

ють у задовільному стані. Виконавчий комітет сільської ради в межах кошторисних призначень затверджує штатних розпис цих закладів і контролює їх роботу. Вказані об'єкти фінансуються в повному обсязі. Будинок культури відремонтований повністю за кошти місцевої громади та є зразковим у плані як зовнішнього і внутрішнього облаштування, так і організації його роботи. Проведення поточних ремонтів, придбання обладнання, устаткування здійснюються за позабюджетні кошти (самооподаткування, платні послуги, кошти, виручені за здавання в оренду приміщень), в основному господарським способом.

Росошанська сільська рада щорічно бере участь в обласному конкурсі розвитку територіальних громад, що дає змогу вирішувати найбільш наболілі проблемні питання соціальної сфери, зокрема розвитку сільської інфраструктури. Так, завдяки участі у зазначеному вище конкурсі місцева громада спромоглась облаштувати центр дозвілля молоді, відновити роботу водогону, налагодити роботу дитячого садка, вживати енергозберігаючих заходів у закладах бюджетної сфери сільської ради.

Типове приміщення дитячого садка розраховане на 80 місць, воно перебуває на балансі сільської ради. Дитячу дошкільну установу відвідують 77 дітей, для яких забезпечено належні умови перебування, якісне харчування, належний температурний режим.

У с. Росоші функціонує три культові споруди: православна церква Київського патріархату, православна церква Московського патріархату, церква Євангелістів Християн Баптистів.

На території сільської ради працюють 19 торговельних підприємств, які реалізують товари повсякденного вжитку як промислової, так і продовольчої групи. Крім того, сільською радою організовано на території села ярмарок на постійно діючій основі, на якому населення територіальної громади має можливість придбати товари різноманітного асортименту, які завозяться, та реалізувати лишки власної сільськогосподарської продукції.

Автобусне сполучення, незважаючи на стан доріг, добре налагоджене. Щоденно різними перевізниками здійснюються 13 рейсів. Рейси в основному транзитні, через населені пункти Росошанської сільської ради проїжджають автотранспортні засоби до м. Києва, Монастирище, смт Оратів.

Телефонним зв'язком забезпечені обидва населені пункти. Телефонізовано 506 будинків в с. Росоші та 148 будинків у с. Станція Липовець. Вільшанське відділення зв'язку працює у вівторок, п'ятницю. Відповідно в ці ж дні відбувається доставка преси.

Закладом соціального захисту населення на території сільської ради, що утримується на кошти районного бюджету і сільської ради, є будинок для постійного перебування людей похилого віку. Загальна чисельність одиноких громадян похилого віку, які проживають у цьому будинку на постійній основі, становить 15 осіб. Районний територіальний центр з обслуговування одиноких громадян представлений двома працівниками, які обслуговують 21 особу, яка проживає на території сіл.

Побутове обслуговування мешканців села здійснюють приватні підприємці: перукар, швачка, майстер з ремонту побутової техніки. Лазня перебуває в законсервованому стані і потребує значних капіталовкладень на ремонт.

Таким чином, зміни у функціонуванні об'єктів сільської соціальної інфраструктури Липовецького району Вінницької області свідчать, що соціальна-еко-

номічна ситуація на селі вимагає посилення державної соціальної політики, яка передбачатиме пріоритетність розвитку сільської соціальної інфраструктури, а саме: створення спеціальних форм забезпечення діяльності її підприємств, організацій, установ, а також розвиток їх матеріальної бази.

Формування прозорої моделі управління розвитком сільської соціальної інфраструктури, адаптованої до світових стандартів може гарантуватися лише за умови державної підтримки, яка підвищить спроможність органів місцевої влади, органів місцевого самоврядування та територіальних громад розв'язувати спільно нагальні проблеми підвищення рівня життя селян. Це сприятиме раціональному використанню ресурсного потенціалу району, поліпшенню демографічної ситуації, ефективному використанню трудових ресурсів, забезпеченню повної зайнятості сільського населення в працездатному віці та підвищенню добробуту населення, а також розширенню асортименту та якості послуг, що їм надаються.

Література.

