

Ю. О. ЛЕРМОНТОВА

## ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

*Розглянуто основні сучасні підходи до державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій, структура, порядок формування та використання матеріального резерву лікарських засобів місцевих медичних формувань та формувань Державної служби медицини катастроф, запропоновано шляхи їх удосконалення.*

*The basic modern going is considered near state administration medicinal providing in the conditions of emergencies, structure, order of forming and drawing on material reserve of medications of the local medical forming and forming of Government service of medicine of catastrophes, the ways of their perfection are offered.*

Метою державної політики у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій (НС) є забезпечення гарантованого захисту життя, здоров'я людини і оточуючого її природного середовища від усієї сукупності небезпек, що їм загрожують. Одним з основних напрямків державної політики в галузі забезпечення безпеки населення і територій від НС є створення стійкої та ефективної системи лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалих і організація повного і своєчасного забезпечення населення лікарськими засобами (ЛЗ) та предметами медичного призначення.

НС – це обставина, що виникла несподівано і за якої можливості органів державного управління в зоні лиха по наданню невідкладної лікарської допомоги потерпілим не відповідають вимогам, недостатні і потребують залучення додаткових сил і засобів.

За характером НС розподіляють на техногенні, природні, військові та соціально-політичні. Більшість з них характеризується масовим ураженням людей. При цьому ушкодження в постраждалих мають різний характер і надання медичної допомоги є багатопрофільним завданням.

Медичне забезпечення населення при НС включає комплекс організаційних, лікарсько-профілактичних та евакуаційних заходів, що сприяють як збереженню життя й здоров'я, так і запобіганню тяжких ускладнень у потерпілих. Залежно від умов медико-тактичної обстановки ці заходи мають низку особливостей, а саме:

– санітарні втрати при великих масштабах НС розподіляються нерівномірно (в окремих випадках може мати місце одномиттєве виникнення великої кількості постраждалих);

– характер організації та обсяг медичної допомоги визначається постійним збільшенням кількості постраждалих;

– надання пораненим і хворим кваліфікованої медичної допомоги в короткі терміни здійснюється в безпосередній близькості до району НС і супроводжується після проведення невідкладних заходів їх евакуацією до місцевих спеціалізованих відділень лікарсько-профілактичних установ;

– масовість та одномиттєвість появи поранених серед населення часто призводить до неможливості в повному обсязі в оптимальні терміни надати окремі види медичної допомоги тими силами і засобами, які є в місцевих медичних формуваннях та формуваннях Державної служби медицини катастроф (ДСМК), що потребує їхньої евакуації до медичних установ сусідніх регіонів.

Крім того, в умовах будь-якої НС завжди закладено фактори, які сприяють розповсюдженню інфекційних захворювань. До таких факторів відносяться руйнування інфраструктур населених пунктів, міграційні процеси, погіршення умов життєдіяльності й побуту.

Зрозуміло, що надання медичної допомоги не можливо без запасу ЛЗ і виробів медичного призначення.

Сьогодні з'являються роботи як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, які присвячені вивченню структури та величини санітарних втрат серед населення та організації медичної допомоги потерпілим у зоні НС, ліквідації їх медико-санітарних наслідків. Це праці В. Волошина, С. Гончарова, В. Гридасова, Г. Захарова, Т. Калинюка, І. Корнюшко, І. Кочіна, Г. Лобанова, П. Олійника, Г. Рощина, І. Сахно, В. Торбіна, О. Шекери та ін. Безпосередньо проблемам державного управління медичним захистом за умов НС присвячено роботи С. Гур'єва, В. Москаленка, Я. Радиша, А. Терент'євої.

Проте державне управління однією з основних складових медичного захисту, лікарським забезпеченням, при організації робіт в умовах НС, досліджено повною мірою.

