

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2011  
УДК 614.88.001.86 (4)

## Аналіз досвіду функціонування служб екстреної медичної допомоги за умов надзвичайних ситуацій деяких європейських країн

С.О.Гур'єв, Р.А.Шевченко

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (директор — професор Г.Г.Рошін),  
Дніпропетровський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф  
Київ, Дніпропетровськ, Україна

---

Стаття присвячена аналізу досвіду функціонування служб екстреної медичної допомоги за умов надзвичайних ситуацій на прикладі служб Великої Британії, Франції та Польщі у зв'язку з наявністю двох моделей побудови аналогічних служб.

**Ключові слова:** надзвичайна ситуація, медична допомога, постраждалі, наслідки.

---

### Постановка проблеми

В Україні щороку понад 15 млн громадян потребують екстреної медичної допомоги з різних причин. При цьому протягом останніх 3 років не зменшується кількість виїздів, виконаних бригадами швидкої медичної допомоги. Вона складає понад 13 млн (97,8% від усіх звернень).

Серед причин смертності в Україні 3 місце належить нещасним випадкам, травмам та отруєнням. Статистичні дані за абсолютними даними свідчать про загальну тенденцію до підвищення рівня травматизму: у 2002 р. — 2243613 випадків, у 2005 р. — 2264082, у 2006 р. — 2288917, у 2007 р. — 2284166 (491,6 на 10 тис. населення), у 2008 р. — 2263310 (490,0 на 10 тис. населення) [1]. Серед населення працездатного віку в Україні зазначені причини займають 1 місце, внаслідок чого смертність перевищує аналогічні показники в розвинутих країнах світу не менш ніж у 3 рази. Смертність серед травмованих осіб віком до 45 років становить понад 60% усіх смертей, що настали внаслідок травм. Незважаючи на щорічне збільшення обсягу фінансування, можливості закладів охорони здоров'я не відповідають потребі.

Для розбудови загальнодержавної системи надання екстреної медичної допомоги, оптимізації використання обмежених наявних ресурсів вважаємо за доцільне дослідити дві системи функціонування аналогічних служб екстреної медичної допомоги деяких країн Європейського Союзу.

### Розв'язання проблеми

У світі співіснують два підходи до розбудови системи екстреної медичної допомоги — так звані англо-американська та франко-німецька [2]. До основи англо-американської системи розбудови системи екстреної медичної допомоги покладено принцип доставки пацієнта до лікувального закладу. До основи франко-німецької системи покладений так званий принцип «доставки» лікувального закладу до пацієнта, тобто у складі бригади швидкої медичної допомоги працює лікар.

У 1996 р. у Великобританії був опублікований комплексний нормативний документ під загальною назвою «Планування дій Національної служби здоров'я за умов надзвичайних ситуацій: угода про взаємодію компонентів Служби, що можуть брати участь у діях за умов надзвичайних ситуацій» (Emergency Planning in The National Health Service (NHS): Health Service Arrangements for Dealing with Major Incidents), у яких визначені відповідні вимоги до всіх елементів структури щодо організації функціонування, оснащення підрозділів та навчання персоналу [3].

Грунтуючись на даному нормативному акті, було розроблено практичне керівництво (рекомендації) щодо організації процесу ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (НС) різного характеру «The Good Practice», в якому були докладно наведені характеристики самих ситуацій, визначено завдання підрозділів Національної служби здоров'я та інших залучених учасників процесу ліквідації [4].

У даних рекомендаціях було викладено заходи щодо організації діяльності всієї служби охорони здоров'я, лікарень, служб швидкої допомоги (комунальних, приватних, благодійних), трестів цивільної оборони та інших організацій, що беруть участь у цивільному захисті населення. Також була обґрунтована необхідність планування діяльності за умов надзвичайних ситуацій, а саме зазначалося наступне: всі структури Національної Служби Здоров'я всіх рівнів повинні діяти як одна команда; дуже часто офіційне попередження про виникнення надзвичайної ситуації відсутнє чи запізнюється, тому порятунок життя і здоров'я населення і надання першої допомоги постраждалим на пряму залежать від швидкості і злагодженості реагування на ситуацію місцевих підрозділів Національної Служби Здоров'я; хибні і повільні дії підрозділів Національної Служби Здоров'я за відсутності заздалегідь погоджених запланованих заходів спричиняють тяжкі наслідки, яких можна уникнути; якість медичного обслуговування має відповідати високим стандартам як за повсякденних умов, так і за умов надзвичайних ситуацій.