1. Вінницька область у 2009 році. Стат. щоріч. – Вінниця, Голов. упр. статистики, 2010. – 638 с.
2. Закон України про основні засади державної аграрної політики на період до 2015 року : прийнятий 18 жовт. 2005 р. № 2982-IV // Бухгалтерія в сільському господарстві, 2005. – № 23. – С. 2.
3. Соціальна інфраструктура регіону : навч. посіб. / за заг. ред. В.М. Вакуленка, М.К.Орлатого. – К.: Вид-во НАДУ, 2010. – 257 с.
4. Соціально-економічний розвиток сільських територій : навч. посіб. / за ред. В.К. Терещенка. Київ-Ніжин : Видавець ПП Лисенко М.М., 2011. – 348 с.

УДК 351.862

Петро Волянський

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

У статті висвітлені організаційні моменти побудови системи медичного забезпечення постраждалих в умовах надзвичайної ситуації.

Ключові слова: надзвичайна ситуація, наслідки, населення, медичне забезпечення.

Забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України має супроводжуватися формуванням безпечного для суспільства і кожної людини стану життєвого довкілля, забезпеченням прийняттого рівня ризику, сучасною системою безпеки, яка б базувалася на принципах міжнародного права.

У пошуках шляхів зменшення негативів повсякдення варто згадати праці великих українців: В. Вернадського і С. Подолинського про нерозривний взаємозв'язок між неживою, кісною речовиною, з одного боку, живим, органічним світом, з другого боку, і антро-

© Волянський П. Б., 2012.

погеним, людським, соціальним компонентом. Україна сьогодні, на жаль, є одним з найнебезпечніших регіонів світу за ступенем критичності техногенних навантажень, потенційної небезпеки шкідливих для населення і навколишнього середовища виробництв.

✦ Високий ступінь концентрації промисловості України перебуває в суперечності з невисокою технологічною дисципліною виробництва, що створює об'єктивні передумови зростання техногенних і техногенно-екологічних аварій, катастроф та інших надзвичайних ситуацій (НС). Територія нашої країни покрита мережею потужних транспортних магістралей, по яких транзитом проходять у великій кількості екологічно небезпечні вантажі. Серйозну техногенну та екологічну небезпеку для густонаселених районів країни становлять нафтопроводи, газопроводи та аміакопроводи, які теж, на жаль, значною мірою знаходяться в зонах, що потенційно можуть стати зонами повені. Окрім зазначених чинників, НС можуть бути спричинені екстремальними атмосферними явищами, непередбачуваними природними подіями, а також епідеміями.

✦ Актуалізація проблеми тероризму реально висвітлює вузькість техногенно-природного виміру безпеки і додала інші чинники небезпеки, і передусім, біологічного характеру. Існує і така група небезпек, як соціальні та міжнетнічні конфлікти. Про це теж необхідно пам'ятати.

Таким чином, до проблем безпеки людини в широкому розумінні цього визначення необхідно підходити комплексно, системно. Немає окремо екологічної, економічної, техногенної, соціальної чи якоїсь іншої безпеки. Є єдина безпека життєдіяльності, яка включає в себе весь процес забезпечення безпеки людини, малих і великих соціальних груп у соціально-культурному і природному середовищі.

✦ Організація медичного забезпечення, у тому числі своєчасне надання медичної допомоги та медичної евакуації, є головним принципом проведення аварійно-рятувальних робіт, неухильне дотримання якого – першочергова вимога при виконанні робіт з підвищеною небезпекою [1].

За організацію медичного забезпечення особового складу аварійно-рятувальних підрозділів, задіяних до ліквідації наслідків НС, в тому числі постраждалого населення у зоні НС, відповідає начальник ГУ(У) МНС.

Особовий склад, що виконує аварійно-рятувальні роботи, повинен постійно мати можливість отримати екстрену медичну допомогу у разі захворювання (отруєння, поранення, травмування).

Заходи з медичного забезпечення зазначаються окремим розділом у загальному плані проведення аварійно-рятувальних робіт [2,3]. Медичний персонал повинен бути поінформований про можливі захворювання (отруєння, поранення, травмування), вміти надавати невідкладну медичну допомогу в обсязі долікарської та першої лікарської медичної допомоги, знати шляхи евакуації до лікувальних закладів. Особовий склад аварійно-рятувальних підрозділів повинен володіти навичками надання першої медичної допомоги у вигляді само- та взаємодопомоги.

