проведену підготовку, причому ПДМШ відіграє в ній центральну роль. Відповіді щодо здобутих навичок підтверджують, що йдеться не лише про медичні компетенції, а й про навички командної роботи, комунікації в стресових ситуаціях, взаємодії з військовими та розуміння тактичної обстановки.

Сприйняття ризиків і складнощів демонструє поєднання фізичних загроз і ризиків, пов'язаних із відсутністю соціальних гарантій. У відкритих відповідях респонденти згадують обстріли, артилерійський вогонь, дрони, авіабомби, близькість до лінії зіткнення, а також психологічне навантаження, пов'язане з великими потоками поранених. Поряд із цим окремі добровольці вказують на відсутність соціальних гарантій для себе та своїх родин як на окремий різновид ризику, що підсилює відчуття незахищеності. На шкалі безпеки (від 1 до 10) середній бал становить близько 8, при цьому є поодинокі низькі оцінки, пов'язані з найнебезпечнішими ділянками роботи.

На питання про психологічну підтримку більшість респондентів відповідає ствердно або описує позитивний досвід: згуртованість, підтримку з боку команди й керівників, можливість обговорювати складні випадки. Приблизно дві третини відповідей можна віднести до категорії «так/скоріше так», близько однієї восьмої – до «ні/не було», у решті відповідей наводяться змішані або описові формулювання. Це свідчить про те, що головним джерелом підтримки є горизонтальні зв'язки всередині ротацій, тоді як інституційні форми психологічної допомоги, наприклад системні програми супроводу після ротацій, згадуються рідко.

Окремий вимір даних стосується інтегрованості добровольців у ширшу систему медичної допомоги на фронті. Близько 70 % респондентів не брали участі в інших добровольчих або цивільних медичних формуваннях до або після роботи в ПДМШ, тоді як приблизно п'ята частина має відповідний

досвід. На момент опитування лише невелика частка респондентів служила у підрозділах Сил оборони України або планувала вступити до них, хоча за загальною статистикою ПДМШ близько сотні добровольців були мобілізовані до різних військових частин. Така різниця пояснюється обмеженою доступністю мобілізованих учасників для проходження опитування, але водночас демонструє проміжне становище добровольчих медичних формувань між цивільним і військовим секторами. Це безпосередньо пов'язано з першою гіпотезою дослідження і підкреслює актуальність формування чіткого правового статусу таких формувань та механізмів їхньої інтеграції до системи медичного забезпечення сил оборони.

Плани щодо участі у майбутніх ротаціях у більшості відповідей є позитивними: переважають варіанти «так» або «так, за можливості», тоді як негативні відповіді частіше пов'язані з об'єктивними обмеженнями – мобілізацією до регулярних підрозділів, станом здоров'я, сімейними обставинами чи неможливістю поєднати ротації з основною роботою. Таким чином, емпіричні дані свідчать не про втому від участі, а про структурні бар'єри, що перешкоджають довгостроковій участі мотивованих добровольців.

Оцінка ефективності медичної допомоги ПДМШ є однозначно високою. 78 респондентів (76,5 %) обрали варіант «5 – дуже ефективна», ще 22 особи (21,6 %) – «4 – скоріше ефективна», і лише 2 респонденти (1,9 %) відзначили варіант «3 – важко сказати/посередньо». У пропозиціях щодо змін добровольці найчастіше згадують потребу у регулярних тренінгах з тактичної медицини та оновленні знань, збільшенні кількості броньованих машин і покращенні матеріально-технічного забезпечення, оптимізації тривалості ротацій (двотижневий формат для досвідчених учасників), а також у посиленні соціальних гарантій і офіційного визнання статусу добровольців.

Загалом результати анкетного опитування демонструють, що висока ефективність ПДМШ з погляду самих добровольців ґрунтується на поєднанні

формалізованих управлінських практик (відбір, підготовка, чіткі ролі, алгоритми роботи, внутрішня логістика, система комунікацій) з гнучкістю добровольчого формату та сильною ціннісною мотивацією. Одночасно відповіді чітко вказують на структурні обмеження: відсутність правового статусу, неформальний характер соціальних гарантій, залежність від нестабільного фінансування та обмеженої кількості матеріальних ресурсів. Емпіричні дані за результатами цього опитування підтримують обидві висунуті гіпотези: формалізація і стандартизація управлінських практик у добровольчих медичних формуваннях, а також створення правових і організаційних механізмів їх інтеграції в систему медичного забезпечення сил оборони України розглядаються самими добровольцями як головні передумови підвищення ефективності й стійкості їхньої діяльності.

2.5. Аналіз ефективності діяльності добровольчих медичних формувань за статистичними показниками

Оцінювання ефективності добровольчих медичних формувань потребує використання кількісних показників, що відображають їх фактичну участь у наданні медичної допомоги в умовах збройного конфлікту. У період повномасштабної війни одним із важливих інтегральних індикаторів є загальна кількість поранених військовослужбовців, оскільки саме ця величина формує сумарне навантаження на систему догоспітальної та госпітальної медичної ланки. На основі доступних публічних даних загальна кількість поранених українських військових за 2022–2025 роки оцінюється на рівні понад 400 тис. осіб [27]. Це значення створює базу для зіставлення діяльності добровольчих підрозділів з обсягом реальних потреб системи.

Статистичні дані ПДМШ дають можливість визначити кількісний внесок цього формування у систему медичного забезпечення сил оборони України. За підсумками 42 місячних ротацій, що тривали з травня 2022 року по жовтень 2025 р., медичні команди шпиталю були залучені у 54 764 випадках надання медичної допомоги різних рівнів і видів. До них належать стабілізаційні заходи у прифронтових умовах, транспортування та медична

евакуація, інтенсивна терапія під час перевезення, ургентна стаціонарна допомога з оперативними втручаннями, діагностичні обстеження, а також короткострокове доліковування та реабілітація і стоматологічна допомога.

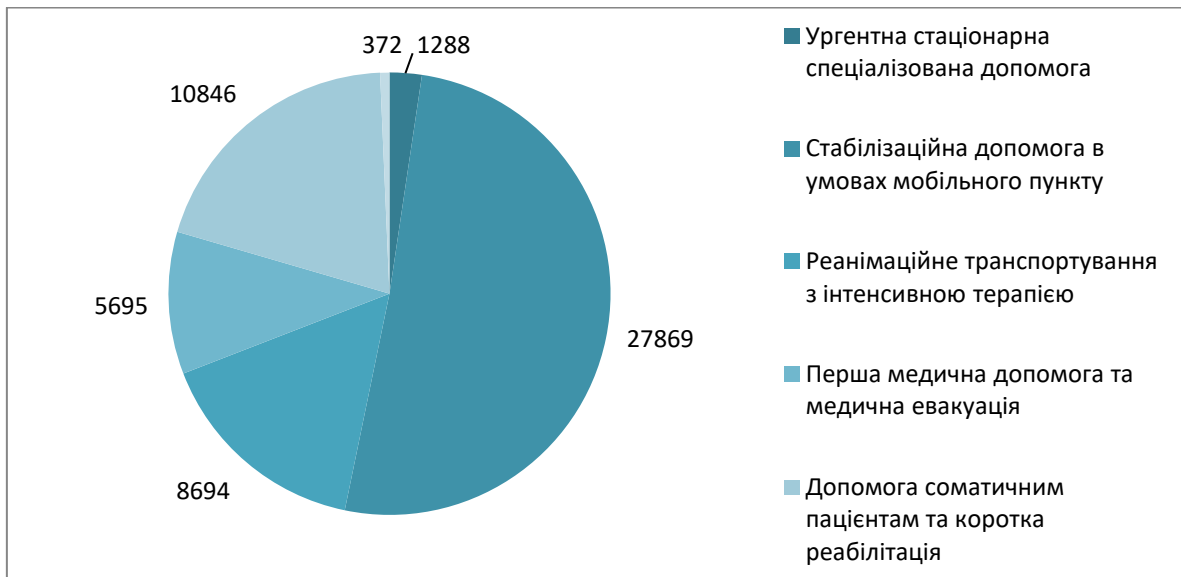


Рис. 2.3. Розподіл видів медичної допомоги, наданої ПДМШ у 2022–2025 роках

Загалом 43 546 із 54 764 задокументованих випадків стосуються безпосередньо бойових поранених (ургентна стаціонарна спеціалізована допомога, стабілізаційна допомога, реанімаційне транспортування з інтенсивною терапією, перша медична допомога та медична евакуація). Співвіднесення 43 546 таких клінічних випадків з орієнтовними 400 тис. поранених дає питомий показник участі у 10,9 % загального масиву бойових травм. Це означає, що медичні команди ПДМШ були дотичні до маршруту лікування приблизно кожного десятого пораненого.

Отримані дані демонструють не лише масштаб участі, а й ширину функціонального навантаження. Значна частина випадків стосується стабілізаційної допомоги, що відображає ключову роль формування у перших клінічних етапах догоспітальної допомоги. Важливим компонентом є також транспортування пацієнтів у критичному стані на реанімаційних автомобілях із забезпеченням інтенсивної терапії під час руху. Окремий сегмент становлять випадки ургентної допомоги в лікарнях з проведенням

діагностики та оперативних втручань, що свідчить про інтеграцію ПДМШ у ранні госпітальні ланки. Додатково зафіксовано значний обсяг випадків догляду та короткострокової реабілітації, що здійснювалися силами медичних рот у прифронтовій обстрілюваній зоні, що підкреслює мультиетапність та безперервність роботи формування.

Подальший аналіз потребує врахування особливостей організації догоспітальної медичної допомоги у військових підрозділах. На рівні бригад і батальйонів штатна структура не передбачає наявності спеціалізованих реанімаційних бригад для транспортування тяжкопоранених, а також не містить спеціалізованого транспорту, обладнаного для таких завдань. Унаслідок цього реанімаційне перевезення як окрема ланка фактично відсутнє у стандартному військовому медичному забезпеченні. Частина підрозділів намагалася компенсувати цей дефіцит волонтерським дооснащенням санітарного транспорту, однак такі рішення мали несистемний та нерівномірний характер.

У цьому контексті діяльність ПДМШ набуває особливого значення. Формування системно забезпечує реанімаційне транспортування пацієнтів у критичному стані силами професійно підготовлених екіпажів із сучасним обладнанням, що з 2023 року оновлюється відповідно до вимог інтенсивної терапії. Це дозволяє забезпечити безперервність маршруту тяжкопораненого на етапі, де штатна військова медична служба не має структурних спроможностей. Таким чином, ПДМШ виконує функцію закриття критично важливої прогалини в інфраструктурі догоспітальної допомоги, що пояснює високі показники його залученості у маршрути тяжкопоранених.

Отже, кількісний аналіз свідчить, що добровольчі медичні формування є системно значущим елементом медичного забезпечення сил оборони. Обсяг участі ПДМШ, підтверджений понад 43 546 випадками надання допомоги пораненим та 11 218 випадками допомоги на рівні підрозділів медичної роти, демонструє його важливу роль у забезпеченні стійкості медичних ланок у районах інтенсивних бойових дій. Значний обсяг зафіксованих випадків

участі ДМФ у маршрутах поранених відображає реальну функціональну вагу цього компоненту в системі медичного забезпечення сил оборони та обґрунтовує необхідність подальшої інституційної інтеграції таких підрозділів у загальні механізми медичної підтримки.

Фінансові показники діяльності ПДМШ корелюють зі збільшенням обсягів медичної допомоги та розширенням спектра виконуваних завдань. Динаміка надходжень і витрат у 2022–2025 роках (табл. 2.2.) відображає здатність формування підтримувати роботу медичних команд у районах бойових дій, адаптуючи ресурси до змін інтенсивності бойових дій та потреб військових підрозділів. У 2022 році ПДМШ мало виражений фінансовий резерв, що дозволило розгорнути мобільні підрозділи, оновити обладнання та сформувати автопарк. У 2023–2024 роках витрати перевищували надходження, що пов'язано зі зростанням обсягів стабілізаційної допомоги, реанімаційного транспортування та медичної евакуації. У 2025 році показники наблизилися до стану фінансової збалансованості, що забезпечило покриття ключових напрямів діяльності без нарощування дефіциту.

Рік	Надходження, млн грн	Витрати, млн грн	Сальдо (надходження – витрати), млн грн
2022	46,55	24, 40	+ 22,15
2023	45,55	54,05	– 8, 50
2024	34,17	45,90	– 11,73
2025	27,06	22,52	+ 4,54

Таблиця 2.2. Динаміка надходжень і витрат ПДМШ у 2022–2025 рр.

Структурний аналіз витрат і надходжень подано за 2024 рік, оскільки саме для цього періоду доступна повна деталізація статей, що дає змогу коректно здійснити АВС-класифікацію. Для інших років застосовано динамічний аналіз на основі агрегованих показників. Структура витрат за результатами АВС-аналізу демонструє переважання операційних статей, безпосередньо пов'язаних із виконанням клінічних завдань на передових позиціях. У 2024 році група А охоплювала 64,63 % загального обсягу витрат,

включаючи ремонт і обслуговування автотранспорту, пальне, забезпечення пунктів дислокації, закупівлю медичної апаратури та медикаментів. Група В складала 21,17 % і включала витрати на комунікації, банківські комісії, цифрові системи та підтримку операційних процесів. Група С (14,18 %) охоплювала допоміжні статті, що не впливають безпосередньо на маршрути поранених. Дані 2025 року підтверджують аналогічну структуру: найбільшу частку становлять витрати на ремонт автомобілів (21 %), аутсорсинг операційної діяльності (18 %), пальне (13 %), логістичне забезпечення пунктів дислокації (11 %) та медичні витрати (9 %). Це свідчить про домінування витрат, пов'язаних із забезпеченням роботи реанімаційних машин, стабілізаційних ланок, екіпажів медеваку та медичних рот.

