

11. Державне управління і державна служба: Навч.- метод. посібник. /Черніг. центр перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів держ. влади, органів місц. самоврядування, держ. п-в, установ і орг.; Упор.: Н.М. Мужикова, О.М. Клименок. – Чернігів: ЦППЖ, 2009. – 64 с.

12. Державне управління у сфері цивільного захисту: навч. посіб. /За заг. ред. С.М. Гусарова]. – Львів.: Укр. акад. Друкарства, 2009 – 122 с.

УДК 614.8+351.7

*Волянський П.Б., д.держ.упр., доцент,
Долгий М.Л., к.б.н., доцент,
Терент'єва А.В., д.держ.упр., с.н.с.,
Стрюк М.П., Дрозденко Н.В.*

МЕДИЧНЕ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ

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. 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.

Значну загрозу для соціально-політичної та соціально-економічної стабільності держави можуть мати спалахи особливо небезпечних та небезпечних інфекційних хвороб, котрі викликають занепокоєність не лише своєю поширеністю, але й через загрозу, яку вони можуть сприяти здоров'ю нації, її економіці та міжнародному іміджу держави.

У цьому сенсі є доцільним нагадати, що Україна є потенційно-загрозливою територією щодо виникнення епідемій, це обумовлено низкою природних, транспортних, географічних та геополітичних факторів.

Виходячи із вищевикладеного вважається за можливе переконливо стверджувати, що медико-санітарні наслідки (реальні та потенціальні) надзвичайної ситуації безумовно є загрозою національної безпеки України як безпосередньо, так і внаслідок вкрай негативного впливу на соціально-економічний, соціально-політичний та, не в останню чергу, психологічний стан населення країни.

Надзвичайні ситуації як правило впливають на життя значних контингентів населення на великих територіях, тому існує велика ймовірність виникнення значної кількості постраждалих, які потребують надання екстреної медичної допомоги. У цьому випадку попередженню виникнення великої кількості безповоротних санітарних втрат може сприяти комплекс заходів з медичного захисту постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій природного або техногенного характеру, що включає в себе лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи, заходи з медичного постачання. При цьому, означені заходи повинні проводитись у максимально стислий термін та

спеціальними, професійно підготовленими формуваннями.

В ст. 36 „Медичний захист, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя” Кодексу цивільного захисту України зазначено, що медичний захист, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя включає надання медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, рятувальникам та іншим особам, які залучаються до виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт. Медична допомога забезпечується службою медицини катастроф, керівництво якою здійснює центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Згідно зі ст. 12 Закону України „Про екстрену медичну допомогу”, домедичну допомогу особам, які перебувають у невідкладних станах, зобов'язані надавати рятувальники аварійно-рятувальних служб, пожежники, міліціонери, фармацевти, провідники залізничного транспорту, бортпровідники, інші особи, які в зв'язку зі своїми службовими обов'язками повинні володіти відповідними навичками.

Аналіз нормативно-правової бази медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру показав недосконалість, неузгодженість і суперечність нормативно-правової бази у сфері цивільного захисту та охорони здоров'я, відсутність належної, конкретної і детально розробленої правової бази, що регулює своєчасність та адекватність надання медичної допомоги постраждалим безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації, а також те, що відсутність контролю за її дотриманням призвела у попередні роки до багатьох недоліків при реалізації заходів з організації ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Подальші напрями дослідження необхідно зосередити на розробці методичного забезпечення щодо навчання рятувальників навичкам надання домедичної допомоги, а також визначення алгоритмів взаємодії спеціалізованих аварійно-рятувальних формувань при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Ключові слова: цивільний захист, медичне реагування, екстрена медична допомога, домедична допомога, надзвичайна ситуація, медицина катастроф, рятувальники.

Постановка проблеми. 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. 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).

У техногенній сфері рівень небезпеки посилюється високим рівнем фізичного та морального зносу основних засобів, обмеженим фінансуванням заходів безпеки, недостатнім матеріально-технічним оснащенням органів управління та сил реагування на надзвичайні ситуації.