З метою організації медичного забезпечення особового складу сил МНС під час реагування на НС начальником ГУ(У) МНС видається наказ, у якому визначаються завдання посадовим особам:

- під час підготовки до реагування на НС: підготувати мобільні медичні пункти до дій за призна-

ченням; провести заняття з фахівцями медичних служб (підрозділів) які залучаються до медичного забезпечення особового складу; укомплектувати мобільні медичні пункти майном та медикаментами; підготувати медичну техніку для здійснення маршу; визначити шляхи евакуації і лікувальні заклади на маршруті руху колон підрозділів МНС; організувати взаємодію з ГУ(У) МНС в АР Крим, областях, містах Києві та Севастополі, через які прокладено маршрути висування сил до місця НС, з метою медичного забезпечення особового складу на марші; провести заняття з особовим складом аварійно-рятувальних підрозділів щодо санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів на марші та в зоні НС; визначити медичних фахівців для надання допомоги на марші;

- під час проведення аварійно-рятувальних і невідкладних робіт (АРНР): організувати медичну допомогу при здійсненні маршу шляхом само- та взаємодопомоги на привалах медичними фахівцями підрозділів. Госпіталізацію хворих здійснювати до найближчих лікувальних закладів по маршруту колон; по прибуттю до місця призначення провести медичну розвідку, організувати взаємодію з лікувальними закладами інших міністерств та відомств для надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги особовому складу МНС та санепідемстанціями; організувати надання медичної допомоги особовому складу в пунктах дислокації і в місцях проведення АРНР в обсязі першої медичної та долікарської допомоги, а також місцевому населенню, яке її потребує силами мобільних медичних пунктів. Місця розгортання медичних підрозділів та перебування медичних працівників і санітарного транспорту на ділянці проведення АРНР визначає уповноважений керівник ліквідації НС. При евакуації хворих та поранених до лікувальних закладів повинна бути організована попередня передача інформації до лікувального закладу про надходження постраждалого. Медичний працівник обов'язково забезпечується засобами зв'язку; налагодити взаємозв'язок медичних фахівців з сектором охорони здоров'я та медико-біологічного захисту ГУ(У) МНС в області, на території якої проводяться АРНР, і Департаментом охорони здоров'я та медико-біологічного захисту МНС, доповідати про стан медичного забезпечення та захворюваність особового складу щоденно.

Особливості медичної допомоги особовому складу аварійно-рятувальних загонів залежить від виду, характеру та масштабу НС. При масових санітарних втратах постраждалим надається для припинення дії уражаючого фактора перша медична допомога рятувальниками, якщо це можливо, з подальшою евакуацією хворого за межі зони НС. Поза зоною НС визначаються пункти збору поранених та постраждалих, у яких й здійснюється евакуація. Якщо хворі евакууються із зони хімічного ураження, то в, першу чергу, вони повинні пройти дезактивацію на пунктах спеціальної обробки. На пунктах збору поранених та постраждалих медичним персоналом організовується медичне сортування хворих за ступенями важкості (легкохворі, середньої важкості, важкохворі та агонуючі) та надається медична допомога в обсязі долікарської медичної допомоги та першої лікарської за життєвими показниками. В окремих випадках при НС з великою кількістю санітарних втрат, зруйнова-

ною інфраструктурою місцевих лікувальних закладів, в режимі автономного стану для надання кваліфікованої медичної допомоги може залучатися мобільний госпіталь МНС.

Начальник ГУ(У) МНС, на території якого проводяться АРНР, повинен спільно з облдержадміністрацією організувати стаціонарне лікування залученого до ліквідації НС особового складу та санітарно-епідеміологічне забезпечення. Медичне постачання медичних підрозділів та фахівців, у тому числі придатних сил, здійснюється через орган медичного постачання ГУ(У) МНС, на території якого проводяться АРНР.

Після завершення аварійно-рятувальних робіт медичне забезпечення маршу аварійно-рятувальних підрозділів у пункти постійної дислокації здійснюється аналогічно. Напередодні здійснення маршу усі хворі виписуються із лікувальних закладів. При наявності хворих, транспортування яких протипоказано, інформація про них подається до Департаменту охорони здоров'я та медико-біологічного захисту МНС з метою надання необхідної допомоги в організації їх якісного медичного забезпечення та лікування в подальшому.