Структура надходжень також залишається стабільною та орієнтованою на підтримку фронтової діяльності. За АВС-аналізом надходжень 2024 року група А становила 84,34 % сукупного фінансування та включала гривневі благодійні внески, міжнародні цільові гранти та отримані основні засоби. Група В (12,21 %) формувалася валютними надходженнями від закордонних донорів, які використовуються переважно для закупівель обладнання та медичних матеріалів. Група С (3,45 %) включала паливо й іншу натуральну допомогу, що забезпечує автономність роботи підрозділів у зонах з обмеженою логістикою. У 2025 році структура залишилася подібною: основні надходження формувалися пожертвами у національній валюті (38 %), цільовою допомогою та оплатою обладнання (26 %), міжнародними партнерами (23 %), а також натуральною допомогою (13 %). Таке співвідношення демонструє, що фінансова модель ПДМШ орієнтована на забезпечення ключових потреб мобільних медичних підрозділів.

Зіставлення фінансових показників із медичною статистикою (понад 40 тис випадків медичної допомоги пораненим та понад 11 тис випадків роботи на рівні медичної роти) засвідчує, що основні ресурси спрямовуються на забезпечення найбільш навантажених ланок маршруту пораненого: стабілізаційних пунктів, реанімаційного транспортування, медичної евакуації

та короткострокового догляду. Домінування витрат транспортно-логістичного та медичного характеру узгоджується з високою часткою клінічних завдань, виконаних мобільними командами у прифронтовій зоні. Така структура дозволяє забезпечувати роботу екіпажів навіть у періоди інтенсивних бойових дій і підтримувати необхідний рівень медичної готовності.

2.6. Порівняння управлінських моделей українських формувань з міжнародним досвідом

Порівняння управлінських моделей добровольчих медичних формувань з досвідом міжнародних гуманітарних організацій дає змогу зрозуміти які організаційні механізми забезпечують стійку та злагоджену роботу медичних команд в умовах війни. Міжнародні структури, зокрема Médecins Sans Frontières (MSF) та International Medical Corps (IMC), вже багато років працюють у збройних конфліктах різної інтенсивності, мають сформовані моделі управління, стандарти підготовки персоналу й усталені логістичні механізми. Українські добровольчі медичні формування – Перший добровольчий мобільний шпиталь імені Миколи Пирогова та медичний батальйон «Госпітальєри» – водночас представляють структури, що виростили безпосередньо з потреб фронту та створили власні системи управління під час війни. Подібне зіставлення дає можливість визначити як сильні сторони національних моделей, так і ті компоненти, що потребують змін, правового закріплення чи системної підтримки.

Для аналізу було використано інтерв'ю з учасником польової місії MSF в Україні, який працював у складі мобільної медичної команди на сході країни. Його свідчення дозволили оцінити не лише формальні принципи роботи MSF, а й реальні управлінські практики, що застосовуються у бойових районах. Цей емпіричний матеріал підсилює порівняльний аналіз, оскільки демонструє механізми внутрішньої координації, порядок взаємодії команд, структуру рішень і рівень стандартизації, що є характерними для міжнародних гуманітарних місій.

Управлінська структура MSF побудована на жорсткій багаторівневій вертикалі, що функціонує незалежно від конкретного контексту чи умов роботи. Головні рішення ухвалюються через координатора місії, медичного координатора та окремі логістичні й адміністративні підрозділи. Кожен рівень має формалізовані процедури, обов'язкові брифінги, дебрифінги, уніфіковані логістичні протоколи та чітко визначений розподіл ролей. За свідченням респондента MSF, усі операційні дії, починаючи від маршрутизації пацієнта і завершуючи застосуванням медикаментів, здійснюються виключно в межах затверджених внутрішніх протоколів. Перед кожним виїздом команда проходить короткий інструктаж, а після повернення – структурований аналіз виконаних дій. Система не передбачає відхилення від процедур, що є ключовим механізмом забезпечення безпеки персоналу та відповідності стандартам організації. Ця стандартизована вертикаль дозволяє MSF формувати прогнозовані операційні процеси навіть у ситуаціях, де тактична обстановка може швидко змінюватися.

Порівняно з Лікарями без кордонів (MSF), модель ПДМШ має інший характер організаційного впорядкування, який сформувався в умовах активних бойових дій. Незважаючи на добровольчу природу участі медиків та іншого персоналу, організація має розвинуту систему координації та внутрішнього управління. Щодня проводяться наради за участю керівників основних напрямів, командирів локацій та відповідальних за логістику, медичний супровід, зв'язок, транспорт і матеріально-технічне забезпечення. Під час таких зустрічей узгоджуються завдання, уточнюється обстановка, розподіляються ресурси та аналізуються проблеми попереднього дня. Окремий рівень управління становлять щомісячні наради адміністрації, на яких підбиваються підсумки діяльності, визначаються пріоритети, оцінюються помилки та формуються рішення щодо покращення роботи. Ці процеси забезпечують внутрішню прозорість, чіткий розподіл компетенцій та систему відповідальності, яка функціонує незалежно від формального правового статусу організації.

Стандартизація в ПДМШ спирається на внутрішні алгоритми й процедури, що стосуються логістичного забезпечення, обліку медичних і технічних ресурсів, документування роботи ротацій та фіксації медичної допомоги. Хоча організація не застосовує глобальні стандарти на кшталт міжнародних гуманітарних місій, однак внутрішні алгоритми та процедури адаптовані до бойових умов і забезпечують достатній рівень узгодженості дій.

Окремий тип управлінської моделі демонструє медичний батальйон «Госпітальєри». Його організаційна логіка ґрунтується на поєднанні автономії екіпажів, внутрішньої дисципліни добровольців та здатності швидко переміщатися між різними ділянками фронту залежно від потреб бойових підрозділів. На відміну від Першого добровольчого мобільного шпиталю, який має виразну адміністративну та операційну структуру, діяльність батальйону організована як мережева модель з високим рівнем самостійності команд. У відкритих інтерв'ю керівництво формування підкреслює, що така модель вибрана свідомо, оскільки забезпечує можливість вільного маневру між напрямками, збереження гнучкості та оперативне реагування на зміну тактичної обстановки. Масштаб формування, який охоплює сотні активних учасників, створює можливість одночасної роботи екіпажів на різних напрямках і визначає специфіку координації та управління ресурсами. Усередині батальйону діють стандартизовані внутрішні правила, що регламентують порядок роботи екіпажів, механізми передання інформації та вимоги до безпеки, однак рівень адміністративного впорядкування залишається нижчим, ніж у міжнародних організацій. Така модель поєднує високу інтенсивність практичного досвіду учасників із гнучкістю реагування, що формує іншу конфігурацію управлінської стійкості у порівнянні з ПДМШ та міжнародними структурованими гуманітарними організаціями.

International Medical Corps (IMC) представляє іншу модель організації медичної допомоги в умовах конфліктів і гуманітарних криз, яка поєднує

міжнародні стандарти, розвинену інституційну структуру та системну роботу з місцевими органами влади. На відміну від MSF, яке значною мірою орієнтоване на автономні польові місії та мобільні медичні команди, діяльність ІМС зосереджена на тренінгах, підготовці місцевого персоналу, зміцненні спроможності клінік, роботі мобільних амбулаторних груп і реалізації довгострокових програм у сфері психічного здоров'я та первинної медичної допомоги. Управлінська модель ІМС ґрунтується на проектному циклі, що включає чітке планування, моніторинг, оцінку впливу та звітність, а також на стандартизованих процедурах управління ризиками та безпекою персоналу. У країнах із високим рівнем небезпеки організація використовує багаторівневі механізми комунікації, планування логістики та управління інцидентами, що зменшує залежність від ситуативних рішень і створює передбачувані умови роботи.

Для українських добровольчих медичних формувань досвід ІМС є цінним у кількох аспектах. По-перше, ІМС демонструє можливість поєднання польового компоненту з інституційним підходом, де оперативна діяльність підсилюється системним навчанням, процедурною дисципліною та механізмами контролю якості. По-друге, організація робить акцент на стандартизованих тренінгах, брифінгах і дебрифінгах, що дозволяє підтримувати єдиний операційний рівень персоналу незалежно від його попереднього досвіду. Це прямо співвідноситься з гіпотезою щодо ролі управлінських практик у підвищенні внутрішньої ефективності ДМФ. По-третє, ІМС демонструє ефективність моделі, у якій чіткі процедури співпраці з державними структурами та міжнародними партнерами допомагають підсилювати локальні медичні системи, не перетворюючи організацію на жорстку вертикаль. Це дозволяє зробити висновок, що навіть у добровольчому форматі українські формування можуть інтегрувати стандартизовані елементи управління: модулі навчання, механізми оцінки якості, структуроване планування, фіксацію результатів і безпекові протоколи, не втрачаючи при цьому гнучкості та ротаційної структури.

Загалом порівняльний аналіз демонструє, що MSF, ІМС, ПДМШ і «Госпітальєри» реалізують чотири різні управлінські моделі. MSF представляє глобально стандартизовану централізовану модель з жорсткою вертикаллю та фіксованими процедурами; ІМС – інституційно-партнерську модель, зосереджену на навчанні, зміцненні місцевих систем і проектному менеджменті; ПДМШ функціонує як внутрішньо організована структура з розвинутими механізмами координації та внутрішніх регламентів; медичний батальйон «Госпітальєри» працює у форматі адаптивної мережевої моделі з високою автономією екіпажів. Українські добровольчі формування поєднують гнучкість і високий рівень адаптації до бойових умов із внутрішньою структурованістю, проте залишаються вразливими через відсутність чітко визначеного правового статусу, контрактної моделі участі та стабільного фінансування. Міжнародні структури, у свою чергу, демонструють інституційні підходи до навчання, логістики та координації, але не працюють так близько до лінії зіткнення, як українські формування. Саме тому їхній досвід слугує радше еталоном окремих управлінських елементів, що можуть посилити операційну спроможність національних ДМФ.

Це порівняння дозволяє окреслити організаційні передумови, які є критично важливими для підвищення стійкості українських добровольчих медичних формувань, а також формує аналітичну базу для розробки рекомендацій у наступному розділі роботи.

2.7. Висновки до розділу

Аналіз організаційних моделей, управлінських практик, результатів інтерв'ю, анкетного опитування та статистичних даних ротацій показав, що ефективність діяльності добровольчих медичних формувань безпосередньо пов'язана з тим, як саме організовано управління. Вища оцінка ефективності корелює з чітким порядком координації, прозорим розподілом відповідальності між ланками, передбачуваністю управлінських дій та наявністю зрозумілих процедур. У межах поставлених гіпотез це означає, що

управлінські характеристики є суттєвим чинником ефективності добровольчих медичних формувань, а не другорядним фоном до професійної підготовки чи мотивації персоналу.

Порівняння організаційних моделей ПДМШ та «Госпітальєрів» дало змогу виокремити дві відмінні управлінські конфігурації. Функціонально структурована модель ПДМШ із чітким розподілом ролей, координаційним центром, цифровими реєстрами, щоденним звітуванням та усталеними логістичними маршрутами забезпечує узгодженість дій, передбачуваність рішень і можливість опиратися на накопичені дані при плануванні ротацій та ресурсів. Децентралізована модель «Госпітальєрів», заснована на автономії екіпажів і горизонтальній взаємодії, забезпечує високу мобільність та швидке реагування, але супроводжується обмеженими можливостями узгодження рішень, довгострокового планування та зовнішньої координації. Це уточнює зміст другої гіпотези: не будь-яка гнучкість і не будь-який ступінь упорядкованості управлінських процесів є однаково корисними, а ефективними виявляються ті управлінські конфігурації, які поєднують структурованість основних процесів із збереженням необхідного рівня оперативної маневреності.

Аналіз інтерв'ю та анкетного опитування добровольців ПДМШ дозволив виділити конкретні управлінські елементи, які учасники пов'язують з ефективністю: зрозумілу вертикаль управління, наявність відповідальних осіб за ключові напрями (медицина, логістика, адміністративна підтримка, комунікації), передбачуваний порядок ротацій, доступність інформації про організаційні зміни та наявність неформальної, але стійкої системи взаємопідтримки. Ці результати не лише підтверджують значущість управлінських чинників, а й операціоналізують їх у вигляді набору параметрів, які можна цілеспрямовано проектувати, вимірювати та відтворювати в інших контекстах.

Аналіз статистичних показників ротацій та медичної допомоги дав змогу перейти від якісних спостережень до кількісного підтвердження

управлінських закономірностей. Серед виявлених закономірностей спостерігається сталість складу окремих команд, повторюване залучення одних і тих самих добровольців, концентрація навантаження в певні періоди та стабільність логістичних маршрутів показують, що добровольчі медичні формування фактично виконують функцію системного компонента медичного забезпечення, а не епізодичного додатку. З управлінської точки зору це дозволяє розглядати ротаційну та медичну статистику як інструмент оперативного управлінського аналізу: регулярний перегляд цих даних може бути використаний для оцінки навантаження, виявлення ризиків перевиснаження, корекції розподілу ресурсів та підтримання безперервності допомоги.

