

СОЦІАЛЬНА І ГУМАНІТАРНА ПОЛІТИКА

<https://doi.org/10.26565/1684-8489-2026-1-12>
УДК 351.86:658.562:355.12:616.89-08

Васильковський Олександр Тимофійович,
доктор філософії з публічного управління та адміністрування,
начальник відділу психологічного відновлення та реінтеграції
Управління психологічного забезпечення Міністерства оборони України, полковник ЗСУ
проспект Повітряних Сил, 6, м. Київ, 03168, Україна
e-mail: alexvas130280@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6456-7167>

Аймедов Костянтин Володимирович,
доктор медичних наук, професор, психіатр, медичний психолог,
начальник відділу планування та розвитку спроможностей військової медицини –
заступник начальника Військово-медичного управління Міністерства оборони України,
підполковник медичної служби
проспект Повітряних Сил, 6, м. Київ, 03168, Україна
e-mail: psyhotip@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2577-0151>

СПЕЦИФІКАЦІЯ ЯК МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПОСЛУГИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПУБЛІЧНОМУ УПРАВЛІННІ

Анотація. Стаття присвячена науковому обґрунтуванню структури, змісту та ключових проектних рішень Специфікації послуги психологічного відновлення військовослужбовців, розробленої авторами у рамках підготовки пілотного експерименту із закупівлі відповідних послуг за бюджетні кошти за участю Міністерства оборони України. Емпіричною основою дослідження є два нормативних документи: проєкт Постанови Кабінету Міністрів України «Про реалізацію експериментального проєкту щодо вдосконалення системи психологічного відновлення військовослужбовців» разом із Порядком реалізації та проєкт Специфікації послуги психологічного відновлення. Методологічну основу складають модель «структура – процес – результат» А. Донабедіана, теорія «принципал – агент» та концепція knowledge translation I. Грема. Проаналізовано місце Специфікації у нормативній вертикалі пілотного експерименту (постанова → порядок → специфікація → індивідуальний план) та обґрунтовано її потрійну функцію: стандарту якості, інструменту подолання інформаційної асиметрії між замовником і надавачем та «перекладача» доказових клінічних рекомендацій у закупівельні вимоги. Проведено порівняльний аналіз із міжнародними аналогами (Performance Work Statement системи VA/DoD США, NATO AMedP-8.6, NHS England service specifications, канадська модель OSI Clinics, Quality Assurance Policy Міноборони Ізраїлю). Ідентифіковано три оригінальних проектних рішення, що не мають

Як цитувати: Васильковський О. Т., Аймедов К. В. Специфікація як механізм забезпечення якості послуги психологічного відновлення військовослужбовців у публічному управлінні. *Актуальні проблеми державного управління*. 2026. № 1 (68). С. 236–255. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2026-1-12>

In cites: Vasytkovsky, O.T., Aymedov, K.V. (2026). Specification as a Quality Assurance Mechanism for Military Personnel Psychological Recovery Services in Public Administration. *Pressing Problems of Public Administration*, 1 (68), 236–255. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2026-1-12> [in Ukrainian].

© Васильковський О. Т., Аймедов К. В., 2026

 This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0

прямих аналогів: конструкцію «відкритого переліку з доказовим порогом» для психотерапевтичних методів, включення зовнішньої супервізії з подвійною функцією та деталізовані інфраструктурні вимоги з урахуванням специфіки воєнного стану. Обґрунтовано три ключових «точки перекладу» доказових стандартів у закупівельні вимоги: формування переліку методів, побудову системи оцінювання та нормування складу мультидисциплінарної команди.

Ключові слова: специфікація послуги, психологічне відновлення військовослужбовців, публічне управління якістю, пілотний експеримент, доказовий підхід, мультидисциплінарна команда, закупівля послуг.

Постановка проблеми та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. При вирішенні проблеми організації психологічного відновлення військовослужбовців Збройних Сил України – а йдеться про понад мільйон чинних військовослужбовців та сотні тисяч демобілізованих і тих, хто демобілізуватиметься найближчими місяцями відповідно до Закону України «Про мобілізацію» в умовах триваючої повномасштабної війни, з яких, за різними експертними оцінками, від 30 до 50 відсотків потребуватимуть тієї чи іншої форми психологічної допомоги – одним з ключових і досі невіршених питань є питання стандартизації самої послуги.

На наше переконання, стандартизація послуги психологічного відновлення визначається здатністю відповідного нормативного документа – специфікації – дати формалізовану і підтверджену відповідь на цілий ланцюжок взаємопов'язаних запитань: що саме держава купує, коли виділяє бюджетні кошти на психологічне відновлення, з яких обов'язкових компонентів ця послуга складається, якими доказовими методами надається і за якими вимірюваними критеріями оцінюється її результативність. Йдеться, по суті, про «специфікацію як рецепт», а не про «гроші як ліки»: без формалізованого опису змісту послуги будь-яке бюджетне фінансування залишатиметься або непрозорим, коли кошти виділяються без чітких вимог до змісту, або недовірливим, коли вимоги є суто формальними і не відображають реального змісту доказової клінічної практики. Масштаб проблеми при цьому є колосальним: скринінги груп контролю бойового стресу при ротаціях бригад, дані психологічних служб і статистика звернень до цивільних закладів фіксують стійке зростання потреби, а механізм пілотного експерименту із закупівлі послуг за бюджетною програмою 2101020 «Забезпечення діяльності Збройних Сил України» вже задекларований на рівні проекту постанови Кабінету Міністрів України. Однак стандартизований «продукт», який можна було б закуповувати у надавачів різних форм власності із гарантією якості та можливістю верифікації виконання, – відсутній. Вважаємо необхідним, проте не достатнім лише політичне рішення про виділення коштів – без специфікації послуги як інструменту публічного управління якістю таке рішення не забезпечить ні прозорості використання бюджетних ресурсів, ні контрольованої результативності для отримувачів.

Принципово, що зазначена проблема не є виключно українською, хоча саме Україна першою зіткнулася з нею у такому масштабі і з такою гостротою. Поточна безпекова ситуація в Європі – збільшення чисельності збройних сил Фінляндією і Польщею, нарощування оборонних бюджетів країнами Балтії, оголошені Німеччиною і Францією плани щодо посилення обороноздатності, вступ Швеції до НАТО – вказує на те, що проблема масової бойової психотравми та, відповідно, потреби у стандартизованому психологічному відновленні особового складу стане актуальною для значно ширшого кола європейських

країн у разі подальшої ескалації конфлікту з Російською Федерацією, ймовірність якого визнається високою у стратегічних документах Альянсу починаючи з Мадридського саміту НАТО 2022 року. Водночас досвід країн з тривалий час функціонуючими системами ветеранської підтримки – передовсім США та Ізраїлю – переконливо демонструє, що значні і стабільні обсяги фінансування самі по собі не гарантують якості послуг за відсутності детальних специфікацій їх змісту.

Відомі проблеми американської системи Veterans Health Administration, зокрема – скандал 2014 року із фальсифікацією часу очікування у медичних закладах VA, критичні висновки британського Defence Committee щодо невідповідності реабілітаційних послуг реальним потребам ветеранів операцій в Афганістані та Іраку є, на думку авторів, наслідком не стільки браку ресурсів, скільки браку або недостатньої деталізації специфікацій того, що саме надавач зобов'язаний забезпечити і за якими критеріями це перевіряється. Тим самим, для європейських країн, які вже зараз нарощують свої збройні сили і мають готуватися до потенційної потреби у масовому психологічному відновленні, український досвід розробки специфікації послуги набуває не лише порівняльного, а й безпосередньо прикладного значення як один із перших в Європі прецедентів формалізації такої послуги для цілей бюджетної закупівлі в умовах діючого воєнного стану.