Медичне забезпечення населення при НС – комплекс організаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та евакуаційних заходів, спрямованих на попередження і ліквідацію медико-санітарних наслідків НС. Медичне забезпечення організовується медичною службою цивільного захисту відповідного рівня: держави, АР Крим, областей, міст та районів. Загальне керівництво з питань медико-санітарного забезпечення населення при НС здійснює начальник цивільного захисту відповідної адміністративно-територіальної одиниці. На рис.16 наведено схему організації медичного забезпечення при НС.

ГУ(У) МНС забезпечує, у межах компетенції, реалізацію заходів у сфері медичного та біологічного захисту населення від НС та координацію дій органів виконавчої влади та місцевого самоврядування у цій сфері.

Складовими медичного забезпечення населення при НС є оцінка медико-санітарної обстановки, медична (медико-тактична) та інші спеціальні види розвідки, лікувально-евакуаційне забезпечення населення при НС, санітарно-гігієнічне та протиепідемічне забезпечення населення при НС.

Медико-санітарна обстановка при НС – це сукупність умов і факторів, які визначають обсяг, характер і напрями організації медичного забезпечення, необхідного для подолання медико-санітарних наслідків НС.

Основними елементами оцінки медико-санітарної обстановки повинні стати: величина і структура санітарних втрат серед населення; закономірності формування санітарних втрат; потреба потерпілих у медичній допомозі; санітарно-гігієнічний і епідемічний стан в осередках НС; потреба у силах і засобах для медичного забезпечення населення і їх наявність; умови роботи медичних формувань; умови життєзабезпечення населення.

За результатами оцінки медико-санітарної обстановки в районі НС визначається прогноз санітарних втрат серед населення, яке опинилося в зоні НС, організація лікувально-евакуаційного та санітарно-гігієнічного і протиепідемічного забезпечення населення, основні напрями розвідки та складається план ліквідації медико-санітарних наслідків НС.

Медична розвідка здійснюється з метою своєчасного визначення об'єктивних даних про медико-санітарну обстановку і має бути активною, здійснюватися безперервно та забезпечувати своєчасне оперативне отримання певної інформації. Як правило, вона здійснюється всіма медичними ланками (формуваннями, підрозділами), але, коли наслідки стихійного лиха набули значних масштабів або мають тенденцію до поширення, розвідка здійснюється оперативними медичними групами центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які діють самостійно чи у складі загальних розвідувальних формувань.



Рис.1. Схема організації медичного забезпечення при виникненні надзвичайної ситуації

Основою санітарно-епідеміологічної розвідки є збір даних щодо санітарно-гігієнічної і епідемічної обстановки в осередку катастрофи. В окремих випадках при виникненні інфекційного осередку з тенденцією до поширення кількості захворілих у районі стихійного лиха здійснюється бактеріологічна розвідка. Вона є самостій-

ним видом розвідки і організовується протиепідемічними та ветеринарними закладами шляхом використання своїх пересувних формувань.

Організація медико-тактичної і санітарно-епідеміологічної розвідки покладається на органи управління охороною здоров'я відповідної території, а практичне

виконання здійснюють територіальні центри екстреної медичної допомоги, медицини катастроф та санітарно-епідеміологічні станції відповідної території. Начальник медичної служби організує проведення розвідки, ставить завдання виконавцям, аналізує її результати та доповідає про них начальнику цивільного захисту.

Основна мета лікувально-евакуаційного забезпечення – здійснення медичної допомоги ураженим під час медичної евакуації з осередку НС до лікувальних закладів.

Медична допомога вважається своєчасною, якщо перша медична допомога постраждалим була надана в перші 30 хв. після ураження, долікарська (фельдшерська) відповідно – до 1–2 год., а перша лікарська допомога надана протягом перших 4–6 годин.

Надання першої медичної допомоги, долікарської та елементів лікарської здійснюють бригади швидкої медичної допомоги, спеціалізовані медичні бригади постійної готовності першої черги, медичні загони, лікувально-профілактичні заклади, що розташовані поблизу осередку НС, лікувальні заклади, рятувальники та інші особи. Метою першої медичної допомоги є рятування життя людини, попередження чи зменшення важких ускладнень та підготовки постраждалого для евакуації до лікувальних закладів.