Порівняння українських формувань із моделями MSF та ІМС показало, що найбільш стійкі організації поєднують чіткі управлінські контури (розмежування ролей, послідовно застосовувані процедури, внутрішній моніторинг, стандартизовані логістичні рішення) із здатністю швидко адаптуватися до змін тактичної обстановки. Це створює концептуальну рамку, у межах якої результати розділу 2 переходять від опису окремих випадків до формування набору управлінських стратегій: формування мінімального, але чіткого «управлінського каркасу» для добровольчих формувань, використання ротаційної та медичної статистики як обов'язкового елементу управління, а також впровадження базових стандартів координації та комунікації, сумісних із військовою системою управління.

Таким чином, отримані результати підтверджують гіпотезу про те, що побудова управлінської моделі, порядок координації, розподіл відповідальності та використання даних про ротації є важливими чинниками ефективності й стійкості добровольчих медичних формувань у бойових умовах. Водночас виявлена роль добровольчих формувань у забезпеченні безперервності медичної допомоги та їх фактичне функціонування як елемента системи медичного забезпечення створюють емпіричну основу для

подальшого обґрунтування доцільності їх інституційної інтеграції та розробки відповідних управлінських стратегій на рівні всієї системи медичного забезпечення сил оборони. На цій основі сформовано практично орієнтований набір управлінських підходів: мінімальний, але чіткий управлінський каркас добровольчих медичних формувань, системне використання ротаційної та медичної статистики як інструмента управлінського аналізу, а також базові стандарти координації та логістики, сумісні з управлінськими контурами сил оборони. Ці елементи можуть бути використані для підвищення керованості, узгодженості та стандартизації системи медичного забезпечення в умовах збройного конфлікту.

РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ІНСТИТУЦІЙНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ДОБРОВОЛЬЧИХ МЕДИЧНИХ ФОРМУВАНЬ У СИСТЕМУ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИЛ ОБОРОНИ УКРАЇНИ

3.1. Вплив правової невизначеності на діяльність добровольчих медичних формувань

Правова невизначеність, у межах якої діє Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова, проявляється насамперед у відсутності визначеного державного механізму допуску добровольчих медичних формувань до районів бойових дій. Порядок доступу не закріплений у нормативних актах, тому організація змушена координувати свою діяльність через рішення конкретного командування оперативно-тактичного угруповання або бригади. У таких умовах участь ротацій залежить від поточного оперативного рішення військових структур, а не від єдиної офіційної процедури. Це ускладнює роботу підрозділу, довгострокове планування та підготовку змін, оскільки організація не має передбачуваності щодо допуску та повинна гнучко підлаштовуватися під ситуацію на лінії фронту.

Крім цього, правовий вакуум впливає і на питання взаємодії. Порядок співпраці визначається при початку роботи з конкретною бригадою та може коригуватися відповідно до оперативної обстановки. Це означає, що медичне формування в кожному секторі зіштовхується з окремим набором вимог, особливостей маршрутизації та логістичних рішень. Відсутність єдиного нормативного механізму інтеграції добровольчих медичних груп у систему медичного забезпечення сил оборони призводить до фрагментованості процедур: способи передачі пацієнтів, маршрути евакуації, просторові межі стабілізаційних зон та правила комунікації визначаються військовими ситуативно.

У дослідженнях цивільно-військової взаємодії, присвячених сучасним викликам в Україні, така ситуація визначається як структурна проблема: механізми координації між військовими структурами та недержавними

медичними підрозділами залишаються несистемними, а порядок залучення цивільних медичних ресурсів залежить від локальних рішень командування. Це підтверджує, що досвід ПДМШ відображає ширшу систему правової невизначеності, у якій працюють недержавні медичні актори під час війни.

Важливим наслідком неврегульованого статусу є відсутність соціального та правового захисту для медиків-добровольців. Учасники ротацій несуть ризики, аналогічні військовослужбовцям, проте не мають статусу учасників бойових дій і не підпадають під систему державних соціальних гарантій. Не існує механізмів страхування, компенсацій у разі поранення чи інвалідності, гарантій збереження місця роботи або заробітної плати під час ротацій. Оскільки участь у ПДМШ є неоплачуваною, а фінансування діяльності здійснюється виключно благодійними внесками, значна частина медиків змушена поєднувати ротації з основною роботою, що обмежує можливість тривалого перебування на місії та ускладнює формування стабільних та передбачуваних команд.

Логістичне забезпечення діяльності Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова також формується в умовах правової невизначеності. У частині логістики відсутність спеціальної державної процедури для перевезення обладнання, медикаментів, витратних матеріалів і санітарного транспорту означає, що ПДМШ як благодійна організація діє за загальними правилами імпорту та переміщення гуманітарної допомоги. Законодавство не передбачає спрощених механізмів чи окремого режиму для добровольчих медичних формувань, тому оформлення вантажів здійснюється у звичайному порядку, незалежно від специфіки роботи підрозділу в районах бойових дій. Окремим питанням є ввезення автомобілів швидкої медичної допомоги: відповідно до чинних норм, такі транспортні засоби можуть бути визнані гуманітарною допомогою лише у випадку подальшої (впродовж трьох місяців) передачі їх на баланс військових частин або державних чи муніципальних медичних установ. ПДМШ не має можливості оформлювати санітарні автомобілі як гуманітарні

вантажі для власних потреб, тому їх ввезення здійснюється на загальних умовах зі сплатою митних платежів. Це створює додаткове фінансове навантаження, ускладнює оновлення автопарку та впливає на спроможність своєчасно забезпечувати медичну евакуацію в зоні бойових дій.

Невизначеність правового статусу добровольчих медичних формувань також позначається на їх здатності стати повноцінною частиною єдиного медичного простору. Єдиний медичний простір передбачає узгоджене управління, стандартизовані маршрути пацієнтів, уніфіковані вимоги до надання допомоги та спільні механізми забезпечення цивільної та військової медичної систем. Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова фактично вже працює у цьому просторі де-факто: виконує стабілізацію та медичну евакуацію військовослужбовців Сил оборони України та цивільного населення у прифронтових районах, дотримується медичних протоколів, передає пацієнтів до військових і цивільних закладів, співпрацює з медичними підрозділами сил оборони. Проте у відсутність законодавчого статусу добровольчих медичних формувань система не може використовувати їхній потенціал у спосіб, який властивий елементам єдиного медичного простору. Немає механізму, за яким Командування медичних сил могло б офіційно визначати, у якому секторі потрібне підсилення, який обсяг сил і засобів має бути залучений, які медичні спеціалісти необхідні, яке оснащення має застосовуватись і за якими протоколами має здійснюватися робота. Через це узгодження процедур, документування, маршрутів евакуації та розмежування відповідальності визначається не нормативно, а *ad hoc* – через індивідуальні рішення у межах кожної окремої ротації.

У сукупності ці фактори створюють ситуацію, коли Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова виконує завдання, співмірні з діяльністю підрозділів медичного забезпечення сил оборони, але не має правового статусу, який би дозволив офіційно інтегрувати його у єдиний медичний простір. Це обмежує стабільність роботи, ускладнює логістичну та організаційну взаємодію, впливає на мотивацію персоналу та

створює додаткові ризики у процесі надання медичної допомоги в районах бойових дій.

3.2. Огляд моделей та підходів до інтеграції ДМФ у систему медичного забезпечення сил оборони України

Питання правової та організаційної інтеграції добровольчих медичних формувань у систему медичного забезпечення сил оборони не є унікальним для України. У низці держав, які мають досвід тривалих збройних конфліктів або участі в міжнародних операціях, сформувалися моделі залучення недержавних медичних структур до виконання окремих функцій у структурі військової медицини. У таких моделях поєднуються державне регулювання, контрактні (договірні) механізми, стандартизація медичної допомоги, механізми координації та підзвітності, а також визначені процедури взаємодії з підрозділами сил оборони [30; 31]. Аналіз цього досвіду дозволяє виокремити елементи, які можуть бути адаптовані до українських умов і використані для унормування діяльності Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова та інших добровольчих медичних формувань.

У ряді країн недержавні медичні формування залучаються до роботи в районах бойових дій або в умовах гуманітарних катастроф як додатковий ресурс системи оборонної медицини. Їхня діяльність ґрунтується на дотриманні вимог до підготовки персоналу, рівня оснащення, клінічних протоколів, а також наявності погоджених процедур координації та звітності [28; 39]. Таке залучення, як правило, не передбачає включення цих структур до штатної системи збройних сил, проте дозволяє використовувати їхні спроможності для посилення медичного забезпечення в умовах пікового навантаження або нестачі штатних військово-медичних ресурсів. За своєю функціональною роллю саме в такому форматі діє ПДМШ, який, зберігаючи організаційну автономність, забезпечує догоспітальну допомогу, стабілізацію та евакуацію поранених у зоні бойових дій, фактично виконуючи частину завдань оборонної медицини поза формалізованою державною моделлю.

Одним із найбільш поширених міжнародних підходів є контрактна модель залучення недержавних і цивільних медичних структур до операцій оборонного сектору. Така модель дозволяє державі чітко визначати обсяг медичних завдань, територію відповідальності, стандарти надання допомоги, вимоги до персоналу та порядок взаємодії з військовими підрозділами [34–36]. Найбільш системно цей підхід реалізований у Сполучених Штатах Америки, де Міністерство оборони широко застосовує механізми аутсорсингу й контрактного залучення цивільних медичних компаній до виконання медичних завдань у зоні бойових операцій [34–36]. Йдеться не лише про тилову або госпітальну медицину, а й про догоспітальну допомогу, медичну евакуацію, стабілізацію поранених та роботу спеціалізованих тактичних медичних команд у районах підвищеного ризику. Такий підхід міг би бути адаптований і в Україні у вигляді рамкових угод між органами сектору оборони та добровольчими медичними формуваннями. Це забезпечило б передбачуваність ротацій, визначеність повноважень і чіткий порядок взаємодії, не змінюючи при цьому статусу організації.

Аналітичні матеріали урядових і конгресових структур США свідчать, що діяльність таких підрядників регламентується жорсткими вимогами до професійної підготовки персоналу, оснащення, ліцензування, відповідності військовим медичним протоколам і системи звітності [34; 35; 36]. Контракт у цій моделі виступає ключовим інструментом управління відповідальністю, якістю медичної допомоги та ризиками. Для українського контексту цінним є саме принцип рамкових угод як форми легалізації та впорядкування взаємодії з добровольчими медичними формуваннями. Застосування подібного підходу могло б створити формалізований механізм співпраці між органами сектору оборони та ПДМШ без зміни його правового статусу та волонтерської природи.

Окрему групу в міжнародній практиці становлять приватні військово-медичні компанії [37], які залучаються до виконання спеціалізованих медичних завдань у зонах бойових дій на контрактній основі. Їх діяльність

регламентується вимогами до професійної підготовки, матеріально-технічного забезпечення, системи відповідальності та дотримання протоколів. Хоча ця модель має дискусійний характер, вона демонструє інституційну можливість використання недержавних медичних ресурсів у системі оборони за умови чіткого правового регулювання й державного контролю. У ширшому сенсі цей досвід підкреслює потенціал договірних механізмів як способу залучення зовнішніх медичних спроможностей, релевантного для осмислення ролі добровольчих формувань в Україні.

Важливою складовою зарубіжних практик є створення спеціальних реєстрів або переліків організацій, які можуть бути залучені до роботи у зонах конфліктів [28; 31]. Такі реєстри формуються на основі відповідності визначеним критеріям і забезпечують можливість швидкого залучення додаткових сил та засобів. Для України подібний механізм міг би забезпечити прозорість та обґрунтованість рішення про допуск добровольчих медичних підрозділів до сектору оборони, дотримання належних стандартів надання медичної допомоги, а також створити умови для централізованого координування їхньої діяльності.

Зарубіжний досвід, попри відмінності, демонструє спільну закономірність: залучення недержавних медичних структур до роботи у зонах бойових дій можливе лише за умови функціонування чітких правових механізмів, системи акредитації/ліцензування та контрактного залучення, визначених стандартів роботи та прозорості взаємодії з військовими підрозділами [32; 33]. Адаптація цих підходів до українських реалій створила б основу для передбачуваної співпраці, стабільності ротацій та можливості оперативного підсилення медичної системи сил оборони у критичних секторах.

Ці підходи узгоджуються з висновками аналітичних досліджень щодо організації цивільно-військової співпраці. Вони підкреслюють, що ефективна інтеграція недержавних медичних формувань можлива за наявності чітко визначених критеріїв допуску, єдиних вимог до професійної підготовки,

стандартів надання допомоги та узгоджених процедур взаємодії [33]. У країнах, які вже мають досвід залучення зовнішніх медичних ресурсів у зонах бойових дій, саме такі механізми забезпечують передбачуваність роботи та контроль якості допомоги.

У міжнародній практиці існують моделі, які демонструють приклади ефективного залучення недержавних медичних структур до роботи у зонах бойових дій або в системі оборони. На рівні порівнянь найбільш релевантними є приклади США, Великої Британії та Ізраїлю, де такі механізми вже створені та застосовуються як елемент підтримки державної військової медицини [32; 41].