У процесі подолання наслідків надзвичайних ситуацій беруть участь усі підрозділи Національної служби здоров'я, очолювані Міністерством охорони здоров'я. До їх складу входять швидка медична допомога, лікарні, амбулаторно-поліклінічні заклади первинної допомоги. Відповідно у графствах діють регіональні представництва Міністерства охорони здоров'я, відділи здоров'я в структурах місцевої влади.

У спеціальних планах вказані обов'язки кожного підрозділу Національної служби здоров'я. У цих планах мають бути наступні обов'язкові розділи: основні завдання на випадок виникнення надзвичайної ситуації; функції у глобальній системі реагування на надзвичайні ситуації; підготовка дій і реагування у надзвичайній ситуації; докладний план дій у конкретних надзвичайних ситуаціях; заходи щодо допомоги основним силам у процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та шляхи допомоги суміжним регіонам.

У разі виникнення надзвичайної ситуації або при загрозі її виникнення кожний орган управління Службою або медичний заклад збирає медичні формування, визначені планом для реагування на надзвичайну ситуацію, проводить інформування громадян і засобів масової інформації про хід ліквідації наслідків. Для виконання цієї функції проводиться відповідне оснащення підрозділів і підготовка персоналу до подібної роботи. При підготовці персоналу до

дій за умов надзвичайних ситуацій проводять тренінги та навчання, на яких обов'язково опрацьовуються наступні питання: оцінювання небезпек надзвичайної ситуації та ризиків, що можуть ускладнити процес її ліквідації; налагодження і підтримка каналів комунікаційної взаємодії; навчання учасників процесу ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій; коригування планів ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та жорстке їх дотримання у процесі ліквідації наслідків; взаємодія із силами правопорядку; забезпечення особистої безпеки учасників процесу ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

Складаються плани подолання наслідків надзвичайних ситуацій техногенного характеру (промислові, транспортні аварії та катастрофи), природного (стихійні лиха, а також з наслідками для життя і здоров'я людей, особливо епідемії) і соціального характеру (заходи, пов'язані з великим нагромадженням людей, бойові дії за кордоном). Окремо складаються плани подолання наслідків локальних внутрішніх надзвичайних ситуацій, наприклад інциденти в лікарнях і громадських місцях.

Плани з ліквідації наслідків НС складаються для таких видів НС: індустріальні, транспортні, заходи, пов'язані з великим скупченням людей, природні лиха, акти тероризму, які мають наслідками погрози здоров'ю суспільства (у тому числі епідемії), бойові дії за кордоном, внутрішні НС (аварія в лікарні і т.п.).

Національна служба здоров'я координує свої плани дій з Міністерством внутрішніх справ, яке очолює процес ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

При складанні планів реагування на виникнення надзвичайних ситуацій принциповими підходами є те, що: при плануванні реагування на виникнення надзвичайної ситуації пріоритет має ліквідація наслідків, а не усунення причин виникнення надзвичайної ситуації; функціонування системи охорони здоров'я за умов надзвичайних ситуацій базується на існуючій структурі мережі закладів системи охорони здоров'я та принципах її діяльності в повсякденних умовах; у межах однієї організації дії різних підрозділів повинні бути узгоджені; співробітництво з іншими агенціями та організаціями системи охорони здоров'я є вирішальним фактором успіху.

Національна служба здоров'я може стати складовою єдиної структури з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації під керівництвом іншого відомства (наприклад, Міністерства внутрішніх справ), що вимагає знання структур інших служб і чіткої взаємодії. Іншими учасниками в таких НС можуть стати: пожежна

охорона, поліція, місцеві влади, збройні сили, офіцери берегової служби, промисловість, добровольці, центральний уряд.

Національна служба здоров'я відіграє головну роль тільки в тих ситуаціях, коли є загроза здоров'ю чи життю населення. Головною метою є порятунок життя, тоді як інші відомства можуть мати інші завдання (запобігання поширенню надзвичайної ситуації, охорона навколишнього середовища, захист громадського правопорядку і приватної власності, відновлення комунальної інфраструктури за умов надзвичайної ситуації, співпраця із засобами масової інформації та інформування громадськості тощо).

Управління процесом ліквідації наслідків надзвичайної ситуації у Великій Британії здійснюється на трьох рівнях — експлуатаційному (бронза), тактичному (срібло) і стратегічному (золото) [3].