Разом з тим слід наголосити, що розробка специфікації послуги психологічного відновлення є задачею, яка не може бути зведена до жодного окремого дисциплінарного поля і лежить на перетині щонайменше трьох з них: а) публічного управління – в частині побудови закупівельного механізму, який долає інформаційну асиметрію між замовником (Міноборони) і надавачем послуги, тобто забезпечує перевірену якість в умовах контрактної моделі, де замовник не керує надавачем безпосередньо, а купує у нього послугу за бюджетні кошти, б) доказової клінічної психології та медицини – в частині відбору науково обґрунтованих методів діагностики (PCL-5, GAD-7, PHQ-9 та ін.) і психотерапії (когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей, тілесно-орієнтовані підходи та ін.) і їх «перекладу» з мови клінічних рекомендацій та настанов (VA/DoD Clinical Practice Guideline, NICE NG116, наказ МОЗ від 13.12.2023 № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню») у мову закупівельних вимог до надавача, в) організаційного проектування – в частині нормування складу і компетенцій мультидисциплінарної команди фахівців, визначення просторових, безпекових та побутових стандартів для надавача з урахуванням специфічних і унікальних для міжнародної практики умов воєнного стану, як-от вимоги до укриття (ДБН В.2.2-5:2023), цілодобова готовність до невідкладної допомоги, харчування за нормами постанови КМУ від 29.03.2002 р. № 426. Вирішення цієї тричленної задачі і є предметом даної статті, в якій авторами обґрунтовуються ключові проектні рішення Специфікації послуги психологічного відновлення військовослужбовців, розробленої у рамках підготовки пілотного експерименту за участю Міністерства оборони України.

Ступінь розробленості проблеми і аналіз останніх досліджень.

Сучасні проблеми забезпечення якості публічних послуг у сфері охорони психічного здоров'я військовослужбовців активно розглядаються у кількох дисциплінарних площинах, які, однак, рідко перетинаються між собою – що, на наше переконання, і є головною перешкодою для побудови цілісного інстру-

менту стандартизації послуги. Класична для управління якістю у сфері охорони здоров'я тріада «структура – процес – результат», запропонована А. Донабедіаном [6] і розвинута згодом С. Кемпбеллом та Дж. Мейнцом [4], залишається найбільш визнаною методологічною рамкою оцінки якості медичних та реабілітаційних послуг. Водночас у контексті публічного управління ця модель потребує доповнення інструментарієм контрактних відносин, розробленим у межах концепції нового публічного менеджменту К. Худом [9] та нового публічного врядування С. Осборном [14], де держава виступає не виконавцем, а замовником послуги із відповідними ризиками інформаційної асиметрії між принципалом і агентом.

Окремий потужний потік досліджень стосується доказового підходу до психологічного відновлення військовослужбовців. Оновлені у 2023 році спільні клінічні настанови Департаменту у справах ветеранів та Міністерства оборони США (VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of PTSD) [18] формують, по суті, еталонний клінічний периметр якості, надаючи сильні рекомендації виключно мануалізованим травмофокусованим психотерапіям – когнітивно-процесуальній терапії, пролонгованій експозиції та десенсибілізації і репроцесуалізації рухом очей (EMDR). Аналогічні за спрямованістю, хоча відмінні за структурою, рекомендації містить стандарт НАТО AMedP-8.6 «Forward Mental Healthcare» (STANAG 2564) [12], який операціоналізує якість психологічних послуг через доктрину PIES (Proximity, Immediacy, Expectancy, Simplicity), жорсткі клінічні таймлайни та обов'язковий моніторинг результатів. Емпіричне підтвердження ефективності такого стандартизованого підходу надає дослідження М. Аракеяна та співавторів [3], які на матеріалі вибірки військовослужбовців з ПТСР продемонстрували статистично значуще зниження симптомів інтрузії, уникнення, гіперзбудливості та депресії при застосуванні протоколів НАТО.

В Україні нормативним фундаментом організації психосоціальної допомоги є наказ МОЗ від 13.12.2023 № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» [2], який легітимізує широкий спектр втручань від індивідуального консультування до психотерапії посттравматичних стресових розладів. Проте, на думку авторів, цей документ, при всій його прогресивності, не містить детальних чи операційно прописних вимог до конкретної послуги для специфічної цільової групи – військовослужбовців із бойовою психотравмою: у ньому відсутні алгоритми оцінки ефективності, часові рамки надання послуги, кількісні нормативи та вимоги до інфраструктури надавача. Окремі аспекти реабілітації комбатантів вивчалися В. Трофименком, О. Акімовим, О. Блудюю та ін. у контексті соціальної роботи, публічного адміністрування та клінічної психології відповідно, проте ці дослідження зосереджуються або на загальнотеоретичних питаннях якості публічних послуг, або на клінічних аспектах відновлення, не торкаючись проблеми «перекладу» доказових стандартів у закупівельну документацію. Концептуальну рамку такого «перекладу» пропонує модель knowledge-to-action I. Грема та співавторів [7], яка описує цикл трансформації наукових знань в управлінські інструменти через послідовні етапи синтезу, адаптації до контексту та імплементації.

Найбільш близьким до предмета даної статті є нещодавнє власне дослідження автора [1], який вперше застосував стейкхолдерський підхід до аналізу пілотного експерименту з психологічного відновлення військовослужбовців в Україні і запропонував чотирирівневу модель узгодження інтересів. Зокрема,

у цій роботі було виявлено структурні розриви в архітектурі експерименту: номінальну участь МОЗ, відсутність формалізованих критеріїв оцінки результативності послуги та брак механізмів зворотного зв'язку від отримувачів. Однак зазначене дослідження зосереджене на інституційній архітектурі пілотного експерименту і не аналізує зміст специфікації послуги як окремого управлінського інструменту. Повчальним у цьому контексті є також досвід Ізраїлю, де стрімке залучення цивільного сектору до відновлення ветеранів ЦАХАЛ після 7 жовтня 2023 року без попередньо встановлених специфікацій призвело, як зафіксовано у спеціальному звіті Державного контролера Ізраїлю [15], до серйозної дисперсії якості послуг та застосування невалідизованих практик.

Таким чином, існує і міжнародна практика специфікацій послуг (Performance Work Statement у системі VA/DoD, STANAG у системі НАТО, Quality Assurance Policy Міноборони Ізраїлю), і доказова база для методів психологічного відновлення, і досвід нормування мультидисциплінарних команд, однак їх інтеграція в єдиний закупівельний документ для конкретного контексту – українських військовослужбовців, воєнного стану, бюджетного фінансування через механізм пілотного експерименту – є оригінальною управлінською задачею, яка потребує окремого наукового обґрунтування і якій присвячена дана стаття.

Метою статті є наукове обґрунтування структури, змісту та ключових проектних рішень Специфікації послуги психологічного відновлення військовослужбовців як інструменту публічного управління якістю, побудованого на засадах доказового підходу, в умовах пілотного експерименту із закупівлі послуг за бюджетні кошти. Подальша аргументація подається у такій логіці:

1. аналіз місця і функцій Специфікації у нормативній вертикалі пілотного експерименту та наукове обґрунтування її ключових проектних рішень – від системи оцінювання і переліку доказових методів до складу мультидисциплінарної команди та інфраструктурних вимог до надавача;

2. інтерпретація Специфікації через визнані теоретичні рамки публічного управління та управління якістю з метою демонстрації методологічної обґрунтованості прийнятих рішень.

Методологія та емпірична база дослідження. Емпіричною основою дослідження є два нормативних документи, розроблених авторами у рамках підготовки пілотного експерименту за участю Міністерства оборони України: проект Постанови Кабінету Міністрів України «Про реалізацію експериментального проекту щодо вдосконалення системи психологічного відновлення військовослужбовців» разом із Порядком реалізації експериментального проекту, а також Специфікація послуги психологічного відновлення військовослужбовців. Перший документ встановлює інституційну рамку експерименту – учасників, механізм фінансування, порядок відбору надавачів та оплати послуг. Другий деталізує зміст послуги – кадрове забезпечення, мінімальний перелік заходів, кількісні нормативи, вимоги до інфраструктури надавача. По суті, Специфікація є тим документом, де загальні положення Порядку набувають операціонального змісту і стають верифікованими.

Для вирішення першого завдання авторами застосовано модель «структура – процес – результат» А. Донабедіана [6] як методологічну рамку аналізу внутрішньої архітектури Специфікації, а також елементи теорії «принципал – агент» для пояснення функцій Специфікації як інструменту подолання ін-

формаційної асиметрії між замовником і надавачем послуги. Для вирішення другого завдання використано концепцію knowledge translation [7] як «рамку» аналізу «перекладу» клінічних рекомендацій (VA/DoD CPG [18], NATO AMedP-8.6 [12], наказ МОЗ № 2118 [2]) у закупівельні вимоги.