Значну аналітичну цінність для дослідження інтеграційних моделей має досвід Великої Британії, де військова медицина функціонує у тісній взаємодії з цивільною системою охорони здоров'я. Defence Medical Services структурно пов'язані з Національною службою охорони здоров'я [38–40; 55], а значна частина військових медиків підтримує клінічну практику саме у цивільних лікарнях. Така модель забезпечує збереження клінічних компетенцій, а також створює механізм оперативного залучення цивільних медичних ресурсів у кризових ситуаціях. Доктринальні документи з медичного забезпечення та цивільно-військової взаємодії закріплюють принцип відкритості оборонної медицини до взаємодії з позавійськовими медичними структурами за умови дотримання єдиних стандартів і централізованого управління. Для українських умов цей досвід демонструє не модель прямої інтеграції добровольчих формувань, а приклад легітимної системної співпраці між оборонною медициною та цивільним медичним сектором, у межах якої може бути осмислене місце ПДМШ.

Модель Ізраїлю характеризується глибокою інтеграцією різних медичних акторів у систему національної безпеки та реагування [41]. Недержавні й напівцивільні медичні організації виконують завдання первинної допомоги, стабілізації, евакуації та реагування на масові ураження у тісній координації з військовими і екстреними службами. Дослідження

ізраїльського досвіду підтверджують, що ключовими чинниками ефективності є чіткий розподіл ролей, узгоджені протоколи, єдина система комунікації та визначена відповідальність кожного учасника ланцюга реагування. Ця модель демонструє, що добровольчі або недержавні медичні структури можуть бути інтегровані до оборонного сектору без втрати організаційної автономності, за умови чіткого нормативного врегулювання, що є особливо релевантним для аналізу діяльності ПДМШ.

Додаткову рамку для осмислення інтеграційних підходів формують міжнародні доктринальні та керівні документи, зокрема доктрина НАТО з медичного забезпечення операцій та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я [28–31] щодо роботи медичних команд у зонах конфліктів. У цих документах наголошується на необхідності стандартизації медичної допомоги, сумісності між військовими й цивільними медичними структурами, а також можливості залучення зовнішніх медичних ресурсів за умови централізованого управління та дотримання єдиних вимог до якості допомоги. Недержавні медичні формування в таких підходах розглядаються як невід'ємний елемент системи реагування, а не як позасистемні актори.

Узагальнення міжнародного досвіду США, Великої Британії та Ізраїлю демонструє спільну закономірність: залучення недержавних медичних формувань до системи медичного забезпечення сил оборони можливе лише за умови наявності чітких правових рамок, формалізованих механізмів допуску, договірних інструментів взаємодії та єдиних стандартів медичної допомоги [32; 33; 41]. Для України цей досвід має безпосередню практичну значущість, оскільки Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова вже виконує функції зовнішнього медичного підсилення сил оборони де-факто. Подальше інституційне унормування його діяльності потребує не копіювання іноземних моделей, а адаптації окремих перевірених підходів з урахуванням українських правових реалій, масштабу воєнних дій та ролі добровольчого сектору в системі національної безпеки.

3.3. Запропонована модель інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань

Модель інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань до системи медичного забезпечення Сил оборони України повинна враховувати фактичний досвід роботи Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова, його роль у стабілізаційній та евакуаційній ланці, а також специфіку правового статусу неприбуткової недержавної організації, що діє у районах бойових дій. В основу такої моделі покладається необхідність формального визнання участі добровольчих медичних формувань у структурі оборонного сектору та створення передбачуваних процедур їх допуску, взаємодії, підпорядкування, оплати і контролю якості наданих послуг. Це дозволило б державі використовувати наявний потенціал цих формувань, а самим організаціям – працювати в умовах визначеності та стабільності.

Створення спеціального механізму допуску добровольчих медичних формувань на рівні Командування медичних сил або іншого уповноваженого органу. Такий механізм визначав би вимоги до організації, її кадрового складу, оснащення, внутрішніх протоколів, підготовки персоналу та відповідності стандартам надання медичної допомоги. Формування, що відповідає встановленим критеріям, отримувало б право працювати у визначених секторах відповідно до оперативних потреб. Це усувало б залежність від ситуативних рішень *ad hoc* командування окремих військових підрозділів і дозволило б державі планувати залучення зовнішніх медичних сил на критичних напрямках.

Унормування порядку взаємодії добровольчих медичних формувань та медичних підрозділів сил оборони. Визначення ролей, меж відповідальності, порядку передачі пацієнтів, маршрутизації, комунікації, порядку оплати наданих послуг та звітності створювало б єдиний операційний простір, у межах якого ПДМШ та інші формування працювали б за узгодженими правилами. Цей підхід відповідає принципам єдиного медичного простору,

які передбачають стандартизовані маршрути пацієнтів, єдині протоколи стабілізації, узгодження ресурсів та координацію між цивільними та військовими медичними акторами. Формалізація взаємодії дозволила б забезпечити сумісність стандартів і усунути фрагментарність процедур, яка наразі виникає внаслідок відмінності у підходах між різними військовими частинами.

Розвиток внутрішніх процедур та управлінських стандартів у добровольчих медичних формуваннях, які дозволяють забезпечити їхню роботу в єдиному просторі взаємодії з силами оборони України. У цьому контексті важливо враховувати досвід Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова, медичного батальйону «Госпітальєри», окремих добровольчих медичних команд та цивільних медичних ініціатив, які працювали і працюють у взаємодії з різними складовими сектору безпеки та оборони. Добровольчі медичні формування залучаються до роботи разом із підрозділами Збройних сил, Національної гвардії, Державної прикордонної служби, та, у визначених випадках, зі спеціальними службами. Такий спектр взаємодії підкреслює необхідність узгоджених процедур та стандартів, які дозволяють ефективно інтегрувати роботу добровольчих команд у загальну систему медичного забезпечення сил оборони.

Побудова прозорої системи логістичного забезпечення добровольчих медичних формувань потребує впорядкування процедур переміщення обладнання, медикаментів, витратних матеріалів, санітарного транспорту та гуманітарних вантажів через митний кордон України із врахуванням гуманітарного характеру діяльності ДМФ. Повернення митних пільг, які діяли в 2022-23 роках, на ввезення в Україну обладнання, медикаментів, витратних матеріалів, санітарного транспорту та гуманітарних вантажів, а також уточнення та адаптація правових норм щодо ввезення спеціалізованих автомобілів швидкої медичної допомоги для потреб добровольчих медичних формувань дозволили б забезпечити передбачуваність та стійкість матеріально-технічного забезпечення. Це зменшило б затримки, пов'язані з

погодженням вантажів під час ротацій, і створило б умови для безперервного оновлення ресурсів, необхідних для роботи в умовах бойових дій.

Важливе місце в інституційній моделі займає питання соціального та правового статусу медиків-добровольців. Встановлення механізмів страхування, компенсацій, соціальних гарантій, оплати праці та можливості збереження місця роботи під час відрядження до районів бойових дій забезпечило б стабільність кадрового складу та підвищило б мотивацію медиків. Участь у діяльності добровольчих медичних формувань передбачає високий рівень ризику, тому будь-яка модель інтеграції має враховувати необхідність соціального захисту медиків-добровольців на рівні, співмірному з умовами військової служби.

Узагальнюючи, модель інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань до єдиного медичного простору ґрунтується на поєднанні державного регулювання, внутрішньої стандартизації та прозорих процедур залучення. Її впровадження створює умови для ефективного залучення добровольчих формувань, зміцнення спроможності медичної системи сил оборони та забезпечення єдності стандартів догоспітальної та стабілізаційної допомоги. Такий підхід дозволив би перетворити діяльність добровольчих медичних формувань із тимчасового та ситуативного компоненту у структурний елемент системи медичного забезпечення оборони, що підвищує її ефективність у тривалих і високоризикових умовах сучасних бойових дій.

3.4. Організаційні та управлінські передумови впровадження моделі

Реалізація моделі інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань у систему медичного забезпечення Сил оборони України потребує створення низки організаційних та управлінських умов, без яких запропоновані механізми не зможуть функціонувати стабільно й передбачувано. Ці передумови формують інфраструктуру управління, яка

забезпечує як координацію діяльності добровольчих медичних формувань, так і сумісність їх роботи з медичними структурами оборонного сектору.

Однією з базових умов є визначення відповідального державного органу, який здійснюватиме координацію залучення добровольчих медичних формувань. На рівні сектору оборони таку функцію доцільно покласти на Командування медичних сил або інший уповноважений підрозділ, здатний приймати рішення щодо допуску, розподілу сил і засобів, визначення секторів роботи та узгодження протоколів. Наявність єдиного центру координації забезпечила б передбачуваність процедур, прозорість ухвалення рішень та усунення залежності від ситуативних погоджень, характерних для нинішньої практики.

Упровадження моделі інтеграції потребує також залучення Міністерства оборони та Міністерства охорони здоров'я України як ключових інституційних партнерів. МОЗ визначає стандарти надання медичної допомоги, затверджує клінічні протоколи, встановлює вимоги до професійної підготовки медичного персоналу та відповідає за організацію системи екстреної медичної допомоги. Важливим елементом є діяльність Центру медицини катастроф та екстреної медичної допомоги, який формально має координувати реагування на надзвичайні події, масові ураження та організацію евакуації. У межах запропонованої моделі доцільним є визначення чіткої ролі цього Центру у взаємодії з добровольчими медичними формуваннями, зокрема у стандартизації алгоритмів стабілізації, маршрутизації пацієнтів, комунікації між цивільною та військовою ланками та створенні спільної системи підготовки персоналу. Участь МОЗ забезпечує інтеграцію добровольчих медичних формувань не лише в систему оборони, а й у ширший єдиний медичний простір держави, що є критично важливим для узгодженості догоспітальної допомоги й стабілізаційних заходів.

Належить створити реєстр добровольчих медичних формувань, що можуть бути залучені до виконання завдань у районах бойових дій. Такий

реєстр мав би містити інформацію про організацію, кадровий склад, рівень підготовки, наявне обладнання, досвід роботи та внутрішні стандарти. Наявність такого реєстру створило б можливість оперативно визначати доступні формування, їхній кадровий склад, рівень підготовки та оснащення, що у свою чергу спрощує планування залучення і розподіл добровольчих медичних команд відповідно до потреб конкретних секторів.

Ефективне впровадження моделі потребує також створення єдиних вимог до підготовки персоналу, які охоплюють ключові компетенції для роботи у зонах бойових дій. Йдеться про стандартизовану підготовку з догоспітальної допомоги, стабілізаційних втручань, роботи у високоризикових умовах, тактичної медицини, комунікації в структурі військових підрозділів, а також про створення механізмів підтвердження кваліфікації. Такі вимоги дають змогу забезпечити сумісність роботи медиків-добровольців із підрозділами сил оборони та єдині стандарти надання медичної допомоги.

Важливим елементом організаційної інфраструктури є узгодження протоколів взаємодії між добровольчими медичними формуваннями та медичними структурами оборонного сектору. Такі алгоритми мають бути розроблені та затверджені на рівні нормативно-правових документів Міністерства оборони України. Це стосується передачі пацієнтів, маршрутизації, документування, правил комунікації, алгоритмів взаємної підтримки та відповідальності за окремі етапи надання догоспітальної і стабілізаційної допомоги. Закріплення таких процедур забезпечило б єдність роботи на різних рівнях, а також усунуло б фрагментарність, яка виникає через різні підходи у різних військових частинах.

Серед управлінських передумов важливим є створення структури планування та моніторингу залучення добровольчих медичних формувань. Це передбачає аналіз потреб конкретних секторів, оцінку можливостей кожного формування, визначення оптимального складу ротацій, контроль за дотриманням стандартів, а також регулярний перегляд механізмів взаємодії

залежно від змін у бойовій обстановці. Така система дозволила б забезпечити оперативну координацію та адаптивність моделі до умов, що швидко змінюються.

Організаційні передумови включають також розвиток логістичної підтримки роботи добровольчих медичних формувань. Йдеться про узгоджені процедури переміщення обладнання, медикаментів і спеціалізованого транспорту, впорядкування митного та гуманітарного супроводу вантажів, а також визначення відповідальних структур, які координують такі процеси та забезпечують їх прозорість. Чіткий порядок переміщення ресурсів дає змогу уникати затримок у забезпеченні, підтримувати стабільне постачання і створювати умови для своєчасного оновлення матеріально-технічної бази формувань.

Створення ефективної системи інтеграції добровольчих медичних формувань потребує закріплення інструментів соціального, правового та страхового захисту на нормативному рівні. Це може включати визначення базових гарантій у спеціальних положеннях, адаптацію чинних механізмів соціального страхування до умов участі медиків-добровольців у діяльності формувань, розроблення спрощених процедур отримання компенсацій або створення окремих державних програм підтримки медиків-добровольців. Наявність таких інструментів забезпечує передбачуваність умов участі, робить діяльність формувань більш стійкою та дозволяє залучати висококваліфікованих фахівців без ризику втрати ними соціальних та професійних гарантій.