Кваліфікована та спеціалізована медична допомога постраждалим надаються в лікувальних закладах, які можуть розміщуватись на значній відстані від осередків ураження.

Етапи медичної евакуації: прийом, реєстрація і медичне сортування постраждалих; проведення згідно з показаннями санітарної обробки уражених, дезінфекції, дезактивації та дегазації їх речей; надання потерпілим невідкладної медичної допомоги; підготовка до медичної; ізоляція інфекційних та психічно хворих.

Медичне забезпечення евакуаційних заходів передбачає розгортання медичних пунктів (стаціонарних, тимчасових, пересувних) у місцях збору, посадки, на шляхах евакуації, місцях висадки та тимчасового розміщення населення. До розгортання цих пунктів залучаються сили та засоби лікувально-профілактичних закладів, які беруть участь у ліквідації медико-санітарних наслідків НС. Їх склад, забезпечення медичним майном і транспортними засобами визначається завчасно при прогнозуванні обстановки та плануванні заходів медичного забезпечення.

Медичне постачання, головним чином, здійснюються за рахунок структур органів і закладів медичного постачання, існуючих у системі охорони здоров'я (аптечні склади, бази, аптеки тощо).

Санітарно-гігієнічне та протиепідемічне забезпечення населення при НС здійснюється державною санітарно-епідеміологічною службою під загальним керівництвом начальника медслужби відповідної території.

Санітарно-гігієнічне забезпечення передбачає комплекс заходів у зоні НС щодо: проведення санітарно-гігієнічного контролю за умовами розміщення, харчування, водопостачання, санітарним станом території, прибиранням рідких і твердих відходів, похованням трупів загиблих людей і тварин, оцінки санітарного стану зони НС, прогнозування впливу несприятливих факторів на стан здоров'я населення та особовий склад формувань, що беруть участь у ліквідації НС та розробки пропозицій щодо його покращення і санітарної освіти.

Протиепідемічне забезпечення включає заходи, спрямовані на попередження виникнення і ліквідацію

інфекційних захворювань у зоні НС, для чого необхідно: у перші години після НС організувати і забезпечити проведення санітарно-епідемічної розвідки за участю фахівців (гігієністів, епідеміологів, радіологів, токсикологів тощо); налагодити моніторинг санітарного і епідемічного стану осередку катастрофи і прилеглих до нього територій з метою виявлення і ліквідації або послаблення дії факторів, що негативно впливають на здоров'я людей і довкілля та розробку обґрунтованих рекомендацій; оцінку санітарно-епідемічного стану осередку НС і прилеглих до нього територій.

Ефективність санітарно-протиепідемічного забезпечення населення досягається шляхом своєчасного наближення сил і засобів санітарно-епідеміологічної служби до осередку стихійного лиха або техногенної катастрофи, своєчасної евакуації постраждалих і інфекційних хворих за призначенням, організації лікувальних і протиепідемічних заходів з метою попередження поширення інфекційних захворювань.

Для оперативного реагування при надзвичайних ситуаціях, організації і надання екстреної медичної допомоги створена і функціонує Державна служба медицини катастроф (далі – ДСМК), яка є особливим видом державної аварійно-рятувальної служби і складовою Єдиної державної системи запобігання та реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру. Основним завданням ДСМК є надання безоплатної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Організаційно-методичне керівництво ДСМК здійснює МОЗ України.

До складу ДСМК входять медичні сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівнів незалежно від виду діяльності та галузевої належності, визначених МОЗ України за погодженням з МНС, МВС, Міноборони, Мінтрансв'язку та місцевими органами виконавчої влади.

До медичних сил, засобів та лікувально-профілактичних закладів ДСМК належать Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, який є головним науково-практичним закладом Служби, територіальні центри екстреної медичної допомоги, які є головними закладами ДСМК на територіальному рівні, лікувально-профілактичні заклади, які утворюють і утримують медичні формування та розгортають додатковий ліжковий фонд для надання екстреної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій.

Визначення медичних сил, лікувальних закладів та ліжкового фонду центрального рівня розраховуються, виходячи з прогнозу медико-санітарних наслідків можливої надзвичайної ситуації на території України.

