

Більш глибокий аналіз світового досвіду в цьому питанні та можливості застосування його в Україні на національному та регіональному рівнях має стати наступним етапом досліджень міграційних процесів. Упровадження цього досвіду та надання практичних рекомендацій щодо шляхів вирішення наявних питань, визначення перспективних напрямів спільних зусиль має сприяти розвитку та вдосконаленню міграційної політики, більш активному та ефективному вирішенню проблем трудової міграції в Україні.

### Список використаних джерел

1. **Біль М. М.** Управління міграційними процесами в контексті їх впливу на інтелектуально-трудоий потенціал України / М. М. Біль // Сталій розвиток економіки. – 2010. – № 1. – С. 49 – 54.
2. **Зовнішні трудові міграції населення України** / за ред. Е. М. Лібанової, О. П. Позняка. – К. : РВПС України НАН України, 2009. – С. 153 – 154.
3. **Координація міграційної політики України: уроки Польщі** / уклад. П. Казьміркевич [та ін.]. – Режим доступу : [www.icps.com.ua/files/articles/55/1/Migration\\_UP\\_UKR\\_Last.pdf](http://www.icps.com.ua/files/articles/55/1/Migration_UP_UKR_Last.pdf).
4. **Країни, що розвиваються.** – Режим доступу : [www.ukrainref.com.ua/-index.php?go=Files&in=view&id=529](http://www.ukrainref.com.ua/-index.php?go=Files&in=view&id=529).
5. **Лібанова Е.** Країни потрібні трудові іммігранти / Е. Лібанова // Дело. – 2006. – № 130 (182). – 6 с.
6. **Международная** організація по міграції (МОМ). – Режим доступу : [www.unrussia.ru/ru/agencies/mezhdunarodnaya-organizatsiya-po-migratsii-mom](http://www.unrussia.ru/ru/agencies/mezhdunarodnaya-organizatsiya-po-migratsii-mom).
7. **МОМ** допомагає українським громадянам повертатися із Сирії. – Режим доступу : [www.iom.org.ua/ua/home-page/342](http://www.iom.org.ua/ua/home-page/342).
8. **Про затвердження** плану заходів з реалізації Концепції державної міграційної політики : розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 жовт. 2011 р. № 1058-р. – Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
9. **Про міграцію** : Закон України від 7 черв. 2001 р. № 2491-III // Відом. Верховної Ради України. – 2001. – № 41. – Режим доступу : [www.zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2491-14](http://www.zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2491-14).
10. **Шамраєва В. М.** Спільна міграційна політика ЄС у контексті євроінтеграційних устремлень України / В. М. Шамраєва // Акт. пробл. держ. упр. – 2009. – № 2 (36). – Режим доступу : [www.kbuara.kharkov.ua/e-book/apdu/2009-2/doc/4/05.pdf](http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/apdu/2009-2/doc/4/05.pdf).

Надійшла до редакції 16.08.12

УДК 327.7:614.39

Юлія ЛЕРМОНТОВА

Національна академія державного управління  
при Президентові України

Харківський регіональний інститут державного управління

## ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЕКСТРЕНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Розглядається досвід закордонних держав щодо організації державного управління екстреною медичною допомогою в надзвичайних ситуаціях.

**Ключові слова:** медична система, надання допомоги, державне управління, ліквідація наслідків катастроф, надзвичайні ситуації.

**Юлія Лермонтова. Зарубежный опыт государственного управления экстренной медицинской помощью в чрезвычайных ситуациях**

Рассматривается опыт зарубежных государств по организации государственного управления экстренной медицинской помощью в чрезвычайных ситуациях.

Ключевые слова: медицинская система, предоставление помощи, государственное управление, ликвидация последствий катастроф, чрезвычайные ситуации.

**Yuliia Lermontova. Foreign experience of emergency medical help management in extraordinary situations**

The experience of foreign countries on the organization of emergency medical help management in extraordinary situations.

Key words: medical system, assisting, public administration, liquidation of disasters, extraordinary situations.