У разі офіційного визначення добровольчих медичних формувань як складової системи медичного забезпечення сил оборони доцільним є застосування механізмів бронювання від мобілізації до їхніх учасників. Це не є додатковою пільгою, а інструментом підтримання кадрової стабільності структур, що виконують завдання в інтересах оборони. Висококваліфіковані лікарі, фельдшери, медсестри, парамедики та водії евакуаційних екіпажів становлять критичний ресурс для забезпечення безперервної роботи

стабілізаційної та евакуаційної ланки. За відсутності механізму бронювання добровольчі формування ризикують втратити важливих спеціалістів через мобілізацію або зміну умов цивільної зайнятості, що знижує їхню оперативну спроможність. Запровадження механізму бронювання від мобілізації після врегулювання правового статусу формувань дозволило б уникнути знекровлення кадрів і забезпечити передбачувану участь у ротаціях відповідно до потреб медичного забезпечення сил оборони.

Загалом впровадження моделі інституційної інтеграції потребує розвитку управлінської та нормативної інфраструктури, яка поєднує державне регулювання, підготовку персоналу, логістичну підтримку, справендливі умови оплати наданих послуг та соціальні гарантії для медиків-добровольців. Саме наявність цих передумов створює можливість практичної реалізації моделі та забезпечує стійку взаємодію між добровольчими медичними формуваннями та медичною системою сил оборони України.

3.5. Оцінка потенційних ефектів реалізації запропонованої моделі

Запропонована модель інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань забезпечує низку ефектів, які впливають на тривкість і результативність системи медичного забезпечення сил оборони. Її впровадження створює передбачуваний і стабільний порядок залучення добровольчих медичних підрозділів до надання медичної допомоги в районах бойових дій та усуває нерівномірність доступу, що нині залежить від ситуативних рішень окремих військових частин. Завдяки цьому державні структури отримують можливість планувати потребу в додаткових медичних ресурсах і оцінювати наявні спроможності заздалегідь.

Побудова механізму допуску та взаємодії формує єдині правила роботи для всіх добровольчих формувань, що підвищує узгодженість операцій у стабілізаційній та евакуаційній ланках. Це зменшує ризик розриву маршрутів пацієнтів та покращує координацію між підрозділами. Упорядковані процедури створюють передумови для швидшого реагування у секторах з

підвищеним навантаженням та дозволяють уникнути фрагментарності у рішеннях щодо використання зовнішніх медичних сил.

Інституційне оформлення участі добровольчих медичних формувань сприяє зміцненню ресурсної спроможності системи оборони. Наявність узгоджених логістичних процедур дозволяє підтримувати безперервність забезпечення обладнанням, медикаментами та транспортом, що знижує імовірність критичних перебоїв під час бойових дій. Чіткі правила переміщення вантажів полегшують планування закупівель, оновлення автопарку та управління матеріально-технічними резервами.

Важливим ефектом є посилення кадрової стійкості добровольчих медичних формувань. Запровадження соціальних і страхових гарантій створює умови, за яких участь у ротаціях стає більш передбачуваною і безпечною для медиків. Це сприяє формуванню стабільних команд, зменшує ризики кадрових втрат та підвищує якість догоспітальної й стабілізаційної допомоги. Гарантії захисту також підвищують довіру медичних працівників до системи й розширюють коло фахівців, готових долучатися до ДМФ.

У системному вимірі запропонована модель дозволяє перетворити діяльність добровольчих медичних формувань на структурний компонент медичного забезпечення сил оборони. Це підвищує адаптивність державної медичної системи до пікових навантажень, зміцнює її здатність оперативно реагувати на зміни тактичної обстановки та забезпечує тривкість медичної допомоги у тривалих конфліктах. Нормативне впорядкування участі добровольчих формувань в наданні медичної допомоги в районах бойових дій створює скоординовану та передбачувану систему, у якій всі ланки медичного забезпечення працюють за єдиними правилами.

3.6. Висновки до розділу

Розділ окреслює ключові проблеми, які стримують діяльність добровольчих медичних формувань у районах бойових дій, та формулює пропозиції, що дають змогу перейти від ситуативного залучення до передбачуваного й формалізованого функціонування у складі медичного

забезпечення сил оборони. Правова невизначеність, відсутність єдиного порядку допуску, механізми взаємодії *ad hoc*, складнощі з логістикою та брак соціальних гарантій та справедливої винагороди за надані послуги створюють бар'єри, які знижують ефективність роботи добровольчих медичних формувань в кризових ситуаціях.

Зарубіжний досвід показує, що інтеграція недержавних медичних структур можлива лише тоді, коли держава визначає стандарти діяльності, акредитаційні вимоги, прозорі правила допуску, справедливую винагороду та форми контрактної і інституційної взаємодії. Аналіз можливих моделей дав змогу запропонувати концептуальне рішення, придатне для українського контексту, яке передбачає поєднання державного регулювання, упорядкування організаційних процедур і збереження внутрішньої автономії формувань. .

Запропонована модель інтеграції ДМФ до єдиного медичного простору окреслює механізми допуску, взаємодії, координації, логістичного забезпечення, оплати медичних послуг та соціально-правового захисту. Вона створює підґрунтя для узгодженої роботи Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова, медичного батальйону «Госпітальєри» та інших добровольчих медичних формувань у рамках єдиної системи. Реалізація моделі не вимагає втрати організаційної автономності ДМФ, але забезпечує офіційний статус, спільні стандарти і взаємну сумісність із медичними структурами сил оборони та з цивільною медичною системою.

Оцінка потенційних ефектів підтверджує, що впровадження моделі забезпечує передбачуваність участі добровольчих медичних формувань у наданні медичної допомоги в районах бойових дій, зміцнює ресурсну та кадрову тривкість, максимізує ефективність від залучених сил і засобів ДМФ, підвищує узгодженість медичної допомоги, а також розширює можливості держави у реагуванні на пікові навантаження. Інституційне оформлення дозволяє перетворити добровольчі медичні формування на тривкий елемент

медичного забезпечення сил оборони, підвищуючи якість, ефективність і безперервність медичної допомоги в умовах тривалих бойових дій.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно охарактеризувати правові та організаційні аспекти функціонування добровольчих медичних формувань у зонах бойових дій, зіставити українську практику з міжнародним досвідом та виявити чинники, що визначають їхню роль у системі медичного забезпечення сил оборони України. Поєднання правового, організаційного, статистичного, фінансового й якісного аналізів у межах тріангуляційного підходу дало змогу оцінити добровольчі медичні формування як важливий елемент сучасної архітектури медичної допомоги на війні та перевірити висунуті гіпотези.

Правовий аналіз засвідчив відсутність цілісної нормативної конструкції, яка б визначала статус добровольчих медичних формувань, умови їхнього залучення до надання допомоги в районах бойових дій, вимоги до підготовки персоналу, обсяг повноважень та гарантії членів формувань. Наявні норми забезпечують фрагментарне регулювання окремих аспектів діяльності, але не формують узгодженого механізму інтеграції добровольчих формувань у систему медичного забезпечення сил оборони. Це створює правову невизначеність, ускладнює укладання довгострокових домовленостей, формування стабільних команд, планування ротацій і ресурсів, а також обмежує можливість переходу до моделей, близьких до приватних військово-медичних компаній із чітко прописаними правами, обов'язками та відповідальністю сторін.

Організаційний аналіз показав, що українські добровольчі медичні формування виробили різні моделі організації роботи й управління, які відображають поєднання високої гнучкості, мобільності та самоврядування з елементами структурованості. Виявлено, що стабільне кадрове ядро,

зрозуміла рольова структура, наявність відповідальних за ключові напрями (медицина, логістика, адміністративна підтримка, комунікації), передбачуваний порядок ротацій, внутрішня звітність і базові стандарти взаємодії з військовим командуванням є тими характеристиками, які учасники безпосередньо пов'язують з ефективністю роботи на фронті. Там, де такі управлінські практики розвинені, формування демонструють вищу внутрішню стійкість, кращу укомплектованість змін, нижчу плинність персоналу та більшу відповідність протоколам надання допомоги.

Статистичний аналіз ротацій і наданої медичної допомоги за 2022–2025 роки підтвердив, що добровольчі медичні формування забезпечують значний обсяг стабілізаційної допомоги, ургентних втручань, реанімаційного транспортування, первинної допомоги та короткострокової реабілітації в прифронтових районах. Виявлено сталість складу окремих команд, повторюване залучення одних і тих самих добровольців, концентрацію навантаження в окремі періоди та стабільність логістичних маршрутів, що свідчить про те, що добровольчі медичні формування фактично виконують функцію системного компонента медичного забезпечення, а не епізодичного додатка. Ці дані можуть і повинні використовуватися як управлінський ресурс: для планування ротацій, моніторингу навантаження, виявлення ризиків перевиснаження, корекції логістики та підтримання безперервності допомоги.

Фінансовий аналіз показав, що діяльність добровольчих медичних формувань ґрунтується переважно на благодійних внесках, грантах та приватних донорських ініціативах. Така модель забезпечує відносно достатній, але нестабільний ресурсний потік: надходження є нерівномірними, значною мірою залежать від обмеженого кола донорів і не гарантують можливості довгострокового планування, оновлення техніки, створення резервів та системної підготовки персоналу. Саме нестабільність фінансування виявлена як один із ключових обмежувальних чинників операційної стійкості формувань. Це підкреслює значення

інституціоналізації участі добровольчих формувань у системі медичного забезпечення, розробки механізмів контрактів, компенсацій і державної підтримки, сумісних із їхнім добровольчим характером.

Порівняння з міжнародними гуманітарними організаціями, зокрема Médecins Sans Frontières та International Medical Corps, показало, що в умовах збройних конфліктів найкращі результати забезпечують моделі, які спираються на чіткий правовий статус, стандартизовані процедури, структуровані програми підготовки, внутрішні системи моніторингу якості, прозорі механізми відповідальності та налагоджену взаємодію з державними структурами. При цьому зберігається необхідна оперативна гнучкість і здатність швидко адаптуватися до змін тактичної обстановки. Ці елементи можуть бути адаптовані до українських реалій і використані як орієнтири для вдосконалення організації роботи добровольчих медичних формувань та їхньої інтеграції у національну систему медичного забезпечення.

Узагальнення результатів дослідження дозволило диференційовано оцінити обидві висунуті гіпотези. Щодо першої гіпотези показано, що відсутність чіткого правового статусу добровольчих медичних формувань та усталених механізмів їх залучення до надання допомоги в районах бойових дій формує стійкий режим правової невизначеності, у межах якого цивільні медики фактично виконують бойові завдання поза прозорими правилами, гарантіями та процедурами. Це не лише створює юридичні й соціальні ризики для учасників, а й обмежує можливість довгострокового планування, формування стабільних команд, стандартизації взаємодії із силами оборони та масштабування успішних практик. Правовий, організаційний і порівняльний аналізи дозволили обґрунтувати доцільність інституційного оформлення участі добровольчих медичних формувань у системі медичного забезпечення сил оборони, у тому числі через моделі, наближені до приватних військово-медичних компаній із чітко визначеними правами, обов'язками й гарантіями. Запропонована модель інтеграції демонструє потенційний напрям зменшення правової невизначеності та підвищення

ефективності, який надалі потребує практичної апробації, тож перша гіпотеза отримує концептуальне підтвердження.

Щодо другої гіпотези, емпіричні дані анкетування, напівструктурованих інтерв'ю та статистики ротацій дозволили підтвердити позитивний зв'язок між формалізацією та стандартизацією управлінських практик і внутрішньою ефективністю добровольчих медичних формувань. Наявність постійного ядра команди, чіткої рольової структури, SOP і чек-листів, системи внутрішніх показників результативності, регулярних тренувань і дебрифінгів, прозорих процедур комунікації та ротацій пов'язана з кращою укомплектованістю змін, нижчою плинністю персоналу, більшою відповідністю клінічним протоколам і більшою стійкістю роботи в умовах високого навантаження. Таким чином, друга гіпотеза підтверджена на основі зібраного емпіричного матеріалу.

На основі отриманих результатів сформовано модель інституційної інтеграції добровольчих медичних формувань у систему медичного забезпечення сил оборони України, яка поєднує правові та організаційно-управлінські рішення. Модель передбачає закріплення правового статусу добровольчих формувань, визначення форматів їх залучення до виконання завдань у зонах бойових дій, впровадження базових стандартів координації та обміну даними з військово-медичними структурами, а також створення мінімального, але чіткого управлінського каркасу всередині формувань із використанням ротаційної та медичної статистики як інструмента управлінського аналізу. Такий підхід дозволяє зберегти автономність і гнучкість добровольчих ініціатив, водночас інтегруючи їх у єдиний простір планування, безпеки та стандартів медичної допомоги.