До медичних формувань ДСМК належать мобільні госпіталі (мобільний госпіталь МНС України), медичні загони, медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги (хірургічні, токсико-терапевтичні, терапевтичні).

Мобільні госпіталі (багатопрофільні чи однопрофільні) створюються на базі лікувальних закладів ДСМК чи медичних підрозділів відомчого підпорядкування і призначаються для надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги постраждалим в умовах надзвичайної ситуації.

Санітарно-епідеміологічні загони формуються на базі територіальних санітарно-епідеміологічних установ

для організації та здійснення оперативних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів в районі надзвичайної ситуації.

Медичні бригади постійної готовності першої черги – це бригади швидкої медичної допомоги, які в повсякденних умовах функціонують у складі швидкої медичної допомоги системи охорони здоров'я. При надзвичайних ситуаціях бригади швидкої медичної допомоги, на території, яку вони обслуговують, виконують функції медичних бригад постійної готовності ДСМК першої черги.

Спеціалізовані бригади постійної готовності ДСМК другої черги формуються на базі центрів і закладів ДСМК для посилення стаціонарних і мобільних лікувальних закладів другого етапу медичної евакуації, що забезпечують надання постраждалим кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.

Медико-санітарне забезпечення населення при надзвичайних ситуаціях здійснюється шляхом проведення лікувально-евакуаційних і санітарно-протиепідемічних заходів.

Лікувально-евакуаційне забезпечення при ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій здійснюється на основі системи етапного лікування постраждалих, яке передбачає надання медичної допомоги в зоні надзвичайної ситуації і на етапах медичної евакуації, а також евакуацію до лікувально-профілактичних закладів, де постраждалі отримують кваліфіковане і спеціалізоване лікування.

Санітарно-гігієнічне та протиепідемічне забезпечення населення в умовах ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій покладається на сили і засоби Державної санітарно-епідеміологічної служби України.

Лікувально-профілактичні заклади, що входять до складу Служби, формують і накопичують оперативний резерв медикаментів, медичних засобів тощо для забезпечення робіт з ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Служба організовує свою діяльність за планами медико-санітарного забезпечення населення в надзвичайних ситуаціях або у разі загрози їх виникнення, які розробляються територіальними управліннями охорони здоров'я і затверджуються місцевими органами виконавчої влади.

У системі МНС України на сьогодні існує наступна медична структура, яка призначена для оперативного медичного реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру:

- мобільний госпіталь МНС України, який є формуванням державного рівня Державної служби медицини катастроф;
- мобільні медичні пункти при ГУ МНС України в Автономній Республіці Крим та областях;
- фельдшерські групи пошуково-рятувальної і парашутно-десантної служби Спеціального авіаційного загону МНС України;
- медичні фахівці (фельдшера) у складі чергових варт пожежно-рятувальних підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту МНС України.

Мобільний госпіталь МНС є відомчим медичним закладом, який належить до сфери управління Міністерства надзвичайних ситуацій України та до формувань Державної служби медицини катастроф (ДСМК) державного рівня. Мобільний госпіталь МНС призначений для надання кваліфікованої та окремих видів спеціалізованої медичної допомоги постраждалому населенню

та рятувальникам у зонах надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, як на території держави, так і за її межами.

Мобільний госпіталь МНС України залучається до ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій у таких випадках:

- при надзвичайних ситуаціях техногенного та природного характеру (техногенні аварії, землетруси, повені тощо), коли зруйнована інфраструктура лікувальних закладів або у важкодоступних місцях, де немає поблизу лікувальних закладів;
- для підсилення лікувальних закладів в зонах надзвичайних ситуацій, коли лікувальні заклади не в змозі надати своєчасну медичну допомогу великій кількості постраждалих;
- для тимчасового розміщення постраждалого населення (підготовка хворих і постраждалих для проведення подальшої медичної евакуації в спеціалізовані лікувальні заклади).

Штат розгорнутого стану госпіталю складається з 156 працівників, з яких 57 лікарів, 55 середніх медичних працівників і 44 працівники обслуговуючого персоналу. Для роботи у госпіталі залучаються медичні працівники від Державної служби медицини катастроф, інших закладів охорони здоров'я, які заздалегідь визначені і затверджені спільним розпорядчим документом МНС і МОЗ.