Методи дослідження включають: аналіз нормативних документів, порівняльний аналіз із міжнародними аналогами специфікацій послуг (Performance Work Statement системи VA/DoD, стандарти НАТО, Quality Assurance Policy Міноборони Ізраїлю), а також системний аналіз взаємозв'язків між компонентами Специфікації.

Дослідження має, звичайно, і певні обмеження. Напр., специфікація аналізується на етапі проектування, до початку її практичного застосування, що не дозволяє оцінити ефективність прийнятих рішень в реальних умовах. Однак саме на етапі проектування наукове обґрунтування є найбільш затребуваним, оскільки після затвердження документа можливості для його коригування суттєво звужуються.

Виклад основного матеріалу. Передовім визначимося зі специфічним термінологічним апаратом та місцем Специфікації у нормативній архітектурі пілотного експерименту. У статті під «специфікацією послуги» розуміється деталізований нормативно-технічний документ, що визначає обов'язковий зміст, обсяг, методи, кадрові та інфраструктурні вимоги до послуги психологічного відновлення і є невід'ємним додатком до договору між уповноваженим органом Міноборони та надавачем послуги, а під «пілотним експериментом» – дворічний експериментальний проект із закупівлі послуг психологічного відновлення військовослужбовців за рахунок коштів державного бюджету (бюджетна програма 2101020) у надавачів різних форм власності відповідно до проекту Постанови Кабінету Міністрів України «Про реалізацію експериментального проекту щодо вдосконалення системи психологічного відновлення військовослужбовців».

Подальша аргументація подається у такій логіці:

1. розкриття місця Специфікації у нормативній вертикалі пілотного експерименту та обґрунтування її функцій як інструменту подолання інформаційної асиметрії між замовником і надавачем;

2. наукова інтерпретація внутрішньої архітектури Специфікації через модель А. Донабедіана [6] та концепцію knowledge translation І. Грема [7] з порівнянням ключових проектних рішень із міжнародними аналогами.

Для вирішення першого завдання звернемося до аналізу нормативної «вертикалі» пілотного експерименту. Проект Постанови КМУ встановлює загальну рамку: погодження з пропозицією Міноборони, дворічний термін, визначення координатора та зобов'язання щодо звіту за результатами. Порядок реалізації експериментального проекту, затверджений як додаток до Постанови, деталізує механізм – учасників (п. 4), порядок відбору надавачів (пп. 9–13), процедуру направлення військовослужбовців (пп. 14–17), триетапне оцінювання (п. 18), фінансування (пп. 24–29) та моніторинг (п. 30). Однак Порядок свідомо не деталізує зміст самої послуги, делегуючи це Специфікації через пряме посилання у п. 7 («затверджує специфікації») та п. 20 («склад послуги визначається специфікацією»). Таким чином, Специфікація є тим документом, де загальні положення Порядку набувають операціонального змісту, а абстрактні вимоги якості – конкретних вимірюваних параметрів. Нижче по вертикалі знаходиться індивідуальний план послуги (п. 18 Порядку, Додаток 1

до Специфікації) – документ, що формується вже для конкретного отримувача на основі вхідного оцінювання.

По суті, ця чотирирівнева вертикаль – Постанова → Порядок → Специфікація → Індивідуальний план – є інструментом послідовного звуження дискреційного простору надавача. Кожен наступний рівень зменшує інформаційну асиметрію між замовником і надавачем, перетворюючи неспостережувані характеристики послуги у верифіковані: Постанова фіксує політичну волю, Порядок – інституційні правила гри, Специфікація – технічний стандарт того, що саме купується, а Індивідуальний план – персоналізований протокол для конкретного отримувача. Принципово, що без Специфікації ця вертикаль має структурний розрив: Порядок визначає хто, як і за які кошти, але не визначає що – і саме цей розрив створює простір для опортуністичної поведінки надавача.

Тут вважаємо за необхідне зупинитися на порівняльному аналізі підходів до організації та забезпечення якості психологічного відновлення військовослужбовців, що склалися в різних країнах, оскільки жоден з них не є універсальним і кожен відображає специфічну інституційну культуру тієї чи іншої системи оборони та охорони здоров'я. Авторами виділено щонайменше п'ять принципово відмінних моделей.

Перша – модель контрактного управління якістю через Performance Work Statement, що застосовується у системі VA/DoD (США) і базується на жорсткому закупівельному документі з вбудованим планом нагляду за якістю (QASP) та прив'язкою до клінічних настанов [18]. Її головна перевага – максимальна верифікованість кожного елемента послуги; обмеження – надзвичайна бюрократична складність, яка, за висновками Комісії з питань ветеранських справ Сенату США, сама по собі стає бар'єром доступу для невеликих надавачів та створює затримки у наданні допомоги [16]. Друга – модель комісіонування (commissioning), характерна для Національної служби здоров'я Англії (NHS England), де регіональні комісіонери розробляють service specifications для закупівлі послуг у незалежних трастів та приватних провайдерів із прив'язкою до Outcome Frameworks [13]. Перевагою є гнучкість і орієнтація на результат, обмеженням – залежність від кваліфікації самих комісіонерів та складність стандартизації між регіонами. Третя – модель централізованого державного надання, яка домінувала в Ізраїлі до реформи «Nefesh Achat» 2022 року через мережу клінік Департаменту реабілітації Міноборони [15], і яка, як показала практика після 7 жовтня 2023 року, не витримує стрімкого масштабування при різкому зростанні потреби. Четверта – модель спеціалізованих клінік операційного стресу (OSI Clinics) у Канаді, де Department of Veterans Affairs Canada забезпечує мультидисциплінарне лікування ПТСР через мережу з 11 спеціалізованих клінік із жорстко стандартизованим протоколом та обов'язковим застосуванням доказових методів [19]. П'ята – модель, характерна для Республіки Корея та Японії, де психологічне відновлення інтегровано у госпітальну систему збройних сил і надається переважно штатними військовими лікарями без залучення зовнішніх надавачів, що забезпечує контроль, але суттєво обмежує спроможність і різноманітність підходів [10].

На думку авторів, жодна з цих моделей не може бути механічно перенесена на український контекст з двох причин: по-перше, Україна перебуває у стані активного воєнного конфлікту, тоді як усі згадані системи розроблялися для мирного часу або для «малих» операційних контингентів; по-друге,

масштаб потреби (понад мільйон чинних військовослужбовців) виключає і суто централізоване надання (ізраїльський та східноазіатський варіанти), і повну залежність від обмеженої кількості спеціалізованих клінік (канадський варіант). Саме тому обрана для пілотного експерименту контрактна модель із залученням надавачів різних форм власності є, вважаємо, оптимальною за умови наявності детальної специфікації, яка, на відміну від американського PWS, має бути простішою для розуміння і менш бюрократизованою, але, на відміну від ізраїльської практики, – достатньо конкретною, щоб виключити застосування невалідизованих методів.

Зараз перейдемо до вирішення другого завдання – наукової інтерпретації внутрішньої архітектури Специфікації. Авторами проведено систематизацію змісту Специфікації за моделлю А. Донабедіана [6], результати якої наведено у таблиці 1. Ця систематизація демонструє, що Специфікація, хоча і є закупівельним документом, побудована за логікою управління якістю медичної послуги: вона нормує структуру (хто і де надає), процес (що і як надається) та результат (як вимірюється ефективність).