Дослідження дало можливість не лише описати поточний стан добровольчих медичних формувань, а й запропонувати правові та організаційні рішення, придатні для практичного застосування. Отримані результати можуть бути використані при розробці змін до законодавства, формуванні політик у сфері медичного забезпечення сил оборони, підготовці

відомчих нормативних актів, а також у стратегічному плануванні діяльності самих добровольчих медичних формувань. У науковому вимірі робота створює підґрунтя для подальших досліджень правового статусу, організаційних моделей та управлінських практик добровольчих медичних структур у контексті сучасних збройних конфліктів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. Офіційний вебсайт Верховної Ради України.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 26.09.2025).
2. Про основи національного спротиву: Закон України від 16 липня 2021 р. № 1702-IX // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1702-20> (дата звернення: 26.09.2025)
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII// База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12> (дата звернення: 26.09.2025)
4. Про волонтерську діяльність : Закон України від 19.04.2011 № 3236-VI // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/3236-17> (дата звернення: 26.09.2025)
5. Про затвердження Порядку організації, забезпечення та проведення підготовки добровольчих формувань територіальних громад до виконання завдань територіальної оборони : Постанова КМУ від 29.12.2021 № 1447 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1447-2021-%D0%BF> (дата звернення: 26.09.2025)
6. Наказ МОЗ України від 27.04.2018 № 814 «Про організацію направлення медичних працівників, що добровільно виявили бажання надати медичну допомогу у районі здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях» : Наказ; МОЗ України від 27.04.2018 № 814 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0814282-18> (дата звернення: 18.10.2025)
7. Меморандум про взаємодію в рамках проекту «Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова» між МОЗ України, МО України, ГШ ЗСУ та ПДМШ ім. Миколи Пирогова від 05.02.2016

8. Меморандум про співпрацю між Головним управлінням Національної гвардії України та «Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова» від 25.04.2022
9. Меморандум про взаємодію в рамках проекту «Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова» між командуванням Сил територіальної оборони ЗСУ та ПДМШ ім. Миколи Пирогова від 31.10.2022
10. Меморандум про співробітництво між Адміністрацією Державної прикордонної служби України та благодійною організацією «Благодійний фонд «Перший добровольчий мобільний шпиталь ім. Миколи Пирогова»» від 17.07.2019
11. Дубчак А., Максименко О. «Сили випадкових операцій». Як «Госпітальєри» гартують бойових парамедиків. 17 червня 2021 р. Радіо Свобода. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/hospitalyery-paramedyky/31309334.html> (дата звернення: 13.11.2025)
12. Заява командирів і бійців бойових батальйонів ДУК «Правий сектор». Sector Pravdy. URL: <https://web.archive.org/web/20170830003848/https://sectorpravdy.com/ua/news/duknews/1395-zaiava-komandyriv-i-biitsiv-boiovykh-batalioniv-duk-ps>
13. Вчасно. «Ми вільні у своїх діях». Як найбільший медбатальйон «Госпітальєри» на добровільних засадах рятує життя військових на фронті. URL: <https://vchasnoua.com/news/mi-vilni-u-svoyix-diiakh-iak-naibilsii-medbatalion-gospitaljeri-na-dobrovilnix-zasadaх-riatuje-zittia-viiskovix-na-fronti>
14. Женевські конвенції від 12 серпня 1949 р. та Додаткові протоколи до них від 8 червня 1977 р. // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/995_151 (дата звернення: 26.11.2025)
15. Humanitarian Charter and Minimum Standarts in Disaster Response Sphere Project, 1998. URL: <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/SphereHandbook-1998.pdf>.
16. Médecins Sans Frontières. Chantilly Principles. 1995.

URL: <https://www.msf.org/sites/default/files/Principles%20Chantilly%20EN.pdf>

17. Médecins Sans Frontières. The La Mancha Agreement. Athens, 25 June 2006.

URL: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/sites/default/files/2020-12/La-Mancha%20Agreement-EN.pdf> (дата звернення 1 листопада 2025 р.)

18. Teicher CL, Alberti K, Porten K, Elder G, Baron E, Herard P. Médecins Sans Frontières Experience in Orthopedic Surgery in Postearthquake Haiti in 2010. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2014; 29(1):21-26. doi:10.1017/S1049023X13009278

19. Ripoll-Gallardo, A., Ragazzoni, L., Mazzanti, E. *et al.* Residents working with Médecins Sans Frontières: training and pilot evaluation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 28, 86 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00778-x>

20. Hargreaves, Janet and Golding, Berenice (2017) Humanitarian nursing with Médecins Sans Frontières: The dream job. *Health Emergency and Disaster Nursing*, 4 (1). pp. 49-56. ISSN 2188- 2061 <https://doi.org/10.24298/hedn.2016-0003>

21. Médecins Sans Frontières. Міжнародний президент «Лікарів без кордонів» розпочинає візит до України. Médecins Sans Frontières. URL: <https://www.msf.org/uk/міжнародний-президент-лікарів-без-кордонів-msf-розпочинає-візит-до-україни> (дата звернення 1 листопада 2025 р.)

22. Міжнародний медичний корпус (International Medical Corps). URL: <https://happymonday.ua/company/mizhnarodnyj-medychnyj-korpus-international-medical-corps/vacancies> (дата звернення 12 жовтня 2025 р.)

23. International Medical Corps. Impact Report 2024. International Medical Corps. URL: <https://cdn1.internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2025/06/IntlMedicalCorps-2024-Annual-Report-R.pdf>

24. International Medical Corps. Country: Ukraine – War in Ukraine. International Medical Corps. URL: <https://internationalmedicalcorps.org/country/ukraine/>

25. Ситуаційний звіт по Україні, де описано старт програми Cash for

- Health: International Medical Corps. Ukraine Crisis Situation Report 33. International Medical Corps. URL: <https://cdn1.internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2023/10/IntMedCorps-UkraineCrisis-SitRep33.pdf>
26. Hodunova, Kateryna. «Over 46,000 Ukrainian soldiers killed since start of Russia's full-scale war, Zelensky says». *The Kyiv Independent*, 17 Feb 2025. URL: <https://kyivindependent.com/over-46-000-ukrainian-soldiers-killed-since-start-of-war-zelensky-says/> (дата звернення 12 жовтня 2025 р.)
27. «One Million Are Now Dead or Injured in the Russia-Ukraine War», *The Wall Street Journal*, 17 вересня 2024 р. URL: <https://www.wsj.com/world/one-million-are-now-dead-or-injured-in-the-russia-ukraine-war-b09d04e5> [wsj.com](https://www.wsj.com/)+1
28. World Health Organization. A Guidance Document for Medical Teams Responding to Health Emergencies in Armed Conflict and Other Insecure Environments. Geneva: WHO, 2021. 120 p.
URL: <https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/Red%20Book2021.pdf>
29. NATO. Allied Joint Doctrine for Medical Support (AJP-4.10). London: NATO, 2019. 94 p.
URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f71e556d3bf7f47aea92447/doctrine_nato_med_spt_ajp_4_10.pdf
30. Civil-Military Collaboration for Health Emergency Preparedness.
URL: <https://extranet.who.int/sph/civil-military-collaboration-health-emergency-preparedness>
31. National civil–military health collaboration framework for strengthening health emergency preparedness: WHO guidance document.
URL: <https://www.project-casa.org/publications/national-civil-military-health-collaboration-framework-for-strengthening-health-emergency-preparedness-who-guidance-document>
32. Baird M. D., Williams N., Dzau V. J. Global assessment of military and civilian trauma systems integration. *Journal of Global Health*, 2024.
URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11175771/>

33. Razumkov Centre. Civil-Military Co-operation in Protection of Civilians During the Ukraine War: Best Foreign Practices. Kyiv: Razumkov Centre, 2024. 76 p.

URL: <https://razumkov.org.ua/images/2024/02/2024-Sunhurovskyi-CIVIL-WAR-ENGL-F.pdf> (дата звернення 15 жовтня 2025 р)

34. United States Government Accountability Office (GAO). Defense Health Care: Department of Defense—Contracting Activities of the Military Departments. Washington, DC: GAO, 2013. 54 p.

URL: <https://www.gao.gov/assets/gao-13-322.pdf> (дата звернення 15.10. 2025 р)

35. Congressional Research Service (CRS). Department of Defense's Use of Contractors in Military Operations. Washington, DC: CRS, 2022.

URL: <https://crsreports.congress.gov> (дата звернення 15.10. 2025 р)

36. Epic Government. Top New Ways Healthcare Contractors Are Effective Partners For The DoD. 20.01.2023

URL: <https://epicgovernment.com/2023/01/20/healthcare-government-contractors/>

37. Neuhaus S. J., Keys G. Private military companies in the operational health care environment: pragmatism or peril? Australian Defence Force Journal. 2010. № 182. P. 16–25.

38. UK Ministry of Defence. Defence Medical Services: Roles and Capabilities. London: MOD, 2022.

URL: <https://www.gov.uk/government/organisations/ministry-of-defence>

39. UK Faculty of Pre-Hospital Care. Standards for Civilian and Military Prehospital Care. London: Royal College of Surgeons, 2020. URL: <https://fphc.rcsed.ac.uk>

40. UK-Med. UK Emergency Medical Team (UK EMT). Official information.

URL: <https://www.uk-med.org/uk-emt/> (дата звернення: 26.09.2025)

41. Furman E., Moshkowitz G. Military and Civilian Collaboration within Medical First Responders – the Israeli Experience. Prehospital and Disaster Medicine. 2017;32(S1):S12–S12. doi:10.1017/S1049023X17000565

42. Наказ МОЗ України від 26.02.2022 № 383 "Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану"
43. Порядок залучення медичного персоналу ПДМШ під час АТО МО України № 11920/3/1 від 28.07.2016
URL: <https://pdmsh.ua/media/procedureofpfvmhinvolvementinato-2.pdf>
44. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України : Постанова Кабінету Міністрів України; Доктрина від 31.10.2018 № 910 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/910-2018-%D0%BF> (дата звернення: 20.10.2025)
45. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/5081-17> (дата звернення: 20.10.2025)
46. Про гуманітарну допомогу : Закон України від 22.10.1999 № 1192-XIV // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1192-14> (дата звернення: 22.10.2025)
47. Shablysty, V.V., Kosiachenko, K.E., Berezniak, V.S., Katorkind, R.A. and Konopelskyi, V.Y. (2023) 'Activities of international, medical and humanitarian NGOs in Ukraine under martial law', *Christian Journal for Global Health*, 10(1), p. 33-42. URL: <https://cjgh.org/articles/294/files/664ae3dbc6fa0.pdf>
48. Shablysty V. V., Kosiachenko K. E., Berezniak V. S., Katorkin R. A., Konopelskyi V. Y. Activities of international medical and humanitarian non-governmental organizations in Ukraine under the conditions of martial law. *Christian Journal for Global Health*. 2023. Vol. 10, No. 1. P. 33–42. DOI: <https://doi.org/10.15566/cjgh.v10i1.749> (дата звернення: 02.12.2025)
49. Vestal Volunteer Emergency Squad. URL: <https://vestalems.com/>
50. Perlstadt H, Kozak LJ. Emergency medical services in small communities: volunteer ambulance corps. *J Community Health*. 1977 Spring;2(3):178-88. doi: 10.1007/BF01349703. PMID: 617200.

51. Alpert, Evan Avraham, et al. "Maximizing Volunteers in Emergency Medical Services: The Experience of Israel's Magen David Adom". *American Journal of Disaster Medicine*, vol. 19, no. 4, Dec. 2024, pp. 279-86, doi:10.5055/ajdm.0495
52. Sarkisian L., Mickley H., Schakow H., Gerke O., Jørgensen G., Larsen M. L., Henriksen F. L. Global positioning system alerted volunteer first responders arrive before emergency medical services in more than four out of five emergency calls. *Resuscitation*. 2020. Vol. 152. P. 170–176.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.010>
53. Schreier F., Caparini M. *Privatising Security: Law, Practice and Governance of Private Military and Security Companies*. Geneva: Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces (DCAF), 2005. 184 p. URL: https://www.dcaf.ch/sites/default/files/publications/documents/op06_privatising-security.pdf
54. United Nations Human Rights Council. *Impact of the use of private military and security services in humanitarian action: Report A/HRC/48/51*. 2021. URL: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g21/168/75/pdf/g2116875.pdf>
55. NHS England. *Partnership agreement between Ministry of Defence and NHS England for the commissioning of health services for the armed forces*. 09.11.2018. URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/partnership-agreement-between-ministry-of-defence-and-nhs-england-for-the-commissioning-of-health-services-for-the-armed-forces/>
56. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/3551-12>
57. Livinskiy, V. G., Zhakhovskyi, V. O., Shvets, A. V., & Ivanko, O. M. (2022). Standardization of medical support in the armed forces of NATO member states. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 3(2), 5-18.
[https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-005)

ДОДАТОК А

Зведені результати анкетного опитування (103 респонденти)

У додатку подано узагальнені відповіді респондентів на всі запитання анкети із виділенням основних категорій та діапазонів відповідей.

Питання 1. Звідки ви дізналися про ПДМШ?

Основні категорії відповідей:

- особисті контакти, колеги, знайомі;
- соціальні мережі;
- професійне середовище;
- волонтерські спільноти.

(Відкрите питання; відповіді згруповані за змістом.)

Питання 2. У скількох ротаціях ви брали участь?

Структура відповідей:

- 1–2 ротації – значна частина нових учасників;
- 3–7 ротацій – стабільна група;
- понад 10, 15, 25 ротацій – досвідчені добровольці.

(Відкрите числове питання, діапазон дуже широкий.)

Питання 3. Яка ваша професійна освіта та спеціалізація?

Основні групи:

- лікарі різних спеціальностей (анестезіологія, хірургія, терапія, урологія, МНС тощо);
- середній медичний персонал (медсестри, фельдшери);
- реабілітологи, масажисти;
- немедичні спеціалісти (логістика, водії, адміністрування, аналітика).

(Відкрите питання.)

Питання 4. Який ваш медичний або професійний стаж?

Діапазон відповідей: від 1 року до понад 30 років.

(Відкрите питання.)

Питання 5. Що вас мотивувало приєднатися до ПДМШ?