Сучасні процеси інтеграції суспільства в різних сферах життя, перш за все у сфері безпеки, вимагають пошуку нових підходів до вирішення завдань за допомогою зіставлення однотипних явищ і процесів, виявлення їх загальних рис і специфіки. Саме цьому присвячується використання порівняльного (компаративного) методу в науці взагалі й можливе його застосування в окремих напрямках, включаючи державне управління екстреною медичною допомогою в надзвичайних ситуаціях (НС) [3].

Найважливішою функцією будь-якої держави є забезпечення безпеки своїх громадян, у тому числі в умовах НС природного і техногенного характеру або під час виникнення військових конфліктів. У більшості країн світу для вирішення завдань попередження та ліквідації НС, а також завдань цивільної оборони (ЦО) створено спеціалізовані державні системи [2; 4; 5; 8]. Їх основними завданнями є: організація і здійснення заходів щодо профілактики природних і техногенних катастроф, підготовка до їх можливого виникнення, ліквідація наслідків аварій, катастроф, стихійних лих, застосування можливим противником сучасних засобів ураження, а також надання медичної допомоги потерпілим [6; 13].

© Лермонтова Ю. О., 2012

Питання державного управління та надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в НС розглянуті в роботах вітчизняних та зарубіжних науковців: У. Беккера, Н. Борчук, Т. Баррі, С. Вінера, В. Гридасова, С. Гур'єва, В. Москаленка, Я. Радиша, Г. Роціна, І. Сахна, А. Тененбаума, А. Терент'євої, В. Торбіна, О. Шекери та ін.

Узагалі, у світі нагромаджений великий досвід надання ЕМД постраждалим у НС. Але й сьогодні не існує єдиної виробленої системи організації та управління ЕМД в НС. У різних країнах залежно від організаційної структури охорони здоров'я, нормативно-правової бази на випадок НС, техногенних катастроф та стихійних лих, наявності певних громадських організацій, ця проблема вирішується по-різному. Однак повсюдно основою медицини катастроф є служба швидкої медичної допомоги (ШМД) [1].

Мета статті полягає у виконанні порівняльного аналізу досвіду закордонних держав щодо організації державного управління ЕМД у НС, який має бути врахований суб'єктами державної влади під час вирішення проблем медицини катастроф в Україні, що дозволить підвищити ефективність надання допомоги населенню в разі виникнення НС.

У США проблема захисту та надання медичної допомоги населенню вирішується залежно від потенційно можливих НС у країні – військових конфліктів, стихійних лих, терористичних актів та ін. Заходи з надання допомоги в НС здійснюються, насамперед, ЦО, Міністерство охорони здоров'я, Національна протипожежна адміністрація, а також медична служба Збройних сил США.

Для організації робіт в ЦО в 1979 р. створено центральний урядовий орган – Федеральне агентство з управління країною в надзвичайних умовах (Federal Emergency Management Agency – FEMA), яке підпорядковується президенту [7]. Головним завданням агентства є планування та організація заходів щодо захисту населення в разі ядерної війни, а також координація ефективної взаємодії різних міністерств, відомств та установ, відповідальних за попередження й боротьбу з наслідками стихійних лих і катастроф у мирний час.

У 1981 р. створена спеціальна медична система для надання допомоги постраждалим унаслідок національних лих (National Disaster Medical System – NDMS). У разі необхідності вона покликана об'єднувати можливості та засоби медичної служби Міністерства оборони, Міністерства охорони здоров'я, медичних установ штатів, а також приватних організацій та установ, що діють у сфері охорони здоров'я. Система передбачає планування організаційних, медичних та евакуаційних заходів і вступає в дію в усіх випадках, коли кількість осіб, що потребують медичної допомоги, перевищує можливості лікувальних установ району катастрофи або окремого штату. Важлива роль системи полягає в тому, що вона в повсякденній ситуації організовує на базі цивільних лікувальних установ додатковий (резервний) ліжковий фонд, а також мережу госпіталів, призначених для лікування жертв стихійних лих і катастроф.