Організацію роботи з надання медичної допомоги в осередку масових уражень можна розподілити на три фази:

- ізоляції, яка починається з моменту виникнення НС і триває до початку організованого проведення рятувальних робіт – від декількох хвилин до декількох годин. У цей період особливо важливого значення набуває надання медичної само- і взаємодопомоги;

- рятування, яка триває від початку рятувальних робіт до завершення евакуації постраждалих за межі осередку НС. Вона починається з моменту прибуття в осередок ураження учасників рятувальних робіт, аварійно-пошукових формувань, а також лінійних бригад швидкої медичної допомоги (ШМД) (у разі недостатності залучення бригад постійної готовності першої черги, медичних загонів та інших медичних формувань). У цій фазі здійснюють надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показаннями та підготовку постраждалих до евакуації в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за межами осередку НС;

- відновлення, що характеризується проведенням планового лікування уражених до кінцевих наслідків та їх реабілітації в ЛПЗ за межами осередку НС.

Один з основних напрямків лікарського забезпечення стосується питань, пов'язаних з накопиченням, зберіганням та використанням ЛЗ і предметів медичного призначення за умов виникнення НС.

Основним джерелом запасів матеріальних цінностей, призначених для ліквідації наслідків НС, є матеріальний резерв, який формується органами державної влади та місцевого самоврядування, а також суб'єктами господарювання:

- державний резерв (стратегічний резерв) – Кабінетом Міністрів України;
- оперативний резерв – МНС України;
- відомчі резерви – міністерствами України;
- регіональний та місцевий резерви – Радою міністрів АР Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними державними адміністраціями та виконкомами рад міст обласного значення;
- об'єктовий запас – суб'єктами господарської діяльності, у власності (управлінні) або в користуванні яких є об'єкт підвищеної небезпеки.

Резерви створюють заздалегідь. Номенклатура та норми накопичення запасів резервів у складі державного резерву затверджуються Кабінетом Міністрів України. Місця розміщення резервів, номенклатура, обсяги та норми накопичення визначаються керівниками відповідних центральних і місцевих органів виконавчої влади та підприємств і затверджуються відповідними рішеннями їх керівників. Резерви створюють, виходячи з найгіршого варіанту прогнозованої НС, характерної для конкретної території, об'єкта, а також передбаченого обсягу робіт з ліквідації її наслідків.

Матеріальний резерв ЛЗ і виробів медичного призначення створюються МОЗ України відповідно до Закону України “Про захист населення і території від надзвичайних ситуацій техногенного та природного походження” і постанови Кабінету Міністрів України “Про порядок створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків”. Номенклатуру та норми накопичення ЛЗ, виробів медичного призначення, медичного обладнання відомчого та регіонального резервів для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС, а також номенклатуру ЛЗ і виробів медичного призначення резерву ЛПЗ, встановлені і затверджені наказом МОЗ № 331 від 10 серпня 2001 р. (зі змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 613 від 2009 р.), погоджено з МНС і затверджено головою Державної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій. Відповідно до цього наказу, відповідальність за створення регіональних резервів покладено на начальників управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій. Резерви розміщують на Центральних складах спеціального медичного постачання МОЗ України та на складах баз спеціального медичного постачання управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій. Фінансування накопичення регіональних резервів здійснюється з місцевих бюджетів. Накопичення резервів здійснюється за встановленими нормами та відповідно до річних графіків. Поповнення резервів, використаних під час ліквідації НС, здійснюється за рахунок коштів, передбачених у відповідних бюджетах для їх створення і накопичення.

Крім того, ЛПЗ, що мають ліжковий фонд більше 180 ліжок, створюють місцеві резерви ЛЗ і виробів медичного призначення для запобігання НС та ліквідації їх медико-санітарних наслідків. Створення місцевого резерву здійснюється на підставі затвердженої номенклатури ЛЗ і виробів медичного призначення резерву ЛПЗ з урахуванням його профілю, можливого типу та масштабу НС тощо. Резерв бактерійних препаратів відповідно до затвердженої номенклатури відомчого резерву здійснюється Державним підприємством “Укрвакцина” МОЗ. Накопичення і зберігання діагностичних, дезінфекційних препаратів і засобів індивідуального захисту відповідно до затвердженої номенклатури відомчого резерву здійснює Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. Медичні заклади, діяльність яких пов'язана з донорською кров'ю, її компонентами та препаратами, створено незнижувані резерви діагностичних тест-реагентів.