У роботі госпіталю використовується штатне майно, медикаменти, апаратура та спорядження госпіталю згідно з табелем оснащення, що дає змогу госпіталю за добу надати медичну допомогу 400 постраждалим, розгорнути 40 стаціонарних ліжок, а при додатковому забезпеченні госпіталю наметовим фондом – до 160 ліжок.

Мобільний госпіталь МНС брав участь у міжнародних гуманітарних акціях з ліквідації медико-санітарних наслідків руйнівних землетрусів у Республіці Туреччині (1999 р.), Республіці Індії (2001 р.), Ісламській Республіці Іран (2004 р.) та Ісламській Республіці Пакистан (2005 р.).

За весь період роботи з ліквідації медико-санітарних наслідків руйнівних землетрусів за межами держави, мобільний госпіталь надав медичну допомогу понад 30 тис. постраждалим і хворим.

Але наявність у складі ДСМК тільки одного мобільного госпіталю обмежує оперативну організацію медичної допомоги постраждалим в зоні НС державного рівня і не вирішує питань організації екстреної медичної допомоги при НС регіонального та територіального рівня, коли потужності зосереджених в зоні НС медичних бригад для цього виявляється недостатньо. Для вирішення цієї проблеми розвинені держави світу залежно від економічного стану та ризику виникнення НС різного характеру створюють різноманітні медичні формування.

Діюча структура ДСМК України в цілому відповідає завданням, що поставлені діючим законодавством та нормативно-правовими актами.

Управлінські функції органів влади, уповноважених з питань охорони здоров'я, з ліквідації медико-санітарних наслідків НС та медичного захисту населення фактично реалізуються існуючими структурами ДСМК, але потребують конкретизації на нормативному рівні.

Потребує розширення та організаційного реформування система мобільних формувань ДСМК, в аспекті зміцнення управлінських функцій відносно системи охорони здоров'я в зоні НС.

Література.

1. Правові основи Державної служби медицини катастроф України // Авт. кол. Рошін Г.Г., Волошин В.О. та ін. – МОЗ України. – УНПЦ ЕМД та МК. К., 2002. – 242 с.

2. Організація медичного забезпечення населення України при природних і техногенних катастрофах / Посібник. Під заг.ред. В.О. Волошина, В.Ф. Торбіна. – К.: Медекол, УкрРНВФ «Медицина-Екологія», 1998. – 152 с.

3. Реагування на виникнення надзвичайних ситуацій / під ред. С.О. Гур'єва // ІДУСЦЗ НУЦЗУ, УНПЦ ЕМД та МК. – Вінниця, 2010. – 412 с.

УДК 378

Марина Ворона, Євгеній Яковлєв

ПЕРЕБУВАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В УКРАЇНІ: ПРАВОВИЙ СТАТУС ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ

В статті порушуються питання з визначення статусу іноземних студентів в Україні, розглядаються правові засади їх перебування та організації процесу навчання. Проаналізовано розподіл студентів у вищих навчальних закладах України. Визначено органи влади, що відповідають за перебування іноземних студентів та процес навчання.

Ключові слова: правовий статус іноземців, навчання іноземних студентів; перебування іноземців в Україні.

Постановка проблеми

На сучасному етапі активних глобалізаційних процесів спостерігається підвищення попиту в сфері отримання студентами освіти відповідного профілю в різних країнах світу, що створює певні виклики країнам, вищі навчальні заклади яких надають освітні послуги іноземним студентам. Підготовка фахівців для зарубіжних країн є одним з пріоритетних напрямів міжнародної діяльності України. В умовах реформування системи освіти України, спрямованого на зближення вітчизняного і європейського підходу до визначення якості знань і професійної готовності фахівців, особливої уваги потребує удосконалення умов перебування та навчання іноземних студентів, що безпосередньо пов'язано з діяльністю органів влади на різних рівнях та матеріально-технічною базою вищих навчальних закладів. Іноземні студенти – це специфічна соціальна група в суспільстві країни, де вони навчаються. Їх відрізняє від оточення цієї країни ряд таких «бар'єрів», як: мовний, психологічний, релігійний, етнічний і т. ін., тобто об'єктивні і суб'єктивні відмінності в способі життя тих країн, які направляють і приймають громадян на навчання [10]. Саме тому держава, що приймає іноземних студентів, повинна створити всі умови для того, щоб ця категорія громадян почувала себе зручно і безпечно.