Національний план на випадок катастроф передбачає створення загонів спеціалізованої медичної допомоги, які розгортають евакуаційні відділення на 240 ліжок. П'ятнадцять таких відділень можуть надати допомогу 10 000 постраждалих. Крім того, планом передбачено використання столичних лікарняних центрів на 2 500 і більше ліжок і 340 регіональних центрів. У цілому резерв для лікування постраждалих становить близько 100 000 ліжок (майже 15 % від наявного ліжкового фонду) [1].

У своїй діяльності NDMS спирається на допомогу міністерства охорони здоров'я, FEMA, Національного агентства у справах ветеранів і міністерства оборони. Останнє своїми силами і засобами забезпечує завчасне навчання медичного складу цивільних лікарень і госпіталів, задіяних у програмі NDMS, а також навчання медичних працівників органів охорони здоров'я і медичної служби збройних сил діям в умовах НС.

Служба ШМД в США, як і в більшості країн світу, укомплектована переважно парамедиками. Підготовка парамедиків (техніків невідкладної медицини – ЕМТ) у цій країні проводиться з 1966 р. З 1970 р. фахівці ЕМТ були внесені в офіційний перелік медичних спеціальностей. Здійснюється підготовка двох категорій ЕМТ: ЕМТ-I та ЕМТ-P. Фахівці ЕМТ-I освоюють методи розпізнавання загрозливих для життя станів і надання невідкладної медичної допомоги. Фахівці ЕМТ-P надають допомогу із застосуванням методів інтенсивної терапії [1].

Особливу увагу FEMA приділяє навчанню медичного персоналу з надання медико-санітарної допомоги в зоні катастроф та в осередках ураження. До основних навчальних закладів агентства належать Національний центр підготовки до дій у надзвичайних умовах, Каліфорнійський інститут спеціальної підготовки, Національна академія пожежної охорони.

У європейських державах також створено відповідні формування. Так, у Швеції в 1986 р. було створено Національне управління рятувальних служб, що керує аварійними роботами в НС. Такі роботи проводять рятувальники місцевих органів самоврядування. Управління несе відповідальність за організацію й навчання муніципальних рятувальних служб комун, надає довідково-консультативну допомогу під час їх роботи в екстремальних ситуаціях, забезпечує населення всією необхідною інформацією та ін.

У Швеції на період ліквідації катастроф усі медичні установи переходять у підпорядкування служби ЦО й можуть прийняти до 200 000 постраждалих (за загальної чисельності населення країни близько 8 млн осіб). Для цього планується розгортання 92 стаціонарних та 90 тимчасових госпіталів, а також 76 медичних пунктів [1].

Підготовка формувань рятувальників здійснюється в навчальних центрах міст Ревінга і Русерсберга. Мета навчання – вироблення навичок надання допомоги потерпілим унаслідок пожеж і вибухів, руйнування конструкцій, повеней та інших катастроф.

За оцінками фахівців надзвичайно ефективною є система швидкої медичної допомоги SAMU, створена у Франції у 1956 р., яка функціонує за регіональним принципом у межах департаменту. У ній близько 100 пунктів. До складу бригади ШМД входять лікар, який отримав спеціальну підготовку в системі швидкої допомоги, лікар-стажист або медична сестра з догляду, водій та радіооператор. Два останніх члена бригади – чоловіки, як правило поліцейські або пожежні, що виконують за сумісництвом обов'язки санітарів. У проведенні медичних маніпуляцій та транспортуванні потерпілих у зоні катастрофи в системі SAMU парамедики участі майже не беруть. Вони перебувають у постійній готовності до надання невідкладної терапевтичної та хірургічної допомоги на місці події та під час транспортування постраждалих до шпиталю. Система укомплектована фахівцями, які пройшли спеціальну підготовку за 400-годинною програмою і постійно працюють в інших установах (медичних та навчально-медичних, пожежних, поліцейських, транспортних і т. д.). Навчання проводиться в спеціально обладнаних центрах. Після цього рятувальники одержують спеціальне посвідчення й щорічно підтверджують на іспиті рівень своїх знань і практичних навичок [1; 10; 11].