Таблиця 1. Систематизація змісту Специфікації послуги психологічного відновлення за моделлю А. Донабедіана «структура – процес – результат»

Table 1. Classification of the content of the Psychological Recovery Service Specification based on A. Donabedian's "structure-process-outcome" model

Вимір якості за Донабедіаном Quality Measurement According to Donabedian	Розділ Специфікації Specifications Section	Зміст Contents
1) Структура (Structure)	Розділ « К а д р о в е забезпечення та МДК» ²	Мінімальний склад МДК: психологи/психотерапевти (≥ 2), клінічний психолог (≥ 1), психосоціальний працівник (≥ 1), сімейний лікар (≥ 1), медсестра (≥ 1), голова МДК (1). Вимоги до НРК, спеціальностей, документального підтвердження навчань за доказовими програмами
2) Структура (Structure)	Розділ 5 «Вимоги до надавача» (пп. 1–16)	Ліцензія на медичну практику; просторові нормативи (кімнати $\geq 10/14$ м ² , кабінети ≥ 12 м ² , групові ≥ 18 м ² , спортзал ≥ 20 м ²) з посиланнями на ДБН В.2.2-5:2023); харчування за нормами постанови КМУ № 426; цілодобова готовність невідкладної допомоги
3) Процес (Process)	Розділ 3 «Мінімальний зміст послуги» (пп. 1–14)	14 обов'язкових компонентів: психодіагностика (PCL-5, GAD-7, PHQ-9), індивідуальний план, індивідуальні сесії (КПТ, EMDR, тілесно-орієнтована терапія, АСТ, логотерапія та ін.), групова робота, психоедукація, зовнішня супервізія, фізкультурно-оздоровчі та творчі заходи, захист персональних даних
4) Процес (Process)	Розділ 4 «Кількісні нормативи»	Мінімуми для 7- та 14-денного курсу: індивідуальні сесії ($\geq 2 / \geq 3$), групові заняття ($\geq 3 / \geq 5$), фізична активність (3–7 / 6–14 занять), супервізія (групова 1 раз на 2 тижні, індивідуальна за запитом)
5) Результат (Outcome)	Розділ 3, п. 1; п. 18 Порядку	Триетапне оцінювання: вхідне (перші 24 год.) → проміжне (7-й день для 14-денного курсу) → заключне (останні 1–2 дні). Базовий пакет: PCL-5, GAD-7, PHQ-9; додатковий інструментарій за потреби

*Джерело: систематизація О. Васильковського на основі проекту Специфікації послуги психологічного відновлення військовослужбовців та проекту Порядку реалізації експериментального проекту.

*Source: Compiled by O. Vasylykovsky based on the draft Specifications for Psychological Recovery Services for Military Personnel and the draft Procedure for Implementing the Pilot Project.

Дана систематизація дозволяє зробити кілька принципових спостережень. Компонент «структура» є найбільш деталізованим – і це не випадковість, а свідоме проєктне рішення: саме на етапі відбору надавача (пп. 9–13 Порядку) замовник має найбільший ризик потрапити на некваліфікованого виконавця, і структурні вимоги Специфікації виконують функцію вхідного бар'єру, що зменшує цей ризик ще до початку надання послуги. Компонент «процес» побудований за принципом, який автори пропонують називати «відкритим переліком з доказовим порогом»: Специфікація містить конкретний перелік методів із доведеною ефективністю (розділ 3, п. 4), але доповнює його формулою «та інші методи психотерапії з доведеною ефективністю, що мають доказову базу міжнародних досліджень та рекомендовані міжнародними протоколами». За Т. Грінхалф та співавторами [8], які досліджували проблему впровадження доказових практик у складних адаптивних системах, жорстко закритий перелік втручань часто призводить до «паралічу імplementації» – коли формальна відповідність протоколу підмінює клінічне мислення; водночас повністю відкритий перелік, як показує ізраїльський досвід [15], створює простір для псевдонаукових практик. Обрана конструкція, на наше переконання, є спробою знайти баланс між цими крайнощами. Компонент «результат» операціоналізований через стандартизовані валідовані інструменти (PCL-5, GAD-7, PHQ-9), що, як зазначають [5] у контексті рутинного моніторингу результатів (routine outcome monitoring), виконує подвійну функцію – клінічну (зворотний зв'язок для терапевта щодо динаміки стану) і управлінську (підстава для верифікації ефективності послуги замовником). Вибір саме цих інструментів обґрунтовується їх відповідністю наказу МОЗ № 2118 [2], міжнародною валідацією та чутливістю до змін при повторних вимірюваннях.

Для глибшого розуміння проєктних рішень Специфікації авторами проведено порівняльний аналіз із ключовими міжнародними аналогами, результати якого наведено у таблиці 2.

На основі проведеного порівняння авторами зроблено висновок, що українська Специфікація є збалансованим документом, який увібрав переваги різних підходів, і це є логічним наслідком хронології її розробки. Зокрема: а) конструкція «відкритого переліку з доказовим порогом» є гнучкішою за закритий перелік VA/DoD, зберігаючи контроль якості, б) включення зовнішньої супервізії є елементом, який з-поміж розглянутих аналогів у порівнянні формі присутній лише у британській та канадській моделях, але в українському варіанті вона додатково виконує управлінську функцію моніторингу, в) інфраструктурні вимоги з конкретними ДБН-посиланнями та вимогою укриття (ДБН В.2.2-5:2023) не мають аналогів і відображають унікальний контекст надання послуги в умовах діючого воєнного стану. Водночас, як зазначає Р. Ульріх у класичному дослідженні впливу фізичного середовища на результати лікування [17], просторові характеристики закладу є не лише побутовою, а й терапевтичною змінною – що додатково обґрунтовує детальність інфраструктурних вимог Специфікації.

Окремого обґрунтування потребують три найбільш складних проєктних рішення Специфікації, кожне з яких є результатом балансування між суперечливими вимогами.

Таблиця 2. Порівняння ключових елементів Специфікації послуги психологічного відновлення з міжнародними аналогами

Table 2. Comparison of key elements of the Psychological Recovery Service Specification with international counterparts

Елемент специфікації Specification element	Україна (проект Специфікації) Ukraine (Draft Specification)	США (VA/DoD PWS + CPG) United States (VA/DoD PWS + CPG)	NATO (AMedP-8.6) NATO (AMedP-8.6)	Велика Британія (NHS service specification) [13] United Kingdom (NHS service specification) [13]	Канада (OSI Clinics) [17] Canada (OSI Clinics) [17]
Доказова база методів	Відкритий перелік з доказовим порогом: КПТ, EMDR, тілесно-орієнтована, АСТ та ін. + формула «інші з доведеною ефективністю»	Закритий перелік: сильна рекомендація СРТ, РЕ, EMDR; негативна – бензо-діазепіни	Доктрина PIES; рекомендовані trauma-focused CBT, EMDR	Перелік за NICE NG116; outcome-based commissioning	Стандартизований протокол на основі CPG
Діагностичний інструментарій	Базовий пакет PCL-5, GAD-7, PHQ-9 + додатковий за потреби	PCL-5, PHQ-9; CAPS-5 для досліджень	EPINATO, Mental Health Advisory Team	Outcome frameworks; IAPT dataset	PCL-5, PHQ-9 як стандарт
Кадрове забезпечення	МДК з 6 позицій; компетентнісний підхід; допуск ЦПД	Кваліфікаційний ценз: ABMS, NLN	Вимоги за Roles 1–4	Skill-mix за NICE guidelines	Мульти-дисциплінарна команда; штатні фахівці
Зовнішня супервізія	Групова 1/2 тижні + індивідуальна за запитом + щомісячний звіт	Peer review; clinical oversight	Не деталізовано	Clinical supervision policy	Обов'язкова клінічна супервізія
Інфраструктурні вимоги	Метражі, ДБН-посилання, укриття, харчування за військовими нормами	ADA compliance, VA standards	Вимоги за Role 1–3	CQC standards	Стандарти DVA facilities
Моніторинг якості	Перевірки Міноборони (п. 30); перерахунок відшкодування	QASP; фінансові санкції	Outcome Monitoring	CQC inspections; outcome-based payment	Щоквартальні звіти; peer audit

*Джерело: порівняльний аналіз О. Васильковського на основі проекту Специфікації, VA/DoD CPG 2023 [18], NATO AMedP-8.6 [12], NHS England Commissioning Framework [13], Canadian OSI Program [19].

*Source: Comparative analysis by O. Vasylykovsky based on the draft Specification, VA/DoD CPG 2023 [18], NATO AMedP-8.6 [12], NHS England Commissioning Framework [13], and the Canadian OSI Program [19].

Перше – допуск цивільно-правових договорів для залучення фахівців МДК (розділ 2 Специфікації). Це рішення розширює пул потенційних надавачів в умовах гострого кадрового дефіциту воєнного часу, але одночасно ускладнює контроль якості. Специфікація компенсує цей ризик через компетентнісний підхід: вимоги сформульовані не через стаж чи посаду, а через НРК + спеціальність + документальне підтвердження навчань за доказовими програмами. Як зазначають [11], саме компетентнісний, а не статусний підхід до формування команди є визначальним фактором її результативності.

По суті, для Специфікації не має значення, яким чином фахівець пов'язаний з надавачем – має значення лише те, що він вміє і чим це підтверджено.