Експлуатаційний — це рівень контролю і координування безпосередньо на місцях. Кожна служба має визначені обов'язки і використовує власні ресурси під керівництвом власних керівників. У випадку особливо великих інцидентів можуть існувати кілька експлуатаційних пунктів, що оперативно спілкуються між собою (наприклад, швидка медична допомога і пожежна охорона).

Тактичний рівень визначає пріоритети в розподілі ресурсів, планує терміни виконання, координує дії різних служб. Тактичне командування припускає міжвідомчі зв'язки і виконує загальне керування (керування на цьому рівні здійснюється органами управління охороною здоров'я і трестами первинної допомоги — Primary Care Trust) [5].

Стратегічний (вищий рівень керування і координації) знаходиться у віддаленні від місця події, має в розпорядженні великі засоби комунікації, приймає стратегічні рішення про розподіл ресурсів, евакуацію населення тощо.

Органи місцевої влади складають власні плани реагування та ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, що включають цілодобову корпоративну діяльність, координацію, консультування і фінансування. Керівник медичної служби несе повну відповідальність за діяльність органів місцевої влади і трестів цивільної оборони під час події. Ці обов'язки можуть бути покладені на директора відділу суспільного здоров'я або на іншу посадову особу з відповідними повноваженнями.

Приймаючі лікарні відповідають за прийом постраждалих унаслідок надзвичайної ситуації, створення і діяльність мобільних медичних формувань, рекомендації і підтримку інших служб.

Швидка медична допомога оцінює характер події, виділяє та активізує ресурси, направляє і координує діяльність служби охорони здоров'я на місцях, забезпечує комунікації служби охорони здоров'я, надає медичну допомогу, робить сортування і транспортування потерпілих.

Медична служба первинної допомоги (Primary and Community Health Service) розташована в безпосередній близькості від житлових будинків і забезпечує медичну, соціально-економічну, психологічну допомогу постраждалим, забезпечує захист населення від небезпечних впливів, інформує про інцидент [6].

За умов надзвичайних ситуацій, які із самого початку супроводжуються санітарними втратами, швидка медична допомога є координатором для інших служб Національної служби здоров'я. Вона є першим представником Служби на місці події і буде вирішувати, де знаходяться постраждалі, як забезпечити надання медичної допомоги і транспортування, як координувати зв'язок між різними підрозділами Служби.

На першій стадії ліквідації наслідків надзвичайної ситуації швидка медична допомога забезпечує зв'язок Національної служби здоров'я з іншими агенціями.

Зважаючи на це, перед швидкою медичною допомогою стоять наступні завдання: попередня оцінка характеру і масштабів надзвичайної ситуації, впливу вражаючих факторів на населення; координування дій закладів Національної служби здоров'я; співпраця з рятувальними формуваннями на своїй ділянці відповідальності; визначення і управління ресурсами, необхідними у процесі ліквідації наслідків надзвичайної ситуації; управління роботою підрозділів Національної служби здоров'я безпосередньо на місці події; координація взаємодії безпосередньо у зоні надзвичайної ситуації; організація надання медичної допомоги постраждалим, включаючи сортування і стабілізацію стану; транспортування постраждалих до лікарні; заходи із забезпечення захисту здоров'я і життя учасників процесу ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

Дії служби швидкої допомоги за повсякденних умов: сприяння у створенні планів ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій іншими залученими до цього агентствами; навчання співробітників, забезпечення їх необхідним устаткуванням і спорядженням, сертифікованим Британським інститутом стандартів (British Standards Institute); перевірка та актуалізація планів дій за умов надзвичайних ситуацій мінімум 1 раз на рік; щомісячне проведення профілактичної перевірки комунікаційних систем; удосконалення і перевірка разом з поліцією,

пожежною охороною, місцевою владою планів дій на випадок підвищеного ризику й у зв'язку зі специфікою місцевості; участь у структурованих опитуваннях після всіх надзвичайних подій та навчань.

Плани швидкої медичної допомоги повинні враховувати всі плани інших надзвичайних служб і місцевої влади, хімічних, ядерних підприємств, сусідніх відділень служби швидкої допомоги.