За законодавством Франції існуюча система захисту населення від різних аварій і катастроф побудована на основі пожежної служби (кадрових фахівців-рятувальників – 30 тис.) і добровольців – 200 тис., з яких 5 тис. лікарів. Контролюється вона центральним апаратом Громадянської безпеки (ГБ). Крім мережі пожежних центрів служба ГБ має ряд спеціальних підрозділів швидкого реагування, загін ліквідації авіакатастроф (50 осіб, термін готовності 3 роки), передовий загін оперативної координації (17 осіб), технічний загін, підрозділи, що об'єднують спеціалізовані служби порятунку, залежно від типів катастроф (радіологічні, сейсмологічні та ін.), медичну колону – підрозділи, що об'єднують медичні засоби. Разом з підрозділами ГБ, часто випереджаючи їх, допомогу постраждалим надає медична служба Збройних сил Франції, яка в 1964 р. створила формування швидкого реагування (ЕМР), що складаються з парашутно-десантної групи модульного автомобільного госпіталю, спеціального загону посилення. Рішенням французького уряду в 1986 р. створено військові сили швидкого реагування для надання гуманітарної допомоги іншим країнам, такі ж військово-медичні формування для надання допомоги іншим країнам створені в Норвегії, США, Німеччині та інших країнах [3].

Система ШМД в НС у ФРН об'єднує елементи системи, які є в США і Франції. Відповідно до закону про захист від катастроф (1968 р.) у державі передбачено систему з надання різних видів допомоги (загальна чисельність – 600 000 осіб). В її завдання входить порятунок людей, усунення або зменшення поразок. У системі охорони здоров'я ФРН майже 500 000 ліжок, крім того, додатково (на випадок катастрофи) можуть бути розгорнуті 200 допоміжних лікарень на 1,2 млн ліжок.

У системі ШМД ФРН медична допомога під час загрозливих станів,

катастроф входить до компетенції спеціально підготовлених лікарів, але допускається надання такої допомоги парамедиками. Виділяють два варіанти роботи служби ШМД в умовах катастроф. Основний, постійно діючий варіант – цілодобове чергування бригад та їх виїзд з лікарень у зону катастрофи. До складу бригади входять спеціально підготовлений лікар, парамедик, медсестра з догляду і санітари. Другий (резервний) варіант вводиться в дію за умови виникнення надзвичайних обставин, тобто як засіб посилення надсилається бригада, обладнана пересувними станціями інтенсивної терапії. Для доставки спеціалізованих бригад у зону катастрофи може використовуватися авіація.

Крім того, для керівництва всією медичною службою в умовах катастрофи в кожному регіоні передбачена штатна посада провідного лікаря. Він призначається після 4-річного стажу роботи в зазначеній системі. Попередньо провідний лікар регіону повинен пройти спеціальну підготовку, мати теоретичний і практичний досвід у цій сфері, добре знати організаційно-штатну структуру підвідомчих йому установ і рятувальних служб, брати постійну участь у вдосконаленні та уточненні планів попередньої готовності до дій в умовах можливих катастроф.

У Нідерландах національний план на випадок катастроф передбачає використання 20 лікарень, на базі яких створені бригади ЕМД в складі хірурга, анестезіолога і двох медичних сестер. Ці бригади в зоні катастроф можуть надавати допомогу 200 потерпілим на годину.

У службі ШМД цієї країни існують такі ж, як і в США, три типи бригад. У зоні катастроф служба ШМД організовує пункти першої медичної допомоги, і весь обсяг допомоги надається фахівцями, аналогічними фахівцям ЕМТ-І і ЕМТ-Р. До складу кожної бригади додатково включається медична сестра з догляду за потерпілими. Крім того, для евакуації постраждалих заплановано широке використання службою ШМД транспорту, що належить поліції і пожежникам. Засобами посилення є також медична служба ЦО і національна медична служба Червоного Хреста [1].