Узагальнення відповідей:

- допомога пораненим;
- служіння країні;
- професійна місія;
- командна підтримка;
- прагнення робити значущу справу.

Питання 6. Які види діяльності у ПДМШ ви виконували?

Категорії відповідей:

- лікар;
- медсестра/фельдшер;
- бойовий медик;
- водій медичного транспорту;
- реабілітолог;
- логістичний/адміністративний персонал.

6. Які види діяльності у ПДМШ ви виконували?

103 відповіді

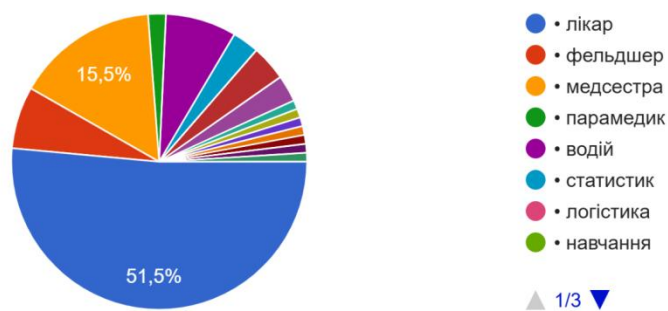


Рис. А.1. Види діяльності, які виконували добровольці ПДМШ

7. Де ви працювали під час ротації в ПДМШ?

103 відповіді

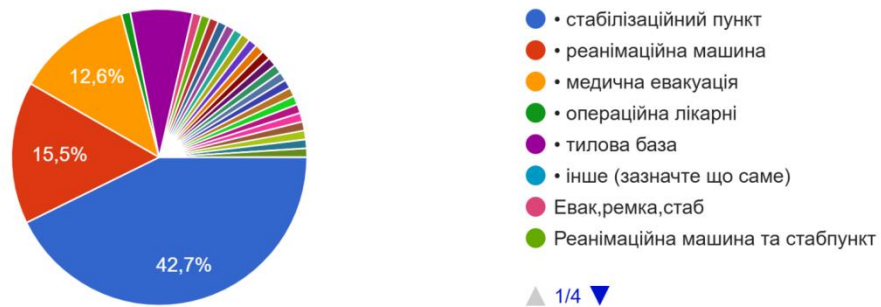


Рис. А.2. Місце роботи добровольців під час ротації

8. Як ви оцінюєте організаційну підтримку під час ротацій? (від 1 до 10)

Результати:

Середній бал — близько 9,0

Медіана — 10

Розподіл — більшість відповідей у верхній частині шкали.

8. Як ви оцінюєте організаційну підтримку під час ротацій? (від 1 до 10)

103 відповіді

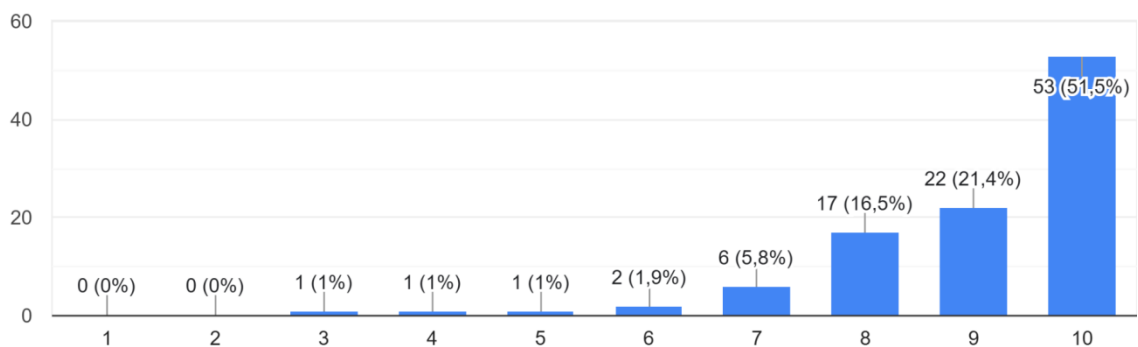


Рис. А.3. Оцінка організаційної підтримки під час ротації

Питання 9. Чи проходили ви спеціальний тренінг або підготовку перед ротаціями?

Так, у ПДМШ – 69

Так, в іншій організації – 24

Ні – 10

9. Чи проходили ви спеціальний тренінг або підготовку перед участю у ротаціях?

103 відповіді

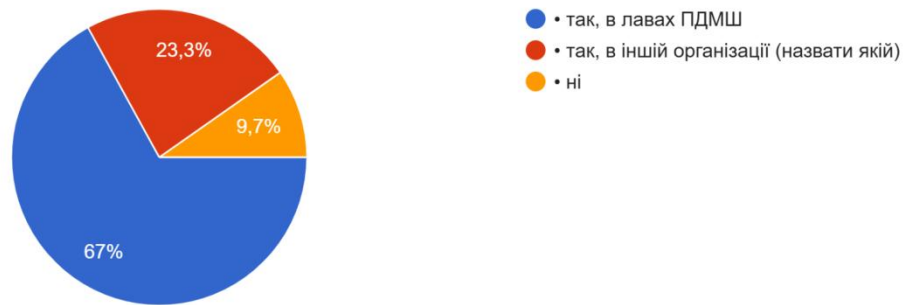


Рис. А.4. Чи проходили спеціальний тренінг або підготовку перед участю
Питання 10. Які складнощі або ризики ви зустрічали під час участі у ротаціях?

(Відкрите питання, узагальнення відповідей)

Основні категорії відповідей:

- бойові загрози (обстріли, дрони, міномети, близькість до лінії фронту);
- високий потік поранених та інтенсивність роботи;
- фізичне виснаження та тривалі зміни;
- психологічне навантаження та стресові ситуації;
- логістичні труднощі під час евакуацій;
- обмеженість матеріально-технічних ресурсів;
- ризики, пов'язані з координацією та змінами тактичної обстановки;
- відсутність соціальних гарантій.

Питання 11. Чи відчували ви психологічну підтримку під час та після ротацій

Структура:

- так / швидше так – більшість;
- ні – близько однієї восьмої;
- змішані відповіді – решта.

Питання 12. Який досвід або навички ви здобули під час участі у ротаціях ПДМШ?

Категорії відповідей:

- тактична медицина;
- командна взаємодія;
- робота в стресі;
- комунікація з військовими;
- навички догоспітального етапу.

Питання 13. Наскільки ви задоволені комунікацією з керівництвом та координаторами ПДМШ? (від 1 до 10)

Середній бал: близько 8,9

Медіана: 10

Відповіді зміщені до високих значень.

13. Наскільки ви задоволені комунікацією з керівництвом та координаторами ПДМШ? (від 1 до 10)

103 відповіді

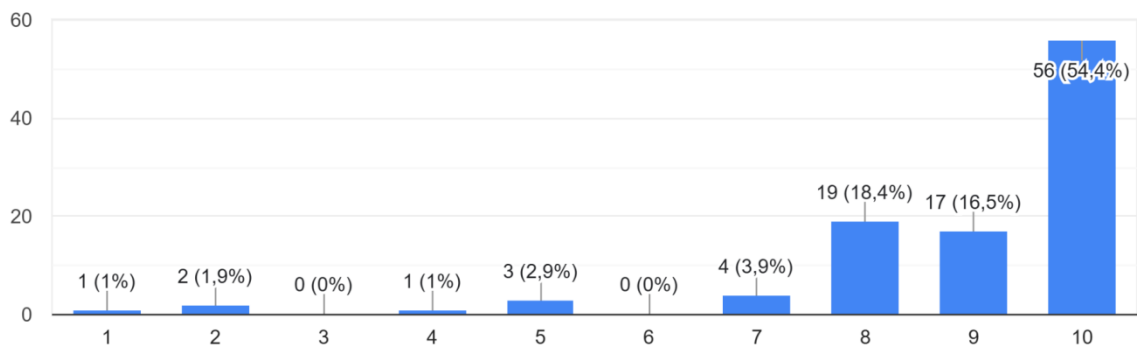


Рис. А.5. Наскільки задоволені комунікацією з керівництвом

Питання 14. Як ви оцінюєте взаємодію та командну роботу між членами ПДМШ під час ротацій? (від 1 до 10)

Середній бал: близько 8,9

Медіана: 9

14. Як ви оцінюєте взаємодію та командну роботу між членами ПДМШ під час ротацій? (від 1 до 10)

103 відповіді

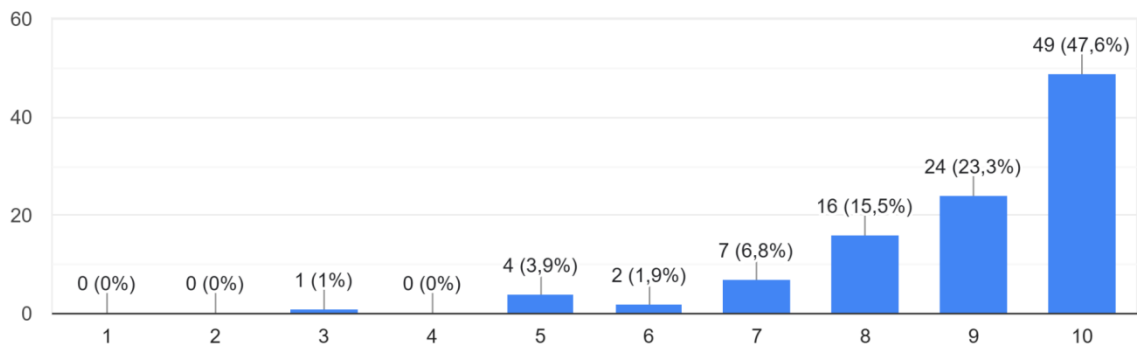


Рис. А.6. Оцінка взаємодії та командної роботи

Питання 15. Наскільки безпечно ви почувалися під час виконання обов’язків у ротаціях? (оціночна шкала 1 до 10)

Основні діапазони відповідей:

- 8–10 балів – найбільша група респондентів (понад 60%);
- 6–7 балів – частина відповідей респондентів;
- 5 балів – помітна група (близько 14 %)
- 1–4 бали поодинокі оцінки (небезпечні ділянки роботи)

(Оціночне питання.)

15. Наскільки безпечно ви почувалися під час виконання обов’язків у ротаціях? (оціночна шкала 1 до 10)

103 відповіді

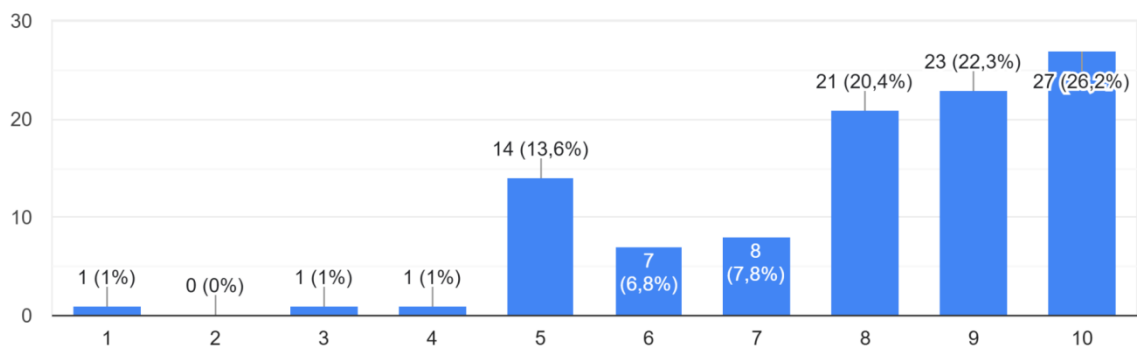


Рис. А.7. Наскільки безпечно почувалися у ротаціях

Питання 16. Чи плануєте брати участь у майбутніх ротаціях?

- так / так, за можливості – більшість;
- ні – рідко (здебільшого з об’єктивних причин).

Питання 17. Які фактори, на вашу думку, найбільше впливають на вашу мотивацію брати участь у ротаціях?

Узагальнені групи відповідей:

- бажання допомагати пораненим;
- особисті цінності та внутрішня мотивація;
- професійна реалізація та можливість застосувати знання;
- командна підтримка та атмосфера;
- почуття значущості роботи;
- безпека та організаційні умови ротацій.

(Відкрите питання.)

Питання 18. Чи брали ви участь в інших медичних формуваннях, що надають допомогу на фронті, до чи після участі в ротаціях ПДМШ?

- 70 % – ні
- Близько 20 % – так
- Решта – поодинокі згадки.

Питання 19. Чи служите ви зараз у будь-якому підрозділі Сил оборони України?

Структура відповідей:

- більшість респондентів не перебувають на службі;
- частина зазначила службу або мобілізацію;
- поодинокі випадки тимчасової служби чи контракту.

(Закрите питання з варіантами «так/ні», відповіді згруповані.)

Питання 20. Як ви оцінюєте ефективність медичної допомоги ПДМШ?

Розподіл відповідей:

- 5 балів – 78 респондентів;

- 4 бали – 23 респонденти;
- 3 бали – 2 респонденти.

Переважають максимальні оцінки.

(Оціночне питання, шкала 1–5.)

20. Як ви оцінюєте ефективність медичної допомоги, яку надає ПДМШ?