Друге – кількісні нормативи (розділ 4 Специфікації), сформульовані як мінімуми («не менше 2-х сесій за курс», «не менше 3-х сесій за курс»). Це рішення є результатом перетину двох логік: клінічної – де мінімум визначається мінімальною терапевтичною дозою, та управлінської – де мінімум є одиницею, що верифікується (перевіряється) при перевірці виконання договору (п. 30 Порядку) і слугує підставою для розрахунку тарифу (пп. 24–25 Порядку). Формулювання через мінімуми, а не через фіксовані обсяги, зберігає професійну автономію МДК відповідно до п. 20 Порядку.

Третє – харчування за нормами постанови КМУ від 29.03.2002 р. № 426 (розділ 5, п. 11 Специфікації). Це рішення виходить за межі суто побутового забезпечення: збереження військового стандарту харчування навіть у цивільному закладі є інструментом підтримки ідентичності і статусу військовослужбовця в період, коли він перебуває поза межами частини у формі службового відрядження (п. 16 Порядку).

Для ілюстрації практичної значущості Специфікації як управлінського інструменту змодельовано реалістичну ситуацію початку пілотного експерименту. Припустимо, що Постанова КМУ набула чинності у березні 2026 року, і відповідно до п. 4(2) Міноборони має не пізніше ніж за два місяці розробити і затвердити нормативно-правові акти, визначені Порядком, – тобто до травня 2026 року. Координатор від Міноборони стикається з такою послідовністю управлінських задач: спочатку – затвердження Специфікації, тарифів, примірного договору та методичних рекомендацій щодо відбору військовослужбовців (п. 7 Порядку); далі – уповноважений орган формує оголошення про укладення договорів (п. 11), і перші надавачі подають заяви в електронній формі (п. 12) з десятиденним строком розгляду (п. 13). Вже на цьому етапі Специфікація працює як фільтр: надавач, який не має ліцензії на медичну практику зі спеціальностями «загальна практика – сімейна медицина» та «медична психологія» (розділ 5, п. 1 Специфікації), або не здатний забезпечити укриття відповідно до ДБН В.2.2-5:2023 (розділ 5, п. 13), відсіюється ще до укладення договору.

Паралельно групи контролю бойового стресу проводять скринінг під час ротацій бригад (п. 14 Порядку), офіцери-психологи формують рекомендації, а командири видають направлення (п. 16). Перші отримувачі прибувають до надавача, де протягом 24 годин багатодисциплінарна команда проводить вхідне оцінювання за базовим пакетом PCL-5, GAD-7, PHQ-9 і формує індивідуальний план (п. 18 Порядку, розділ 3, п. 1 та п. 3 Специфікації).

Координатор Міноборони при цьому не втручається у клінічний процес, однак має дві «точки контролю»: щомісячний звіт надавача (п. 27 Порядку) та щомісячний звіт зовнішнього супервізора (розділ 3, п. 7 Специфікації) – по суті, два незалежних джерела інформації про якість послуги, що суттєво зменшують інформаційну асиметрію. Якщо за результатами моніторингу (п. 30 Порядку) виявлено відхилення – наприклад, надавач проводив менше двох індивідуальних сесій за 7-денний курс (що порушує мінімум, встановлений розділом 4 Специфікації) – здійснюється перерахунок розміру відшкодування, а у разі систематичних порушень – припинення договору (п. 31). Без Специфікації жоден з цих управлінських кроків не був би можливим, оскільки не існувало б перевіреного стандарту, відносно якого можна оцінити відхилення.

Зараз перейдемо до інтерпретації Специфікації через визнані теоретичні рамки публічного управління та управління якістю. На наше переконання, ця інтерпретація є необхідною не стільки для академічної повноти, скільки для того, щоб продемонструвати: кожне проєктне рішення Специфікації – від вибору конкретних психодіагностичних інструментів до визначення мінімальної площі кабінету для індивідуальної роботи – є не довільним, а таким, що випливає з методологічно обґрунтованої логіки.

Автором пропонується функціональна модель такої специфікації як адекватного нинішньому часу інструменту публічного управління якістю послуги, яка інтегрує три теоретичні рамки: а) модель «структура – процес – результат» А. Донабедіана як «рамку» внутрішньої архітектури Специфікації, б) теорію «принципал – агент» як рамку пояснення зовнішніх функцій Специфікації у відносинах між замовником (Міноборони через уповноважений орган) і надавачем, в) концепцію knowledge translation I. Грема та співавторів як рамку пояснення механізму «перекладу» клінічних рекомендацій у закупівельні вимоги. Ці три рамки не є паралельними – вони діють на різних рівнях однієї і тієї ж управлінської конструкції, і саме їх поєднання дозволяє побачити Специфікацію не як технічний документ, а як складний управлінський інструмент, що одночасно виконує кілька функцій. Графічна візуалізація цієї моделі наведена на рис. 1.

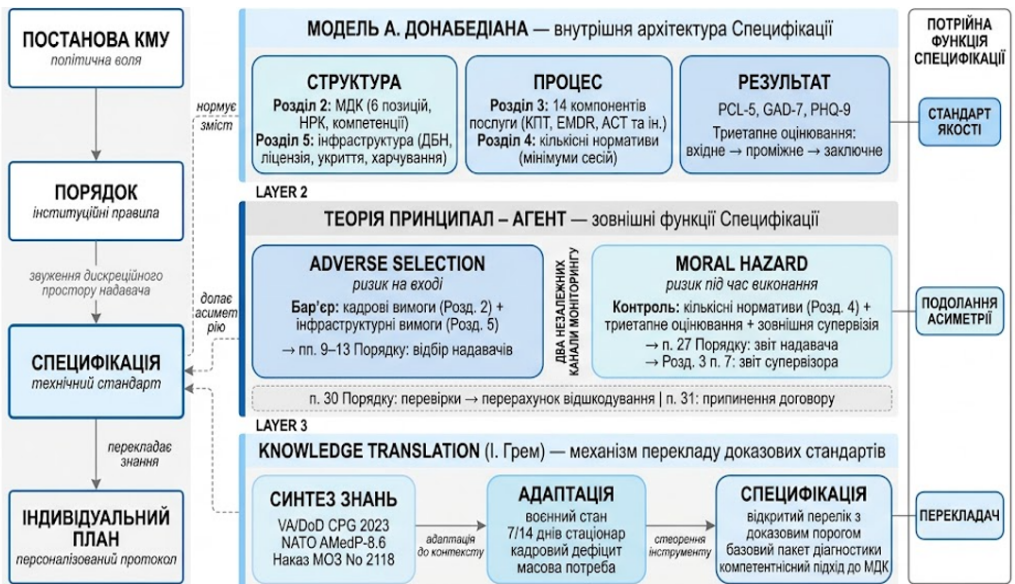


Рис. 1. Функціональна модель Специфікації послуги психологічного відновлення як інструменту публічного управління якістю (три інтегровані теоретичні рамки)

Fig. 1. Functional model of the Psychological Recovery Service Specification as a public quality management tool (three integrated theoretical frameworks)

*Джерело: розробка К. Аймедова.

*Source: developed by K. Aymedov.

Розглянемо кожну з теоретичних рамок у прив'язці до конкретних положень проєкту Порядку реалізації експериментального проєкту та проєкту Специфікації.

Модель А. Донабедіана як рамка внутрішньої архітектури. За цією моделлю будь-яка система забезпечення якості медичної чи реабілітаційної послуги описується через три виміри: структуру (ресурси, які забезпечують надання), процес (дії, що здійснюються під час надання) та результат (наслідки надання для отримувача). Проведений авторами аналіз (див. Таблицю 1 вище) засвідчив, що Специфікація побудована саме за цією логікою, хоча й не посиається на Донабедіана явно. Принципово, що ця відповідність не є випадковою: при розробці Специфікації автори виходили з того, що закупівельний документ має нормувати не лише «що купується» (перелік заходів), а й «чим забезпечується» (кадри, інфраструктура) і «як вимірюється результат» (діагностичний інструментарій, триетапне оцінювання) – і ця потрійна вимога природно відтворює донабедіанівську тріаду.

Однак вважаємо необхідним зазначити, що класична модель Донабедіана має обмеження у контексті закупівельних відносин: вона описує якість послуги «зсередини», з позиції клінічної системи, але не пояснює, яким чином ця якість стає спостережуваною для зовнішнього замовника. По суті, Донабедіан відповідає на запитання «з чого складається якісна послуга», але не відповідає на запитання «як замовник дізнається, що послуга є якісною». Саме тут виникає потреба у другій теоретичній рамці.