Сьогодні номенклатура та норми накопичення ЛЗ, виробів медичного призначення, медичного обладнання відомчого резерву МОЗ України для запобігання НС та ліквідації їх медико-санітарних наслідків нараховує 238 найменувань. Номенклатура та норми накопичення ЛЗ, виробів медичного призначення, медичного обладнання регіональних резервів МОЗ України для запобігання НС та ліквідації їх медико-санітарних наслідків НС нараховує 182 найменування. Перелік ЛЗ і виробів медичного призначення резерву медичних закладів для запобігання НС та ліквідації їх медико-санітарних наслідків нараховує 134 найменування [2].

На нашу думку, розрахункові норми ЛЗ повинні складатися з таких розділів, де визначено відповідні нормативи для:

- етапів надання першої, долікарської та першої лікарської допомоги;
- етапів надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги;
- етапів надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги;
- проведення екстреної профілактики в осередку бактеріального зараження та протиепідемічних заходів у зоні карантину.

Аналіз досвіду реагування на НС та ліквідації їх наслідків показує, що для повного, своєчасного і безперебійного забезпечення медичних формувань і ЛПЗ необхідно не тільки утримувати запаси ЛЗ промислового виробництва, що зосереджені безпосередньо поблизу можливих місць виникнення НС, а й бути готовим виготовляти велику кількість ЛЗ і значний їх асортимент в аптеках, розгорнутих у зоні ліквідації наслідків НС. Це вимагає завчасної підготовки до оперативного розгортання аптек у зоні НС та їх

відповідного оснащення технологічним обладнанням, відповідної підготовки фармацевтичного персоналу до роботи в екстремальних умовах та застосування правил воєнно-польової технології виготовлення ліків.

Санітарно-гігієнічне і протиепідемічне забезпечення населення в умовах ліквідації медико-санітарних наслідків НС покладається на сили і засоби санітарно-протиепідемічної служби держави.

Окремим напрямом щодо ЛЗ в умовах НС є створення резерву ЛЗ і предметів медичного призначення та його використання формуваннями ДСМК для подолання медико-санітарних наслідків НС, а саме накопичення оперативних запасів медичних, матеріальних і технічних засобів для подолання медико-санітарних наслідків НС.

ДСМК функціонує згідно з постановами Кабінету Міністрів України “Про утворення Державної служби медицини катастроф” та затверджених цією постановою “Положення про Державну службу медицини катастроф” і “Положення про координаційні комісії Державної служби медицини катастроф”.

Організаційно структура ДСМК передбачає два рівні управління: державний та територіальний. Державний рівень управління включає спеціально визначені до цього рівня медичні сили і засоби закладів системи МОЗ України, інших міністерств і відомств. Територіальний рівень представлений органами управління охорони здоров'я адміністративних територій.

Територіальний рівень управління охоплює медичні сили і засоби адміністративно-територіальних органів охорони здоров'я та розміщених на цій території медичних закладів інших міністерств і відомств, приватних чи громадських медичних закладів, що визначені для подолання медико-санітарних наслідків НС на даній території (АР Крим, області, міста центрального підпорядкування) [1].

Положення про ДСМК передбачає у складі Служби державного і територіального рівня крім медичних бригад наявність ще двох типів мобільних медичних формувань – мобільних госпіталів (МГ) і мобільних медичних загонів (ММЗ).

Мобільний медичний загін швидкого реагування (ММЗ ШР) МНС України є штатним багатопрофільним медичним формуванням, призначеним для надання в районі НС першої лікарської і кваліфікованої невідкладної медичної допомоги постраждалим при станах, які загрожують їх життю та здоров'ю. Відповідно до медико-тактичних характеристик ММЗ ШР, розроблено та затверджено МНС таблиці його оснащення. Оперативний резерв медичного майна ММЗ ШР утворюється за рахунок МНС та зберігається в місці постійної дислокації загону.