Плани, погоджені зі спеціальним документом (Ambulance Service Operational Arrangements, Civil Emergency), повинні гарантувати, що швидка медична допомога почне негайні дії силами відповідно підготовленого персоналу, забезпечена санітарними машинами і спеціальним оснащенням; додаткові ресурси персоналу визначені і можуть бути використані для додаткової допомоги, якщо це необхідно; обслуговування буде забезпечене повною мірою протягом усього інциденту; будуть надані транспортні засоби для медичного координатора інциденту (Medicine Incident Officer) і мобільних медичних формувань (Mobile Medicine Team); наявні засоби телекомунікації для роботи швидкої медичної допомоги, а також визначені резервні канали зв'язку; приймаючі лікарні знаходяться в стані готовності, і з ними встановлено надійний зв'язок; враховано особливі потреби для надання медичної допомоги дітям.

Підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити, що у Великій Британії при складанні планів реагування на надзвичайні ситуації перевага надається координуванню спільних дій і чіткому визначенню відповідальності кожної функціональної компоненти плану реагування.

Уперше рішення про необхідність особливого підходу щодо організації надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях було прийняте органами державної влади Франції на початку 50-х рр. XX століття. Протягом півстоліття в країні було розбудовано систему планування та організації надання екстреної медичної допомоги за умов надзвичайних ситуацій. Система пройшла випробування на практиці ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру.

Основою концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню Франції на випадок надзвичайних ситуацій є положення про зобов'язання держави гарантувати право кожного постраждалого на порятунок і медичну допомогу. Протягом останнього півстоліття у Франції була розбудована та успішно діє система організації надання екстреної медичної допомоги за умов надзвичайних ситуацій.

Основні постулати концепції надання медичної допомоги за умов надзвичайних ситуацій у Франції такі:

1. Держава бере на себе зобов'язання гарантувати право кожного постраждалого на порятунок і медичну допомогу за умов надзвичайних ситуацій [7].

2. Обмеження негативних наслідків надзвичайних ситуацій можливе за рахунок дотримання трьох основних директив: забезпечення ясної, вичерпної та об'єктивної інформації (попереднє інформування населення про можливі небезпеки і ризики за умов надзвичайних ситуацій, поточна інформація про надзвичайні ситуації і стан їх подолання); забезпечення теоретичної та практичної підготовки рятувальників до можливих ризиків при подоланні наслідків надзвичайних ситуацій; організація попереднього планування допомоги, що базується на ієрархічній системі, з можливістю постійного удосконалення взаємодії всіх ланок.

3. Для надання медичної допомоги населенню Франції за умов надзвичайних ситуацій залучаються всі необхідні сили і засоби діючих у державі систем охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності. Сили і засоби державної форми власності залучаються в директивному порядку, приватної форми власності та власності громадських об'єднань на підставі довгострокових попередніх добровільних угод органів державної влади з власниками сил і засобів [7].

4. Організація надання допомоги постражданим унаслідок надзвичайних ситуацій потребує попереднього проведення наступних заходів: детальне попереднє планування організації надання медичної допомоги з визначенням місця кожного учасника на випадок надзвичайних ситуацій («стратегія»); детальна попередня розробка схеми дій медичного персоналу та технології медичної допомоги «ланцюжка медичної допомоги» в зоні надзвичайної ситуації з метою оптимального використання персоналу та матеріальних ресурсів («тактика»); визначення необхідного для подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій обсягу медичних засобів, створення резервів та системи медичного постачання («матеріально-технічне забезпечення») [7-8].

5. Враховуючи значну кількість учасників подолання наслідків надзвичайних ситуацій з різним рівнем підготовки та матеріальним забезпеченням, а також потреби цілеспрямованих оперативних дій усіх учасників за умов надзвичайних ситуацій, важливим завданням є своєчасне і детальне попереднє планування дій при подоланні наслідків надзвичайних ситуацій.

цій. Планування обов'язково визначає керівника, склад учасників, матеріально-технічне забезпечення, організацію управління, системи оповіщення та зв'язку, розгортання, схеми роботи з надання медичної допомоги постраждалим унаслідок надзвичайних ситуацій, підготовку рятувальників і волонтерів.

6. Організація надання екстреної медичної допомоги постраждалим за умов надзвичайних ситуацій є багаторівневою системою, що складається з 6 рівнів: національний, зональний, регіональний, департамент, громади, об'єкт.