Теорія «принципал – агент» як рамка зовнішніх функцій Специфікації. У контексті пілотного експерименту Міноборони (через уповноважений орган) виступає принципалом – суб'єктом, який делегує надання послуги агенту (надавачу) і оплачує її за бюджетні кошти. Класична проблема цих відносин – інформаційна асиметрія: надавач завжди знає більше про реальну якість того, що він робить, аніж замовник. Ця асиметрія проявляється у двох формах: 1) «несприятливий відбір» (англ. *adverse selection*) – у першу чергу, це про ризик обрати некваліфікованого надавача на етапі укладення договору та 2) «моральний ризик» (ризик зниження якості після укладення договору, коли контракт вже діє).

Специфікація є інструментом подолання обох форм асиметрії, і це, на думку авторів, є її ключовою управлінською функцією, яка виходить за межі суто технічного опису послуги. Проти *adverse selection* працюють вимоги розділу 2 (кадрове забезпечення: конкретні вимоги до НРК, спеціальностей, документального підтвердження компетенцій) та розділу 5 (інфраструктурні вимоги: ліцензія, метражі, ДБН-посилання, наявність укриття) – вони створюють вхідний бар'єр, що відсіює некваліфікованих надавачів ще на етапі подання заяви (п. 12 Порядку) і розгляду документів уповноваженим органом (п. 13 Порядку, десятиденний строк). Проти «морального ризику» працюють кількісні нормативи розділу 4 (мінімуми індивідуальних сесій, групових занять, фізкультурно-оздоровчих заходів), триетапне оцінювання за стандартизованими інструментами (розділ 3, п. 1) та зовнішній нагляд (розділ 3, п. 7) – вони роблять процес надання послуги спостережуваним для замовника через щомісячні звіти надавача (п. 27 Порядку), звіти супервізора (розділ 3, п. 7 Специфікації) та перевірки Міноборони (п. 30 Порядку). Принципово, що ці два канали моніторингу – внутрішній (звіт надавача) і зовнішній (звіт супервізора) – є незалежними один від одного, що суттєво зменшує можливість маніпулювання інформацією з боку агента.

Слід окремо наголосити на ролі тарифного механізму у подоланні «морального ризику». Відповідно до пп. 24–25 Порядку, оплата здійснюється шляхом відшкодування за фактично наданий обсяг послуг на підставі тарифів, затверджених Міноборони, з можливістю коригувальних коефіцієнтів залежно від складності випадку. Кількісні нормативи Специфікації (розділ 4) у цьому контексті виконують функцію «нижньої межі» – мінімального обсягу послуги, за який здійснюється оплата. Якщо за результатами моніторингу (п. 30 Порядку) виявлено, що фактичний обсяг послуги нижчий за мінімум, встановлений Специфікацією, здійснюється перерахунок відшкодування, а надавач зобов'язаний повернути надмірно сплачені кошти протягом п'яти днів з моменту отримання вимоги. У разі систематичних порушень договір припиняється (п. 31 Порядку). Без Специфікації жоден із цих механізмів контролю не мав би точки відліку – не існувало б стандарту, відносно якого можна визначити «відхилення».

Концепція «переклад знань» (англ. knowledge translation) – це як своєрідна «рамка» «перекладу» доказових стандартів. Третя теоретична рамка пояснює, мабуть, найскладнішу частину Специфікації – яким чином клінічні рекомендації, розроблені міжнародними організаціями та науковими спільнотами (VA/DoD CPG, NATO AMedP-8.6, наказ МОЗ від 13.12.2023 № 2118), трансформуються у конкретні закупівельні вимоги. За моделлю «knowledge-to-action cycle» І. Грема, цей процес включає щонайменше три етапи: синтез знань (визначення доказової бази), адаптацію до контексту (врахування специфіки цільової групи, інституційного середовища, ресурсних обмежень) та створення інструменту (формулювання вимог у формі, придатній для контрактних відносин).

Далі, автором ідентифіковано три ключових «точки перекладу» у Специфікації, де цей цикл реалізується найбільш наочно.

Перша точка перекладу – формування переліку психотерапевтичних методів (розділ 3, п. 4 Специфікації). На етапі синтезу знань авторами було визначено перелік методів із найвищим рівнем доказовості за міжнародними настановами: когнітивно-поведінкова терапія у різних модифікаціях (включно з травмофокусованою КПТ, когнітивно-процесуальною терапією, наративно-експозиційною терапією, пролонгованою експозицією), «десенсибілізація» і «репроцесуалізація» рухом очей, терапія прийняття та відповідальності, тілесно-орієнтована терапія та інші методи з підтвердженою ефективністю. На етапі адаптації до контексту було враховано: стаціонарний формат надання (7 або 14 днів), багатодисциплінарний склад команди, наявність як психологів, так і лікарів у команді, а також необхідність поєднання високоінтенсивних (індивідуальна психотерапія) та низькоінтенсивних (психоедукація, групова підтримка, навички саморегуляції) втручань – з урахуванням того, що отримувачі перебувають у різних станах і не всі потребують глибокої травмофокусованої терапії вже з першого дня. На етапі створення інструменту було прийнято рішення про конструкцію «відкритого переліку з доказовим порогом» – конкретний перелік методів доповнений формулою «та інші методи з доведеною ефективністю, що мають доказову базу міжнародних досліджень та рекомендовані міжнародними протоколами». Ця формула, по суті, є контрактним еквівалентом клінічної рекомендації: вона не обмежує фахівця конкретним закритим списком, але встановлює доказовий поріг, нижче якого метод не може бути використаний у межах послуги, що оплачується за бюджетні кошти.

Друга точка перекладу – формування системи оцінювання (розділ 3, п. 1 Специфікації у зв'язці з п. 18 Порядку). Синтез знань: обрано базовий пакет з трьох інструментів – PCL-5 (посттравматичний стресовий розлад), GAD-7 (генералізований тривожний розлад), PHQ-9 (депресія) – які є найбільш перевіреними у міжнародній практиці, відповідають наказу МОЗ № 2118 і є достатньо компактними для проведення без спеціалізованого психолога-діагноста. Адаптація до контексту: триетапність оцінювання (вхідне протягом перших 24 годин → проміжне на 7-й день для 14-денного курсу → заключне в останні 1–2 дні) синхронізована з логікою Порядку: вхідне оцінювання є підставою для формування індивідуального плану (п. 18(1)), проміжне – для коригування плану (п. 18(2)), заключне – для формування рекомендацій подальшого супроводу (п. 18(3)) та, одночасно, для включення у звіт про надані послуги, який надавач подає уповноваженому органу до 5-го числа кожного місяця (п. 27 Порядку). Створення інструменту: конструкція «базовий пакет + додатковий інструментарій за потреби» дозволяє забезпечити порівнянність результатів між різними надавачами (всі використовують однаковий базовий пакет) і водночас зберегти можливість індивідуалізації діагностики (додаткові інструменти за клінічним рішенням МДК).

Третя точка перекладу – це уже нормування складу багатодисциплінарної команди (розділ 2 Специфікації). Синтез знань: мінімальний склад МДК визначено на основі аналізу функціональної необхідності кожної позиції для забезпечення повного циклу послуги – від психодіагностики до фізкультурно-оздоровчих заходів і невідкладної допомоги. Адаптація до контексту: допуск залучення фахівців на підставі цивільно-правових договорів (а не лише штатних працівників) є відповіддю на гострий кадровий дефіцит воєнного часу; включення психосоціального працівника як окремої позиції для низькоінтенсивних втручань (підготовка і супровід отримувачів до і після сесій психолога чи психотерапевта, психоедукація, навігація в системі допомоги) відображає етапність, закладену у самій логіці курсу – від стабілізації до опрацювання переживань і далі до розвитку стресостійкості (розділ 3, п. 3 Специфікації). Створення інструменту: вимоги до кожної позиції сформульовані через компетентнісний підхід – НРК + спеціальність + документальне підтвердження навчань за доказовими програмами – а не через стаж чи посадову назву, що робить їх перевіряємими і водночас достатньо гнучкими для різних організаційних форм надавачів.

Графічна візуалізація трьох точок перекладу та їх зв'язку з компонентами Специфікації і Порядку наведена на рис. 2.