103 відповіді

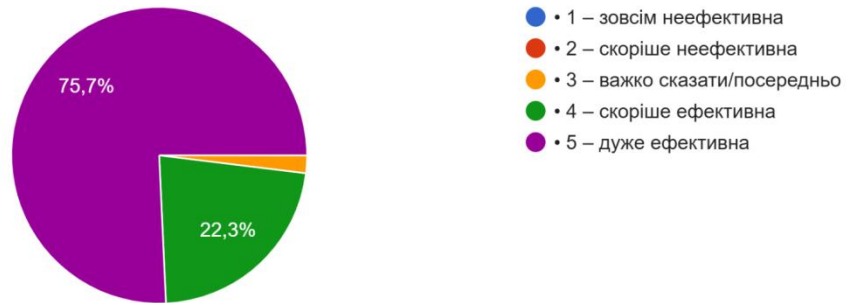


Рис. А.8. Оцінка ефективності медичної допомоги ПДМШ

Питання 21. Які зміни або покращення, на вашу думку, слід впровадити у діяльності ПДМШ?

Узагальнення пропозицій:

- регулярні тренінги;
- більше броньованих машин;
- покращення МТЗ;
- оптимізація ротацій;
- підсилення соціальних гарантій;
- офіційне врегулювання статусу добровольців.

ДОДАТОК Б

Додаток містить повний текст анкети, що використовувалася для опитування учасників ротацій ПДМШ у 2022–2024 роках.

Питання-опитування

1. Звідки ви дізнались про ПДМШ?
2. У скількох ротаціях ви брали участь?
3. Яка ваша професійна освіта та спеціалізація?
4. Ваш медичний стаж/досвід роботи в медичній сфері до вступу до ПДМШ?
5. Що вас мотивувало приєднатися до ПДМШ?
6. Які види діяльності у ПДМШ ви виконували?
 - лікар
 - фельдшер
 - медсестра
 - парамедик
 - водій
 - статистик
 - логістика
 - навчання
 - адміністрація
 - інше (зазначте що саме)
7. Де ви працювали під час ротації в ПДМШ?
 - стабілізаційний пункт
 - реанімаційна машина
 - медична евакуація
 - операційна лікарні
 - тилова база
 - інше (зазначте що саме)
8. Як ви оцінюєте організаційну підтримку під час ротацій? (від 1 до 10)

9. Чи проходили ви спеціальний тренінг або підготовку перед участю у ротаціях?

- так, в лавах ПДМШ
- так, в іншій організації (назвати якій)
- ні

10. Які складнощі або ризики ви зустрічали під час участі у ротаціях?

11. Чи відчували ви психологічну підтримку під час та після ротацій?

12. Який досвід або навички ви здобули під час участі у ротаціях ПДМШ?

13. Наскільки ви задоволені комунікацією з керівництвом та координаторами ПДМШ? (від 1 до 10)

14. Як ви оцінюєте взаємодію та командну роботу між членами ПДМШ під час ротацій? (від 1 до 10)

15. Наскільки безпечно ви почувалися під час виконання обов'язків у ротаціях? (оціночна шкала 1 до 10)

16. Чи плануєте брати участь у майбутніх ротаціях?

17. Які фактори, на вашу думку, найбільше впливають на вашу мотивацію брати участь у ротаціях?

18. Чи брали ви участь в інших медичних формуваннях, що надають допомогу на фронті, до чи після участі в ротаціях ПДМШ

19. Чи служите ви зараз у будь-якому підрозділі Сил оборони України

20. Як ви оцінюєте ефективність медичної допомоги, яку надає ПДМШ?

- 1 – зовсім неефективна
- 2 – скоріше неефективна
- 3 – важко сказати/посередньо
- 4 – скоріше ефективна
- 5 – дуже ефективна

21. Які зміни або покращення, на вашу думку, слід впровадити у діяльності ПДМШ?

ДОДАТОК В

Інтерв'ю-гайди для напівструктурованих інтерв'ю

У додатку наведено переліки запитань, що використовувалися під час проведення напівструктурованих інтерв'ю з керівниками та учасниками добровольчих медичних формувань. Уточнювальні запитання ставилися залежно від відповідей респондента та перебігу інтерв'ю.

Гайд 1. Інтерв'ю з координатором та учасником медичного батальйону «Госпітальєри»

1. Як зараз побудоване управління в «Госпітальєрах»? Хто відповідає за координацію медичних, логістичних, навчальних і адміністративних напрямів?
2. Чи має батальйон постійний склад управління або вся робота здійснюється на волонтерських засадах?
3. Скільки осіб зазвичай залучено до однієї ротації, і як формується команда перед виїздом?
4. Які є основні підрозділи або напрями роботи (медичні бригади, логістика, транспорт, навчання, адміністрація)?
5. Чи є розподіл відповідальності між центральним керівництвом і командирами ротацій?
6. Які правила або стандарти ви використовуєте під час ротацій, наприклад, інструкції, алгоритми, чек-листи, внутрішні протоколи?
7. Як у вас здійснюється звітність після ротацій: письмова, усна, через звіти чи підсумкові зустрічі?
8. Чи проводяться регулярні тренування або навчання для підтримання навичок і злагодженості команд?
9. Хто відповідає за підготовку нових учасників і перевірку їхньої готовності до виїзду?
10. Як ви оцінюєте ефективність роботи команди після ротації (кількість евакуацій, дотримання протоколів, оперативність)?

11. Чи ведеться статистика за кількістю евакуацій, типами допомоги або тривалістю реагування?
12. Чи існують у вас показники, за якими оцінюють ефективність управління або роботи команд (на кшталт внутрішніх KPI)?
13. Як забезпечується соціальний захист добровольців: чи є внутрішнє страхування, підтримка у разі поранення або хвороби?
14. Чи передбачена якась компенсація витрат під час ротацій (транспорт, харчування, засоби захисту)?
15. Як відбувається психологічна або соціальна підтримка після повернення з місій?
16. Які джерела фінансування діяльності батальйону є зараз основними?
17. Хто забезпечує медикаменти, пальне, техніку: централізовано, через донорів, чи кожна команда самостійно?
18. Чи має батальйон офіційні домовленості або меморандуми про співпрацю з державними структурами (МОЗ, МО, ТрО)?
19. Як на практиці відбувається взаємодія з військовими підрозділами під час виконання завдань?
20. На вашу думку, чи потрібен окремий закон або відомчий порядок, який би врегулював діяльність добровольчих медичних формувань?

Гайд 2. Інтерв'ю з керівником Першого добровольчого мобільного шпиталю ім. Миколи Пирогова

1. Загальні відомості про організацію

- Як Як Ви сьогодні визначаєте головну місію та завдання ПДМШ?
- Які напрямки діяльності залишаються незмінними від початку війни, а які зазнали трансформацій?
- Як змінювалася управлінська структура організації у відповідь на потреби фронту та розширення діяльності?
- Які принципи лежать в основі прийняття стратегічних рішень у ПДМШ?

2. Правові аспекти діяльності

- Які основні закони чи нормативні акти регулюють діяльність ПДМШ?
- Які правові прогалини або суперечності Ви вважаєте найбільш критичними для функціонування добровольчих медичних формувань?
- Яким Ви бачите оптимальний правовий статус таких організацій для ефективного залучення до системи медичного забезпечення Сил оборони України?
- Чи потрібне, на Вашу думку, законодавче визначення статусу добровольчих медичних формувань або механізмів їхньої офіційної інтеграції у державну систему?
- Які існують алгоритми та форми взаємодії ПДМШ із МОЗ, Міноборони, Збройними Силами та іншими складовими Сил оборони України?
- Як, на Вашу думку, змінилася б ефективність ПДМШ, якби організація мала офіційний статус військово-медичного партнера держави?

3. Організаційна структура та управління

- Яка модель управління наразі діє у ПДМШ і як вона забезпечує ефективність у прийнятті рішень?
- Які функціональні напрями діяльності є найважливішими для виконання місій шпиталю?
- Як організована координація між керівництвом ПДМШ, медичними командами та підрозділами, що відповідають за логістичне, технічне й адміністративне забезпечення?
- За якими критеріями здійснюється добір нових добровольців і чи існують вимоги щодо підготовки чи кваліфікації кандидатів?
- Чи працюють добровольці безпосередньо на лінії бойового зіткнення, і як визначається ступінь їхньої участі у місіях?
- Чи існують у ПДМШ внутрішні стандарти або інструкції, які регламентують порядок дій під час виконання завдань, наприклад, затверджені алгоритми, чек-листи чи інструкції для команд?

- Які з управлінських практик: чіткі алгоритми дій, регулярні тренування, система оцінювання, ротаційні графіки на Вашу думку, найбільше впливають на стабільність і результативність роботи команд?
- Чи передбачена система матеріальної, психологічної або медичної підтримки добровольців, зокрема у випадках поранення чи складних життєвих ситуацій?

4. Фінансування та ресурси

- Які є основні джерела фінансування ПДМШ сьогодні?
- Як формується, розподіляється та контролюється бюджет ротацій?
- Які заходи здійснюються для фінансової диверсифікації: розширення донорської бази, участі у грантових програмах, залучення партнерів?
- Які механізми фінансової прозорості та внутрішнього контролю використовує організація?
- Як нестабільність фінансування впливає на сталість операцій та кадрову стабільність?

5. Логістика та матеріально-технічне забезпечення

- Як побудована система обліку, постачання та розподілу медичних і технічних ресурсів?
- Які цифрові інструменти чи програми використовуються для управління матеріально-технічними потоками?
- Які труднощі найчастіше виникають у процесі логістичного забезпечення місій?
- Як організація підтримує технічну готовність обладнання та транспорту?

6. Взаємодія з партнерами та іншими суб'єктами

- З якими українськими та міжнародними партнерами ПДМШ підтримує постійну співпрацю?

- Які принципи формують політику партнерських відносин і як вони впливають на стійкість діяльності шпиталю?
- Чи існують спільні ініціативи або взаємодія з іншими добровольчими медичними формуваннями (наприклад, «Госпітальєри»)?
- Як Ви оцінюєте потенціал об'єднання або мережевої співпраці таких формувань для підвищення загальної ефективності системи допомоги?

7. Роль і досвід керівника

- Які управлінські рішення були для Вас найбільш складними в умовах війни?
- Які управлінські принципи допомагають підтримувати дисципліну, координацію та довіру в команді?
- Як Ви мотивуєте людей працювати у високостресових умовах і запобігаєте вигоранню?
- Який досвід ПДМШ, на Вашу думку, може бути корисним для державної системи медицини або оборони?

8. Виклики та перспективи

- Які основні організаційні та правові виклики стоять перед ПДМШ зараз?
- Як Ви бачите перспективи розвитку формувань такого типу після завершення війни?
- Які умови, на Вашу думку, могли б забезпечити ефективну інтеграцію ПДМШ у державну систему охорони здоров'я чи медичного забезпечення сил оборони?

9. Підсумкові питання

- Які зміни у законодавстві чи державній політиці, на Ваш погляд, могли б найбільше підвищити ефективність діяльності добровольчих медичних формувань?
- Які цінності визначають ідентичність ПДМШ і забезпечують його стійкість навіть у найскладніших умовах?

Гайд 3. Інтерв'ю з представником міжнародної медичної гуманітарної організації Medecins sans frontiers (MSF)

1. Ваш досвід у MSF

- Як давно ви співпрацюєте з MSF і в яких місіях брали участь, зокрема в Україні?

2. Медичні функції

- Які саме медичні завдання ви виконуєте під час місії? Як виглядає ваш типовий робочий день?

3. Організація роботи на місії

- Хто координує вашу щоденну роботу? Як розподіляються обов'язки між членами медичної команди?

4. Підготовка перед місією

- Яку підготовку ви проходили перед виїздом? Які навички або знання вважаєте основними для роботи в умовах бойових дій чи гуманітарної кризи?

5. Стандарти і алгоритми роботи

- Які клінічні або організаційні алгоритми ви застосовуєте у своїй роботі (наприклад, алгоритми домедичної допомоги, стабілізації, евакуації, інфекційного контролю)?

6. Взаємодія з логістами та немедичними спеціалістами

- Як ви співпрацюєте з логістами, адміністраторами, координаторами безпеки?

7. Система звітності у межах вашої ролі

- Які дані ви повинні фіксувати під час роботи (пацієнти, діагнози, втручання)?
- Як часто і кому ви передаєте звіти?

8. Забезпечення ресурсами

- Чи достатньо вам медикаментів, обладнання, матеріалів?
- Як відбувається передання потреб керівництву?

9. Безпека персоналу

- Які правила безпеки регулюють вашу роботу?
- Як ухвалюються рішення щодо переміщень у небезпечні зони?

10. Евакуація та маршрути пацієнтів

- Як організовано маршрут пацієнта від моменту звернення до подальшої точки лікування?

11. Командна взаємодія

- Як будується співпраця між лікарями, медсестрами, психологами, фельдшерами?
- Яка атмосфера в команді?

12. Взаємодія з місцевими медичними структурами

- Чи працюєте ви разом з українськими медичними установами або військовими медиками?
- Як це відбувається?

13. Адаптація до умов України

- Чим робота в Україні відрізняється від вашого досвіду в інших країнах (якщо він є)?

14. Оцінка ефективності роботи

- Як у вашій команді оцінюють якість роботи та результативність медичної допомоги?

15. Ваші спостереження

- Що, на вашу думку, є найсильнішими сторонами системи MSF у складних умовах?
- Що, на ваш погляд, можна було б покращити?