Управління організацією рятувальних робіт і наданням постраждалим медичної допомоги здійснюють на вищих рівнях повноважні представники державної влади відповідного рівня: на державному — прем'єр-міністр, на зональному, регіональному та територіальному — відповідний префект (надання медичної допомоги організує керівник медичного департаменту префектури); на нижчих рівнях — органи місцевого самоврядування та власники об'єктів. Керівники несуть відповідальність як за своєчасне якісне планування та підготовку сил і засобів у повсякденних умовах до дій за умов НС, так і за їх реалізацію в разі виникнення НС.

Основним робочим органом управління та координації дій силами і засобами, що беруть участь у подоланні наслідків НС на національному рівні, є Оперативний центр керівництва цивільної безпеки (Centre Operational du Secours Civil — CODISC), який функціонує постійно в цілодобовому режимі й підпорядковується Міністерству внутрішніх справ (МВС) та є головним в організації допомоги населенню на випадок надзвичайних ситуацій національного рівня, а також центром оперативної інформації на випадок надзвичайних ситуацій нижчого рівня [7].

Правове та нормативне поле організації надання медичної допомоги постраждалим за умов надзвичайних ситуацій регламентується вимогами прийнятих за півстоліття більше 10 законів, 40 декретів органів центральної виконавчої влади, 30 загальнодержавних планів, узгоджених зацікавленими органами державної влади.

Найбільш загальними є плани ORSEC (Organisation des secours — організація допомоги), під дію яких практично підпадають усі інші плани. Плани ORSEC включають заходи щодо координації дій сил і засобів, перелік сил і засобів, які використовуються за умов НС, необхідні інструкції і додатки. Плани ORSEC передбачають організацію допомоги для 6 рівнів управління: національного, зонального, регіонального, на рівні департаменту, громади, окремого об'єкта (плани POI та PPI).

На національному рівні за організацію допомоги безпосередньо відповідає прем'єр-міністр країни, на зональному рівні — префект оборонної зони, на регіональному рівні — префект одного із задіяних департаментів регіонів, на рівні департаменту — префект департаменту. Усіма аспектами рятувальних операцій на морі керує морський префект. Відповідальність за планування та організацію допомоги на рівнях громади і окремого об'єкта покладається правовими та нормативними документами на органи місцевого самоврядування, власників об'єктів разом з визначеними державними службовцями відповідного рівня. Найбільш деталізованим, базовим є департаментський план ORSEC.

Плани ORSEC передбачають використання при катастрофах державних і приватних засобів.

Державні засоби є основними. До них відносяться SAMU та центри «15» (служби, аналогічні нашим диспетчерським «03», але вони об'єднують і приватних лікарів та санітарний транспорт), державні лікувальні заклади, формування підрозділів МВС (UIISC), пожежники, армія, поліція і жандармерія.

Приватні засоби відіграють роль додаткових до державних і включають: приватні лікувальні заклади, засоби асоціацій Червоного Хреста, радіолюбителів, рятування на морі, собаководів-інструкторів, засоби підприємств інфраструктури транспорту тощо.

Приватні засоби включаються в плани після підписання відповідних угод із зацікавленими державними службами.

Національний план ORSEC передбачає, що загальне керівництво ліквідацією наслідків НС та організацією допомоги постраждалим на національному рівні покладене на прем'єр-міністра. Основним робочим органом управління та координації дій силами і засобами, що беруть участь у ліквідації наслідків, є Оперативний центр керівництва цивільної безпеки (CODISC).

CODISC створено в 1951 р. Він знаходиться в підпорядкуванні Міністерства внутрішніх справ і відіграє головну роль в організації допомоги населенню при катастрофах національного рівня та роль органу оперативної інформації при катастрофах нижчого рівня. Функціонує CODISC в постійному режимі цілодобово.

Національний план ORSEC конкретно визначає компетенції всіх основних міністерств, що беруть безпосередню участь в організації допомоги постраждалим: Міністерства внутрішніх справ, Міністерства оборони, Міністерства по соціальним питанням, у складі якого є Головне управління з охорони здоров'я (ГУОЗ), Мініс-

терства урбанізації, транспорту та житла, Міністерства сільського господарства, Міністерства промисловості, Міністерства навколишнього середовища, Міністерства телекомунікацій, Міністерства іноземних справ, Міністерства фінансів, якому доручається відшкодування збитків та фінансування виконаних робіт.