Таким чином, проведена інтерпретація засвідчує, що Специфікація не є простим технічним описом послуги, а являє собою складний управлінський інструмент, який одночасно виконує три функції: функцію стандарту якості (за Донабедіаном – нормування структури, процесу і результату), функцію подолання інформаційної асиметрії (за теорією «принципал – агент» – вхідний бар'єр проти т.зв. «несприятливого відбору», система моніторингу проти т.зв. «морального ризику») та функцію «перекладача» (за Гремом – це трансформація доказових клінічних рекомендацій у мову контрактних зобов'язань, зрозумілу і для замовника, і для надавача). Вважаємо, що саме ця потрібна функціональність робить Специфікацію ключовим – і досі відсутнім – елементом інституційної архітектури пілотного експерименту з психологічного відновлення військовослужбовців.

ЦИКЛ KNOWLEDGE-TO-ACTION (І. Грем): ТРИ ТОЧКИ ПЕРЕКЛАДУ ДОКАЗОВИХ СТАНДАРТІВ У ЗАКУПІВЕЛЬНІ ВИМОГИ СПЕЦИФІКАЦІЇ

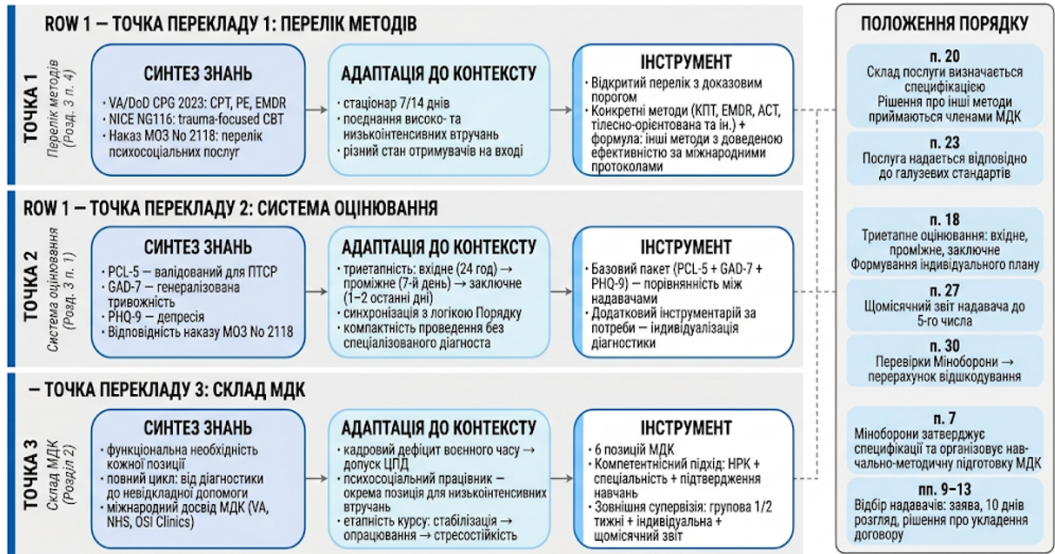


Рис. 2. Цикл «перекладу» доказових стандартів у закупівельні вимоги Специфікації (за моделлю knowledge-to-action І. Грема): три ключових точки перекладу та їх зв'язок із положеннями Порядку реалізації експериментального проекту

Fig. 2. The cycle of “translating” evidentiary standards into procurement requirements in the Specifications (based on I. Graham’s knowledge-to-action model): three key points of translation and their connection to the provisions of the Procedure for Implementing the Pilot Project

*Джерело: розробка К. Аймедова.

*Source: developed by K. Ayumedov.

Висновки з даного дослідження та перспективи подальших досліджень. На підставі проведеного дослідження авторами сформульовано такі висновки.

1) По-перше, Специфікація послуги психологічного відновлення військовослужбовців є не простим технічним додатком до договору, а ключовим і досі відсутнім елементом інституційної архітектури державної закупівлі реабілітаційних послуг в Україні. Проведена автором інтерпретація через три інтегровані теоретичні рамки (модель Донабедіана, теорія «принципал – агент», концепція knowledge translation) засвідчила, що Специфікація одночасно виконує потрійну функцію: стандарту якості (нормування структури, процесу і результату), інструменту подолання інформаційної асиметрії між замовником і надавачем (вхідний бар'єр проти adverse selection, два незалежних канали моніторингу проти moral hazard) та «перекладача» доказових клінічних рекомендацій у мову контрактних зобов'язань. Без цього документа нормативна вертикаль пілотного експерименту – Постанова → Порядок → Специфікація → Індивідуальний план – має структурний розрив, що робить контроль якості неможливим.

2) По-друге, слід наголосити, що розробка даної Специфікації не є ізолюваним академічним проектом, а є результатом неопублічної системної роботи, яка велася у Міністерстві оборони України протягом останніх 1-2 років.

Автор як безпосередній учасник цього процесу може засвідчити, що ідея закупівлі послуг психологічного відновлення у надавачів різних форм власності за бюджетні кошти пройшла тривалий шлях – від перших концептуальних обговорень у 2021–2023 роках, через формування робочих груп та аналіз міжнародного досвіду, до підготовки проєкту Постанови Кабінету Міністрів України та розробки власне Специфікації як її невід’ємного технічного додатку. Ці напрацювання мають, на наше переконання, реалістичну перспективу імплементації у 2026 році, і саме ця перспектива зумовила необхідність наукового обґрунтування прийнятих проєктних рішень до моменту затвердження документа – оскільки після затвердження можливості для коригування суттєво звужуються.

3) По-третє, проведений порівняльний аналіз з міжнародними аналогами (Performance Work Statement системи VA/DoD, NATO AMedP-8.6, NHS England service specifications, канадська модель OSI Clinics, Quality Assurance Policy Міноборони Ізраїлю) дозволив констатувати, що українська Специфікація є збалансованим документом, який увібрав переваги різних підходів і водночас містить елементи, що не мають прямих аналогів у міжнародній практиці. Зокрема, конструкція «відкритого переліку з доказовим порогом» для психотерапевтичних методів, включення зовнішньої супервізії з подвійною – клінічною та управлінською – функцією, а також деталізовані інфраструктурні вимоги з урахуванням специфіки воєнного стану (укриття за ДБН В.2.2-5:2023, харчування за військовими нормами постанови КМУ № 426) є оригінальними проєктними рішеннями, які відображають унікальний контекст, в якому Україна змушена розбудовувати систему психологічного відновлення – контекст активного воєнного конфлікту з масовою потребою та обмеженими інституційними ресурсами.

4) По-четверте, і це, мабуть, найважливіше – сам факт нинішньої розробки та наукового обґрунтування Специфікації дозволяє побачити і зафіксувати деякі речі, які без цього документа залишалися б непомітними і, мабуть, втраченими. Специфікація робить видимою різницю між «надавати психологічну допомогу» і «надавати послугу психологічного відновлення за визначеним стандартом» – різницю, яка є важливою для публічного управління, оскільки лише стандартизовану послугу можна закуповувати, верифікувати і масштабувати. Вона також робить видимими конкретні точки напруги між стандартизацією і професійною автономією, між контролем якості і доступністю послуги, між військовим і цивільним підходами до організації допомоги – точки, які потребують подальшого наукового аналізу вже на основі емпіричних даних функціонуючого експерименту.