У Великобританії основою для надання ЕМД є схема дій під час катастроф, яку розробило Міністерство охорони здоров'я. Згідно з цією схемою один із госпіталів кожного району буде працювати як основний з прийому постраждалих. Усі інші лікувальні стаціонарні установи району є допоміжними. Адміністрація основного госпіталю призначає головного лікаря, відповідального за надання медичної допомоги постраждалим, і виділяє лікаря для керівництва наданням допомоги безпосередньо на місці катастрофи. Основний госпіталь направляє пересувні медичні команди для надання медичної допомоги постраждалим на місці події.

Для попередження НС, а в разі їх виникнення для ліквідації наслідків, забезпечення безпеки населення і зменшення збитків економіки в Російській Федерації (РФ) у 1995 р. створена Російська система попередження та дій у НС мирного і воєнного часу (РСНС). Вона об'єднує органи управління, сили й засоби федеральних органів

виконавчої влади, органів виконавчої влади суб'єктів РФ, органів місцевого самоврядування та організацій, які уповноважені вирішувати питання захисту населення і територій від НС. РСНС складається з територіальних і функціональних підсистем.

У 1990 р. в рамках РСНС в РФ була створена служба екстреної медичної допомоги. З 1994 р. постановою Уряду РФ регламентовано створення Всеросійської служби медицини катастроф (ВСМК), яка призначена для проведення комплексу заходів щодо попередження та зменшення медико-санітарних наслідків стихійних лих, аварій, катастроф та медико-санітарного забезпечення населення в НС. ВСМК являє собою систему, яка функціонально об'єднує сили органів, установ і формувань охорони здоров'я всіх міністерств і відомств Росії для спільних дій щодо захисту життя і здоров'я громадян під час виникнення НС та ліквідації їх наслідків.

Відповідно до структури Єдиної державної системи попередження й ліквідації надзвичайних ситуацій, ВСМК має 5-рівневу структуру. На федеральному, регіональному, територіальному та місцевому рівнях створені й функціонують відповідні міжвідомчі координаційні комісії, а на об'єктовому рівні – штаб медичної служби цивільної оборони та НС об'єкта. До складу ВСМК входять Всеросійський центр медицини катастроф «Захист» МОЗ РФ, усеармійський центр медицини катастроф, установи федерального підпорядкування МВС, МНС РФ та інших міністерств і відомств, клінічні та наукові бази, призначені для участі та ліквідації медико-санітарних наслідків НС; регіональні центри медицини катастроф Санкт-Петербурга, Самари, Ростова-на-Дону, Єкатеринбурга, Новосибірська, Красноярська, Чити, Хабаровська, формування і установи регіону, що входять до їх складу; територіальні центри медицини катастроф, центри Держсанепіднагляду територіального рівня з формуваннями, що входять до їх складу, установи, клінічні бази; формування Міноборони, МВС, МНС РФ та інших міністерств і відомств, призначені для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків НС; формування і установи медицини катастроф населених пунктів, призначені для ліквідації медико-санітарних наслідків НС; формування служби медицини катастроф конкретних об'єктів (санітарні пости, санітарні дружини та ін.), призначені для участі в ліквідації наслідків НС.

Перед ВСМК у НС стоять такі основні завдання:

– своєчасне надання медичної допомоги, евакуація й лікування уражених, відновлення їх здоров'я, максимальне зниження невинуватих втрат у вогнищах катастрофи;

– проведення лікувально-профілактичної роботи, спрямованої на зниження психоневрологічного та емоційного впливів на населення та якнайшвидшу його реабілітацію;

– забезпечення санітарного благополуччя населення в районах катастроф, попередження поширення масових інфекцій серед населення в районах катастроф та на прилеглих до них територіях;

– збереження здоров'я особового складу служби в період ліквідації медичних наслідків НС, надання медичної допомоги персоналу рятувальних підрозділів;

– службово-медична експертиза загиблих, що включає встановлення причини смерті й проведення судово-медичного огляду.