Зональний план ORSEC введено Законом про цивільну безпеку в 1987 р. На території Франції визначено шість оборонних зон, що відповідають шести військовим округам. Цивільну державну владу в зоні здійснює префект оборонної зони. Він організує і несе відповідальність за підготовку та при необхідності реалізацію зонального плану ORSEC. Цей план включає заходи щодо координації використання державних засобів з надання допомоги в зоні катастрофи. Він стосується декількох департаментів, що входять у зону катастрофи, яка вимагає залучення засобів декількох департаментів. За формою і змістом зональний план аналогічний плану департаменту.

Для надання медичної допомоги постраждалим унаслідок надзвичайних ситуацій у Франції залучаються всі необхідні сили і засоби системи охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності. Система подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій у Франції є досить чіткою, структурованою та ефективною.

Служба екстреної медичної допомоги в Польщі (Ratownictwo Medyczne, RM) є службою охорони громадського здоров'я, що включає службу швидкої медичної допомоги адміністративних територій [9].

На сьогоднішній день у Польщі відбувається перехід системи екстреної медичної допомоги від франко-німецького зразка до англо-американської системи. Цей перехід остаточно має завершитись до 2015 р. Наприкінці 2010 р. більшість викликів має обслуговуватись бригадами парамедиків [10].

Проводиться оснащення спеціальних автомобілів й укомплектування медичним майном згідно з єдиним європейським стандартом European Standard CEN 1789 [11].

Транспортні засоби системи екстреної медичної допомоги складаються з автомобілів різноманітних форм і розмірів. Як член Євросоюзу, Польща ратифікувала більшість аспектів європейського стандарту для санітарних машин (European standard CEN 1789), і це відображено в польському стандарті EN 1789 (Класи А-С). Але повністю польські медичні транспортні засоби ще не відповідають візуальним вимогам ідентичності європейського стандарту для санітарних машин.

На сьогоднішній день наявні три типи санітарних автомобілів. Транспортна санітарна машина (тип T): малого розміру, містить менший штат і устаткування, узгоджується з європейським класом А. Реанімаційна швидка (Ambulans reanimacyjny, тип R): більший фургон, який використовується першочергово при невідкладних випадках, небезпечних для життя. Машина класу В (CEN 1789 Class B) ще присутні в системі, але в майбутньому цей вид санітарної машини повинен відповідати класу С (CEN 1789 Class C). Швидка (Ambulans wypadkowy, тип W): санітарна машина-фургон, використовується при невідкладних випадках, коли немає гострої небезпеки для життя, і для викликів, де потрібна консультація лікаря або транспортування. Ці транспортні засоби узгоджуються із стандартом класу В, хоча інколи в цій ролі використовують машини класу С.

Крім того, в системі також діють спеціальні санітарні машини зі спеціальним обладнанням для неонатального транспортування (тип N), які не використовуються для будь-якої іншої мети.

Підготовка медичного персоналу, починаючи з 2006 р., проводиться протягом трьох років з отриманням ступеня бакалавра медицини. Ці навчальні курси будуть проводитися в більшості університетів країни та включатимуть невеличкі навчальні тематичні курси, у тому числі Advanced Cardiac Life Support та Pediatric Advanced Life Support.

Компонентами системи екстреної медичної допомоги Польщі є станції швидкої медичної допомоги (Pogotowie Ratunkowe) та станції повітряної екстреної медичної допомоги (Lotnicze Pogotowie Ratunkowe), а також пожежна служба (команди) [12].

Польський повітряний медичний транспорт (Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, LPR) складається з 18 медичних гелікоптерів, розмішених у великих містах Польщі. Додатково використовуються літаки для транспортування на великі відстані. Багато авіаційного транспорту застаріло, але це поступово змінюється. Уряд Польщі зробив заявку на 23 сучасних гелікоптера (Eurocopter EC-135) в серпні 2008 р. Їх постачання очікується в 2009-2010 рр. Вони замінять усю стару авіацію і введуть Польщу в повну згоду з європейським стандартом для повітряних санітарних машин (European Standard JAR OPS-3).

У польській системі екстреної медичної допомоги пожежні машини забезпечують необхідний рівень допомоги польській РМ у виняткових обставинах, у тому числі при пожежах й автокатастрофах [13]. Для цього пожежники

отримують рівень медичної підготовки, обмежений першою допомогою і алгоритмом АВС. У результаті участь пожежників у Польщі при наданні невідкладної медичної допомоги менш звична, ніж участь пожежників у США [14].

Головним напрямом реформування польської системи екстреної медичної допомоги обраний перехід до англо-американської системи. Вона включатиме більше бригад, які очолюють параметики, і менше бригад лікарської допомоги на догоспітальному етапі з модулями ALS і BLS.