Провідне місце в системі медичного постачання ДСМК займають територіальні центри екстреної медичної допомоги. За їх планами, затвердженими органами управління охороною здоров'я, здійснюється розподіл необхідних запасів засобів між іншими закладами, розробляється система доставки засобів до місць призначення в умовах НС. До структури центрів входять склади нормативно-визначених запасів ЛЗ, медичної апаратури, інструментів, майна тощо. Центри накопичують майно, що становить основну частину оперативного резерву медичного майна ДСМК. Так, у центрі накопичуються запаси табельного майна таких заходів і утворень:

- спеціалізованих бригад постійної готовності ДСМК першої черги територіального рівня, утворених не в системі ШМД, для забезпечення їх автономної роботи протягом двох діб (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

- спеціалізованих бригад постійної готовності ДСМК другої черги територіального рівня для забезпечення їх роботи в закладах госпітального етапу медичної евакуації без додаткового постачання протягом двох діб (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

- забезпечення 70 % оперативного запасу для розгортання додаткового ліжкового фонду в умовах ліквідації наслідків НС (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

– штатних спеціалізованих бригад постійної готовності ДСМК першої та другої черги територіального рівня, сформованих самим центром, для забезпечення їх роботи протягом трьох діб (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

– оперативні запаси засобів ДСМК державного рівня за Планом медико-санітарного забезпечення населення держави в умовах НС, які накопичуються за рахунок державного бюджету.

Спеціалізовані бригади постійної готовності ДСМК першої та другої черги (крім станцій ШМД) утворюються при ЛПЗ системи МОЗ України та адміністративних територій, інших міністерств, відомств, при науково-клінічних установах МОЗ та АМН України, визначених у складі ДСМК наказом МОЗ України за погодженням з відповідними органами державної влади. Для забезпечення роботи бригад за призначенням у перший період ліквідації наслідків НС у медичних закладах створюються запаси майна медичного постачання для відповідних формувань.

Оснащення бригади ШМД у повсякденних умовах визначено Положенням про виїзну бригаду ШМД, затвердженим наказом МОЗ України від 19 червня 1996 р. № 175. Згідно з положенням, бригада забезпечується спеціальним санітарним транспортом, оснащення якого відповідає Переліку обов'язкового і додаткового оснащення виїзної бригади ШМД, затвердженому МОЗ України. На основі Переліку розроблено Тимчасові таблиці оснащення медичним майном спеціалізованої бригади постійної готовності ДСМК першої черги. Оперативні запаси ЛЗ для бригад постійної готовності ДСМК першої черги, що визначені зі складу інших медичних закладів (не станцій ШМД), накопичуються частково в закладах, які формують бригади (на одну добу), і в територіальних центрах екстреної медичної допомоги (на дві доби). Доставка медичного майна до осередку НС із запасів територіальних центрів здійснюється протягом першої доби НС за планами центрів. Для забезпечення функціонування в НС кожна станція ШМД повинна мати постійний місячний запас ЛЗ, перев'язувальних засобів, виробів медичного призначення, які щомісячно поновлюються, аварійний запас медичного майна, нош, апаратури, медичних укладальних скриньок і наборів для формування додаткових виїзних бригад ШМД з метою використання як на місці, так і для направлення в інші регіони в разі виникнення НС.

Оперативні запаси медичного майна для забезпечення діяльності спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги накопичуються в закладах, які формують бригади (на одну добу роботи), та в територіальних центрах екстреної медичної допомоги (на дві доби роботи) на кожен бригаду. Доставка медичного майна до лікувального закладу госпітального етапу медичної евакуації в умовах НС із запасів територіальних центрів здійснюється протягом першої доби НС за планами центрів. Для розрахунку необхідних запасів використовують “Тимчасові таблиці оснащення медичним майном спеціалізованої бригади постійної готовності державної служби медицини катастроф другої черги”. Для бригад постійної готовності ДСМК як першої, так і другої черги територіального рівня запаси накопичуються за рахунок місцевих бюджетів, а державного рівня – за рахунок державного бюджету.