У Швейцарії в системі ЦО передбачається розгортання 444 пунктів і 1 520 постів швидкої допомоги на 150 тис. ліжок. Пост ШМД розрахований на 5 000 жителів. Це приміщення для надання допомоги з 32-ма місцями для лежачих хворих. Пункт ШМД, будучи розрахований на 15 – 16 тис. жителів, виконує функції станції швидкої допомоги. Він містить приміщення для сортування, амбулаторію, операційну, гіпсову, а також місця для 128 лежачих хворих. Станція має аптеку, лабораторію і стерилізаційну [1].

Одночасно з формуванням сил швидкого реагування під час катастроф у системах громадянської охорони здоров'я різних країн світу створені військово-медичні формування для надання гуманітарної допомоги. Прикладом спеціалізованої штатної структури військово-медичної служби, призначеної для роботи в умовах катастроф, є французьке військово-медичне формування швидкого реагування (EMMIR). Це формування чисельністю 78 осіб (створено в 1982 р.) включає групу управління, дві хірургічні, одну терапевтичну, дві госпітальні групи (по 50 ліжок), а також групи супроводу для повітряної евакуації, транспорту і зв'язку. Формування може діяти автономно як у повному складі, так і в складі окремих груп.

У Фінляндії прийнята триступенева система готовності. Перший ступінь – реагування на повсякденні НС (пожежі, транспортні аварії тощо). Другий – реагування на катастрофи та лиха, коли потрібно задіяти до 2 500 осіб. При цьому передбачається збільшення сил за рахунок залучення до аварійно-відновлювальних робіт не тільки підрозділів служби, але й інших відомств і організацій. Третій ступінь передбачений на випадок виникнення загальнодержавних кризових ситуацій. У цілому в цей період система ЦО являє собою рятувально-цивільно-оборонне угруповання чисельністю 8 300 осіб, яка передбачає також залучення допомоги інших держав [10].

У Норвегії подібне формування військово-медичної служби існує з 1965 р. До його складу входять передопераційне, операційне, протишокове, анестезіологічне, рентгенологічне відділення й відділення догляду на 30 потерпілих. Весь персонал формування становить 21 особу [1]. Аналогічні військово-медичні формування створені і в інших країнах.

У системах ЦО країн НАТО в галузі попередження й ліквідації НС особлива увага приділяється плануванню дій і підтриманню в постійній готовності органів управління, рятувальних служб і формувань. Планування ведеться на рівні місцевих органів влади – мерій, які виконують найбільший обсяг робіт в умовах надзвичайної обстановки. Загальне керівництво в них, як правило, здійснюють мери, а безпосереднє – призначувані ними начальники ЦО [8; 9].

Принципи залучення населення до служби в рятувальних

формуваннях різні: у Туреччині і Португалії – за призовом, у США, Канаді, Великобританії, Росії – добровільний, у Німеччині, Франції, Бельгії, Норвегії та Нідерландах – добровільний у поєднанні з обов'язковим залученням певних категорій громадян [10; 12].

Таким чином, у результаті дослідження виявлено, що спільним для всіх держав є наявність систем постійної готовності до НС, а відмінності обумовлені національними, природно-географічними особливостями, соціально-економічними факторами, рівнем науково-технічного розвитку. Поряд із державними установами в роботі з надання допомоги потерпілим велике значення належить приватним та громадським організаціям.

Отже, вивчення досвіду зарубіжних держав в організації допомоги ураженим в умовах НС відіграє вагомий роль у вирішенні проблем медицини катастроф в Україні, що дозволить підвищити ефективність надання допомоги населенню в разі виникнення різних аварій і катастроф.