У зв'язку з тим, що в Польщі відбувається перехід до страхової медицини, необґрунтовані виклики швидкої медичної допомоги оплачують самі громадяни, тому значних зловживань громадянами під час викликів не спостерігається. Виклики швидкої допомоги під час надзвичай-

них ситуацій, стихійних лих і техногенних катастроф для громадян Польщі є безкоштовними.

## Висновки

Зважаючи на прагнення України стати повноправним членом європейської спільноти, подальшу гуманізацію суспільства та подальше реформування системи охорони здоров'я, було б корисним дослідити існуючі моделі побудови системи екстреної медичної допомоги.

Результати дослідження діяльності служб екстреної медичної допомоги деяких країн Європи були корисними для опрацювання досвіду на окреслення шляхів реформування системи охорони здоров'я України та при підготовці проекту Закону України «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги».

## Література

1. Догоспітальна екстрена медична допомога України в 2008-2009 роках. Довідковий посібник / Г.Г.Рошін, М.О.Стрельников, В.Н.Завальний [та ін.]. — К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, НМАПО ім. П.Л.Шупика, 2010. — 183 с.
2. Організація екстреної медичної допомоги постраждалим за умов надзвичайної ситуації у Франції. Навчальний посібник / Г.Г.Рошін, В.О.Волошин, Г.Ф.Мацидонська [та ін.]. — К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМА-ПО ім. П.Л.Шупика, 1999. 76 с.
3. Dick W.F. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system // Prehosp. Disaster Med. — 2003. — №1. — P. 29-35.
4. Emergency planning in the national health service (nhs): health service arrangements for dealing with major incidents. [http://www.rcoa.ac.uk/docs/DH\\_Crit-Care-Emergency-Planning.pdf](http://www.rcoa.ac.uk/docs/DH_Crit-Care-Emergency-Planning.pdf).
5. The Good Practic. <http://www.nhs.uk/servicedirectories/pages/gp.aspx?pid=1152b289-3249-4f06-b211-9ee35e53a33e>.
6. Primary Care Trust <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx#q05>.
7. Primary and Community Health Service [http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2006/pd2006\\_106.html](http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2006/pd2006_106.html).
8. National SAMU website". <http://www.samu-de-france.fr/en>. Retrieved 2008-09-18.
9. Poland's Ministry of Health Orders 23 EC-135s for nationwide Emergency Medical Service. Retrieved on 2009-01-05.
10. Polish Society for Emergency Medicine website (in Polish). <http://www.medycynaratunkowa.com.pl/>. Retrieved 2009-01-02.
11. Committee on European Standards (2007). «Medical Vehicles and their Equipment 2». CEN EN 1789. [https://www.on-norm.at/ecom/preview.dyn;jsessionid=2BUDS0AIYXPK4CQCAICCFEQ?PROD\\_ID=268318&SKU\\_ID=268318911](https://www.on-norm.at/ecom/preview.dyn;jsessionid=2BUDS0AIYXPK4CQCAICCFEQ?PROD_ID=268318&SKU_ID=268318911).
12. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe — [LPR homepage (in Polish)]. <http://www.lpr.com.pl/pl/start.html>].
13. Пожежна служба Польщі — [<http://www.straz.gov.pl/page/index.php?str=948>].
14. Simplified schema of action of the ambulance rescue services during mass casualty (in Polish) / P.Gu a, W.H adki, K.Gyrski, M.Pop awska. — Prz. Lek. — 2008. — Vol. 65 (1). — P. 1-3.

**С.Е.Гурьев, Р.А.Шевченко.** *Анализ опыта функционирования служб экстренной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций некоторых европейских стран. Киев, Днепропетровск. Украина.*

**Ключевые слова:** чрезвычайная ситуация, медицинская помощь, пострадавшие, последствия.

Статья посвящена анализу опыта функционирования служб экстренной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций на примере служб Великобритании, Франции и Польши в связи с существованием двух моделей построения аналогичных служб.

**S. O. Guriev, R. A. Shevchenko.** *The analysis of experience of emergency medical services developing of some European countries in emergencies. Kyiv, Dnipropetrovsk, Ukraine.*

**Key words:** emergency, medical aid, victims, consequences.

In the article we described the experience of developing of emergency medical services of some European countries in emergencies at the example (Great Brittan, France, Poland) with two models.

Надійшла до редакції 18.03.2011 р.