Подальші дослідження вбачаються доцільними у напрямі наукового супроводу реалізації пілотного експерименту після затвердження Постанови КМУ, зокрема – аналізу практики застосування Специфікації різними надавачами, формування порогових значень ефективності послуги на основі зібраних даних триетапного оцінювання (PCL-5, GAD-7, PHQ-9) та порівняльного аналізу результатів 7- і 14-денних курсів, що створить емпіричну базу для вдосконалення Специфікації за результатами першого року експерименту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Васильковський О. Т. Стейкхолдерський підхід у публічному управлінні пілотним експериментом із відновлення психічного здоров'я військовослужбовців в Україні. *Державне будівництво*. 2025. № 2 (38). С. 443–465. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-2-28>

2. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2023 № 2118. Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 25.01.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text>
3. Arakelyan M., Harutyunyan G., Khachatryan N. Compliance with the NATO Standards in the Field of Psychological Assistance for the Servicemen with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Statistics in Medical Research*. 2021. Vol. 10. P. 96–104. <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2021.10.13>
4. Campbell S. M., Roland M. O., Buetow S. A. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51, No. 11. P. 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
5. Carlier I., van Eeden W. Routine Outcome Monitoring in Mental Health Care and Particularly in Addiction Treatment: Evidence-Based Clinical and Research Recommendations. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2017. №8/4. <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000332>
6. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988. Vol. 260, No. 12. P. 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089036>
7. Graham I. D., Logan J., Harrison M. B., Straus S. E., Tetroe J., Caswell W., Robinson N. Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006. Vol. 26, No. 1. P. 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
8. Greenhalgh T., Wherton J., Papoutsi C., Lynch J., Hughes G., A'Court C., Shaw S. Beyond adoption: A new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health technologies. *Journal of Medical Internet Research*. 2017. Vol. 19, No. 11. e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
9. Hood C. A public management for all seasons? *Public Administration*. 1991. Vol. 69, No. 1. P. 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
10. Kim S. J., Park J. H. Military Mental Health Service Delivery in the Republic of Korea: Structure, Challenges, and Reform Directions. *Military Medicine*. 2022. Vol. 187, No. 9–10. P. e1124–e1130. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab538>
11. Nancarrow S. A., Booth A., Ariss S., Smith T., Enderby P., Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. 2013. Vol. 11, No. 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
12. NATO Allied Medical Publication AMedP-8.6 Forward Mental Healthcare (STANAG 2564). NATO Standardization Office. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/03_AMEDP/AMedP-8.6_EDB_V1_E_2564.pdf
13. NHS England. Service Specification for Adult Secure Mental Health Services. NHS Standard Contract. 2023. URL: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/>
14. Osborne S. P. *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London : Routledge, 2010. 432 p.
15. State Comptroller of Israel. The Nefesh Achat (One Soul) Reform – the Ministry of Defense's Treatment of the Disabled from the IDF and the Israel Security Forces : Special Report. 2024. URL: <https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2024/2024.01-74A/EN/2024-74A-401-Nefesh1-Taktzir-EN.pdf>
16. U.S. Senate Committee on Veterans' Affairs. Review of Veterans' Access to Mental Health Services Under Community Care : Hearing Report, 118th Congress. Washington, 2024.
17. Ulrich R. S. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984. Vol. 224, No. 4647. P. 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
18. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 Guideline. *Annals of Internal Medicine*. 2023. Vol. 179, No. 7. P. 961–969. <https://doi.org/10.7326/M23-2757>
19. Veterans Affairs Canada. Operational Stress Injury (OSI) Clinics: Service Delivery Model. Government of Canada. 2023. URL: <https://www.veterans.gc.ca/eng/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/operational-stress-injury-clinics>

Конфлікт інтересів.

Автори заявляють, що конфлікту інтересів щодо публікації цього рукопису немає.

Стаття надійшла до редакції 30.03.2026 р.

Стаття рекомендована до друку 02.05.2026 р.

Опубліковано 30.05.2026 р.

Vasytkovsky Oleksandr Tymofiyovych,

Head of the Department of Psychological Recovery and Reintegration of the Department of Psychological Support of the Ministry of Defense, Doctor of Philosophy in Public Management and Administration, colonel

6, Air Force Avenue, Kyiv, 03168, Ukraine

e-mail: alexvas130280@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6456-7167>

Aimedov Kostyantyn Volodymyrovych,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Psychiatrist, Medical Psychologist, Head of the Department of Planning and Development of Military Medicine Capabilities - Deputy Head of the Military Medical Directorate of the Ministry of Defense of Ukraine, Lieutenant Colonel of the Medical Service

6, Air Force Avenue, Kyiv, 03168, Ukraine

e-mail: psyhotip@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2577-0151>

SPECIFICATION AS A QUALITY ASSURANCE MECHANISM FOR MILITARY PERSONNEL PSYCHOLOGICAL RECOVERY SERVICES IN PUBLIC ADMINISTRATION

Abstract. The article provides a scientific substantiation of the structure, content, and key design decisions of the Specification for military personnel psychological recovery services, developed by the authors as part of the preparation of a pilot experiment for procuring such services using state budget funds with the participation of the Ministry of Defence of Ukraine. The empirical basis comprises two regulatory documents: the draft Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine 'On the Implementation of the Experimental Project for Improving the System of Psychological Recovery of Military Personnel' together with its Implementation Procedure, and the draft Specification for psychological recovery services. The methodological framework integrates Avedis Donabedian's "structure – process – outcome" model, principal-agent theory, and Ian Graham's knowledge translation concept. The study analyses the position of the Specification within the regulatory vertical of the pilot experiment (Resolution → Procedure → Specification → Individual Plan) and substantiates its triple function: a quality standard, an instrument for overcoming information asymmetry between the commissioning body and the service provider, and a "translator" of evidence-based clinical recommendations into procurement requirements. A comparative analysis with international analogues was conducted, including the VA/DoD Performance Work Statement (USA), NATO AMedP-8.6, NHS England service specifications, the Canadian OSI Clinics model, and the Israeli Ministry of Defence Quality Assurance Policy. Three original design solutions with no direct international analogues were identified: the "open list with an evidence-based threshold" construct for psychotherapeutic methods, the inclusion of external supervision with a dual clinical and managerial function, and detailed infrastructure requirements accounting for active wartime conditions, including shelter provisions under Ukrainian building codes. Three key "translation points" from evidence-based standards to procurement requirements were substantiated: the formation of the methods list, the design of the assessment system, and the specification of multidisciplinary team composition and competencies.

Keywords: service specification, military personnel psychological recovery, public quality management, pilot experiment, evidence-based approach, multidisciplinary team, service procurement.

REFERENCES

1. Vasytkivskiy, O. T. (2025). Stakeholder approach in public management of a pilot experiment for psychological recovery of military personnel in Ukraine. *State Formation*, 2(38), 443–465. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-2-28> [in Ukrainian]
2. Ministry of Health of Ukraine. (2023). On the organization of psychosocial assistance to the population: Order No. 2118 of 13.12.2023. Registered at the Ministry of Justice of Ukraine 25.01.2024. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text> [in Ukrainian]
3. Arakelyan, M., Harutyunyan, G., & Khachatryan, N. (2021). Compliance with the NATO Standards in the Field of Psychological Assistance for the Servicemen with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Statistics in Medical Research*, 10, 96–104. <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2021.10.13>

4. Campbell, S.M., Roland, M.O., & Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
5. Carlier I., van Eeden W. Routine Outcome Monitoring in Mental Health Care and Particularly in Addiction Treatment: Evidence-Based Clinical and Research Recommendations. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2017. №8/4. <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000332>
6. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089036>
7. Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
8. Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., & Shaw, S. (2017). Beyond adoption: A new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
9. Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
10. Kim, S.J., & Park, J.H. (2022). Military Mental Health Service Delivery in the Republic of Korea: Structure, Challenges, and Reform Directions. *Military Medicine*, 187(9–10), e1124–e1130. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab538>
11. Nancarrow, S.A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
12. NATO Standardization Office. (n.d.). Allied Medical Publication AMedP-8.6 Forward Mental Healthcare (STANAG 2564). https://www.coemed.org/files/stanags/03_AMEDP/AMedP-8.6_EDB_V1_E_2564.pdf
13. NHS England. (2023). Service Specification for Adult Secure Mental Health Services. NHS Standard Contract. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/>
14. Osborne, S.P. (2010). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Routledge.
15. State Comptroller of Israel. (2024). The Nefesh Achat (One Soul) Reform – the Ministry of Defense's Treatment of the Disabled from the IDF and the Israel Security Forces. Special Report. <https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2024/2024.01-74A/EN/2024-74A-401-Nefesh1-Taktzir-EN.pdf>
16. U.S. Senate Committee on Veterans' Affairs. (2024). Review of Veterans' Access to Mental Health Services Under Community Care. Hearing Report, 118th Congress.
17. Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
18. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. (2023). Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 179(7), 961–969. <https://doi.org/10.7326/M23-2757>
19. Veterans Affairs Canada. (2023). Operational Stress Injury (OSI) Clinics: Service Delivery Model. Government of Canada. <https://www.veterans.gc.ca/eng/health-support/mental-health-and-wellness/understanding-mental-health/operational-stress-injury-clinics>

Conflict of interest.

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

The article was received by the editors 30.03.2026.

The article is recommended for printing 02.05.2026.

Published 30.05.2026.