### Список використаних джерел

1. **Борчук Н. И.** Опыт организации экстренной медицинской помощи при катастрофах за рубежом / Н. И. Борчук // Мед. новости. – 2000. – № 7. – С. 23 – 25.
2. **Службы спасения** в странах Запада. Опыт организации и деятельности по предупреждению и ликвидации ЧС // Гражд. оборона. – 2001. – № 2. – С. 26 – 27.
3. **Труш О. О.** Методологічні засади компаративної політики у сфері цивільного захисту / О. О. Труш // Акт. пробл. держ. упр. : зб. наук. пр. – Х. : Магістр, 2010. – № 1 (37). – С. 135 – 139.
4. **Conflict and catastrophe medicine: a practical guide** / ed. by J. Ryan ets. – Springer, 2002. – 409 p.
5. **Heberer G.** Kontroverse Katastrophenmedizen / G. Heberer // Forstsch. Med. – 1985. – Bd. 103, № 11. – S. 14 – 15.
6. **Intensive and Critical Care Medicine Reflections, Recommendations and Perspectives** / ed. by A. Gullo. – Approx, 2005. – 245 p.
7. **Mahoney L. E.** The U.S. National Disaster Medical System / L. E. Mahoney, C. H. Eseh // JWAEDM. – 1986. – № 4. – P. 149 – 151.
8. **Manual of disaster medicine: Civilian and military** / ed by N. D. Reis, E. Dolev. – Berlin, 1989. – 475 p.
9. **Oppermann Ch.** Arzneimittellieferungen bzw. Spenden in Katastrophenmedizin / Ch. Oppermann // Pharh. Industr. – 1991. – Bd. 53, № 1. – S. 7 – 8.
10. **Rinault D.** La chirurgie d'urgence en ameliore de catastrophe collective / D. Rinault // Med. Arm. – 1981. – T. 9, № 6. – P. 535 – 559.
11. **Tenenbaum A.** Data Structures Using Pascal. Englewood Cliffs / A. Tenenbaum, M. Augenstein. – N. Y. : Prentice-Hall, 1981.
12. **Wiener S. L.** Trauma management for civilian and military physicians / S. L. Wiener, T. J. Barre. – Philadelphia, 1986. – 243 p.
13. **Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine Series: Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine** // Annual volumes. – 2005. – Vol. XXIV. – 784 p.

*Надійшла до редколегії 01.11.12*

## ДЕРЖАВНА СЛУЖБА

УДК

Наталія ГОНЧАРУК

*Національна академія державного управління  
при Президентів України*

*Дніпропетровський регіональний інститут державного управління*

Наталія АРТЕМЕНКО

*Департамент кадрової політики Міністерства оборони України*

### **ПЛАНУВАННЯ КАР'ЄРНОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ У КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ**

**Розкриваються особливості планування кар'єри та її розвитку, розробляється комплексна модель управління кар'єрою державного службовця, яка складається з трьох взаємопов'язаних частин: процесу реалізації кадрової політики, проходження державної служби з урахуванням кар'єрного розвитку державного службовця, процесу управління кар'єрою державного службовця.**

**Ключові слова:** державна служба, планування кар'єрного розвитку, кар'єрний розвиток державного службовця, державна кадрова політика, управління кар'єрою державного службовця.

***Наталья Гончарук, Наталья Артеменко.* Планирование карьерного развития государственных служащих в контексте реформирования государственной службы**

Раскрываются особенности планирования карьеры и ее развития, разрабатывается комплексная модель управления карьерой государственного служащего, которая состоит из трех взаимосвязанных частей: процесса реализации кадровой политики, прохождения государственной службы с учетом карьерного развития государственного служащего, процесса управления карьерой государственного служащего.

**Ключевые слова:** государственная служба, планирование карьерного развития, карьерное развитие государственного служащего, государственная кадровая политика, управление карьерой государственного служащего.

***Nataliia Goncharuk, Nataliia Artemenko.* Planning of civil servants career development in the context of reforming of public service**

The peculiarities of the planning and development of career are considered. The

© Гончарук Н. Т., Артеменко Н. Ф., 2012