Станції ШМД створюють оперативні медичні запаси табельного майна спеціалізованих бригад постійної готовності ДСМК першої черги, що визначені зі складу станцій в обсязі, який забезпечує автономну роботу бригад протягом трьох діб. Оперативний резерв ЛЗ утворюється із наявних на станції запасів, передбачених для забезпечення функціонування в умовах НС. При введенні в дію “Планів медико-санітарного забезпечення населення в екстремальних ситуаціях” територіального рівня витрачений резерв поновлюється за рахунок місцевого бюджету, при введенні в дію “Плану...” державного рівня – за рахунок державного бюджету [2; 3].

Для забезпечення лікування уражених у період ліквідації наслідків НС у медичних закладах розгортається додатковий ліжковий фонд, ЛЗ, інвентар, продукти харчування, основне медобладнання згідно з чинними нормативами цього лікувального закладу для

забезпечення роботи протягом семи діб. Фінансування накопичення запасів за рахунок спеціально виділених коштів місцевого бюджету. З метою забезпечення розгортання визначеного ліжкового фонду і автономну роботу протягом трьох діб з повним плановим навантаженням для кожного лікувального закладу складаються Табелі необхідного медичного майна. Вони складаються безпосередньо лікувальним закладом разом з фахівцями територіального центру екстреної медичної допомоги з урахуванням реального стану забезпечення закладу медичним обладнанням та діагностичною апаратурою, відповідних запасів територіального центру, оперативного резерву спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги та затверджується органом управління охороною здоров'я адміністративної території.

Таким чином, в Україні розроблено певну систему державного управління лікарським забезпеченням в умовах виникненні НС, але поряд з тим є необхідність вирішення завдань, що дозволять підвищити ефективність її роботи.

Тому сьогодні потребує розробки єдиний підхід до управління ресурсами для надання лікарської допомоги на всіх рівнях державного сектора охорони (управління запасами ЛЗ, контроль термінів придатності тощо) здоров'я.

Засадами створення резервів медичного майна повинні стати чітко прогнозовані величини і структури ураження населення, епідемічні розрахунки (очікувана кількість пацієнтів по кожній нозології), на основі яких повинен бути розроблений механізм визначення потреби у ЛЗ, виконуватись планування їхнього руху.

Для підвищення ефективності функціонування системи медичного забезпечення в умовах НС потрібна розробка медико-економічних стандартів, які включають поелементний список усіх необхідних витратних матеріалів і лікарських засобів на кожен лікувально-діагностичний захід, а також опис устаткування, яке потрібно для проведення лікування.

Швидкість змін у номенклатурі ЛЗ потребує постійного корегування Переліку ЛЗ і виробів медичного призначення резерву медичних закладів для запобігання НС та ліквідації їх медико-санітарних наслідків і відповідно розрахункових норм накопичення медичного майна.

Вимагає підвищення рівня фінансування державний сектор охорони здоров'я; вдосконалення контролю за зростання цін на ЛЗ, завчасне виділення грошових коштів для децентралізованої заготівлі лікарських препаратів, медичних виробів, запасних частин і ремонтних матеріалів.

Одним з раціональних і економічно доцільних підходів до медичного постачання є оптимальне поєднання номенклатури готових і екстемпоральних ЛЗ, що виготовляються в умовах аптек. У зв'язку з цим важливим елементом удосконалення є переоснащення аптек сучасним технологічним устаткуванням.

Органи управління ліквідацією наслідків НС повинні мати постійну і точну інформацію про наявність, рух, якісний стан медичного майна і його потребу для кожного медичного формування і медичного закладу, які здійснюють надання медичної допомоги і лікування постраждалого населення.

#### Література:

1. Державна служба медицини катастроф України. Правові та нормативні акти. – К. : МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, 1998. – 136 с.
2. Екстремальна медицина: Організація роботи аптек в умовах надзвичайних ситуацій : [підручник] / П. В. Олійник, Т. Г. Калинюк ; за ред. Т. Г. Калинюка. – К. : Медицина, 2010. – 448 с.
3. Медичне постачання формувань і закладів Державної служби медицини катастроф України (Методичні рекомендації) / [А. П. Картиш, Г. Г. Рошцін, В. О. Волошин та ін.]. – К. : МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО ім. П. Л. Шупика, 1999. – 158 с.

*Надійшла до редколегії 10.06.2010 р.*