Аналіз останніх досліджень та публікацій засвідчив, що у вітчизняній науці питанням державного управління процесом міжнародного академічного співробітництва майже не приділяється уваги. За останні роки в Україні наукові дослідження з проблем навчання іноземних студентів були висвітлені у працях В. Тарасенко (формування професійно-комунікативної компетенції іноземних студентів-русистів в умовах міжпредметної координації); О. Тетянченко

(визначення педагогічних умов спілкування з іноземними студентами в процесі навчання); Л. Хаткової (шляхи активізації пізнавальної діяльності іноземних учнів підготовчого факультету); Рибаченко (аналіз сучасної системи підготовки іноземних студентів). Теоретичним основам реформування змісту освіти в Україні приділяли увагу: В. Кремень, В. Андрущенко, І. Бех, О. Савченко, М. Євтух; концептуальні положення щодо входження України до світового освітнього простору розглядали: В. Сагарда, Л. Пуховська, О. Глузман та ін.

Метою статті є вивчення правових засад перебування та навчання іноземних студентів в Україні. Для досягнення цієї мети планується виконати наступні завдання:

- проаналізувати сучасний стан підготовки іноземних студентів у навчальних закладах України;
- з'ясувати правовий статус іноземних громадян в Україні, зокрема іноземних студентів;
- виявити проблеми перебування іноземних студентів в Україні.

Міжнародний обмін студентами був започаткований ще за часів Радянського Союзу і поступово перетворився у потужний економічний, політичний і культурний фактор того часу, з яким неможливо було не рахуватися в однаковій мірі як країнам-замовникам, так і країнам, які виконували це замовлення. Діяльність України з розвитку міжнародного співробітництва в галузі освіти і підготовки національних кадрів для зарубіжних країн має певну історію. На сучасному етапі значення цієї діяльності зростає, вона сприяє не лише поглибленню взаємного порозуміння і довіри між країнами і народами, інтенсивному обміну інтелектуальними цінностями, духовному збагаченню людей, але й активному входженню України в освітній простір світового співтовариства та придбанню нею міжнародного авторитету.

За період з 1946 року по теперішній час в Україні підготовлено близько 200 тисяч фахівців для 160 країн світу. Наша країна посідає значне місце в світі за кількістю іноземних студентів. Українські вищі навчальні заклади приваблюють іноземців не лише відносно дешевизною навчання, але і відмінною якістю освіти – дипломи, видані нашими університетами, високо цінуються в усьому світі. В 1999-2000 навчальному році в Україні навчалось понад 15,5 тисячі іноземних студентів, в основному з країн Азії, Близького Сходу та Африки [8]. Контингент іноземних студентів у 2005/2006 навчальному році у вищих навчальних закладах України складав 35 тисяч осіб з 131 країни світу, які здобували освіту у 191 вищому навчальному закладі України. (Довідково: найбільша кількість іноземців за радянських часів дорівнювала 31 тисячі осіб на рік). За даними Міністерства освіти України за станом на 01.01.2010 р в ВНЗ України здобувають освіту 44082 іноземців. Більш, ніж половина студентів (30369 осіб), навчається у п'яти містах України. У Харкові вищу освіту здобувають 12004 особи, у Києві – 7983 особи, в Одесі – 4709 студентів, у Луганську – 3340 осіб, у Донецьку – 2333 студенти. Більшість представників серед студентів-іноземців – з Китаю (6258 осіб), Росії (3886 осіб), Туркменістану (3823 особи), Індії (2852 особи) і Йорданії (2566 осіб). Лідерами серед ВНЗ, в яких навчаються іноземні студенти, є Луганський державний медичний університет (2241 особа) і Харківський національний медичний університет (1776 осіб). У Донецькому державному медичному університеті здобуває освіту 1521 іноземець, у Вінницькому національному медичному університеті імені Пирогова – 1368 осіб, в Національ-

Мета

Вигляд основного матеріалу

Аналіз останніх досліджень і публікацій