Основними чинниками фізичного походження, що призводять до виникнення природних НС та катастроф залишаються стихійні гідрометеорологічні явища та небезпечні геологічні процеси.

Високий рівень розвитку технічно складного виробництва України, значний обсяг транспортування, зберігання і використання небезпечних (шкідливих) речовин, матеріалів та виробів, значне накопичення відходів виробництва та життєдіяльності, інші техногенні фактори суттєво впливають на рівень загрози виникнення техногенних надзвичайних ситуацій.

Продовжується розвиток екзогенних геологічних процесів, з них найбільш небезпечними для життєдіяльності населення та об'єктів економіки, залишаються зсуви, абразія, карстові процеси та підтоплення земель і населених пунктів. Небезпека значно зростає у місцях розташування об'єктів, що створюють сприятливі умови для активізації процесів та виникнення надзвичайних ситуацій техногенного походження. До них належать гірничо-видобувні та переробні підприємства, меліоративні системи, промислово-міські агломерації, автомобільні дороги, залізничні колії, нафто- та газопроводи тощо.

Радіаційна загроза обумовлена функціонуванням на території України підприємств, установ та організацій, що використовують у своїй діяльності радіаційно-небезпечні технології та джерела іонізуючих випромінювань (ДІВ); атомних електростанцій; регіональних підприємств з поховання та переробки радіоактивних відходів тощо.

На території України функціонує значна кількість вибухо- та пожежонебезпечних об'єктів. Особливу занепокоєність викликають хімічно небезпечні об'єкти, в зонах можливого хімічного зараження яких мешкає близько 26% населення країни.

На арсеналах, базах і складах Збройних Сил, що дислоковані по всій території України, зберігається близько 10 тис. т пороху та 8 тис. т вибухових речовин, а завантаженість місць зберігання боєзапасу у середньому в 1,5 рази перевищує встановлені норми.

Гострою залишається проблема зберігання токсичних компонентів ракетного палива. На більшості об'єктів його зберігання строк експлуатації спеціальних резервуарів вичерпано, а отже виникає безпосередня загроза життю і здоров'ю населення від негативного впливу, зумовленого забрудненням навколишнього природного середовища.

Територія нашої країни покрита мережею потужних транспортних магістралей, якими 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 стихіями, а також масовим поширенням інфекційних хвороб.

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

Останні десятиліття історії людства позначилися значною кількістю надзвичайних ситуацій природного, антропотехногенного та соціально-політичного характеру, котрі супроводжуються не тільки матеріальними а й, на жаль, занадто великими людськими втратами.

Значну загрозу для соціально-політичної та соціально-економічної

стабільності держави можуть мати спалахи особливо небезпечних та небезпечних інфекційних хвороб, котрі викликають занепокоєність не лише своєю поширеністю, але й через загрозу, яку вони можуть сприяти здоров'ю нації, її економіці та міжнародному іміджу держави.

У цьому сенсі є доцільним нагадати, що Україна є потенційно-загрозливою територією щодо виникнення епідемій, це обумовлено низкою природних, транспортних, географічних та геополітичних факторів.

Виходячи із вищевикладеного вважається за можливе переконливо стверджувати, що медико-санітарні наслідки (реальні та потенціальні) НС безумовно є загрозою національної безпеки України, як безпосередньо, так й внаслідок вкрай негативного впливу на соціально-економічний, соціально-політичний та, не в останню чергу, психологічний стан населення країни.

Наявність вказаної загрози потребує ефективної та адекватної системи медичного захисту населення від наслідків НС природного і техногенного характеру.

Розвиток будь-якої держави неможливий без впровадження різних видів технологій – промислових, сільськогосподарських, військових тощо. Але при цьому є постійний ризик виникнення НС різного характеру.

В Україні середній показник смертності від НС становить 130 – 135 осіб на 100 тис. населення, що перевищує відповідні показники в країнах Європи в 3 – 5 разів. При цьому близько 24% постраждалих помирають у лікарнях, а 76% – на догоспітальному етапі. За аналогічними показником у розвинутих державах світу 72% постраждалих помирає саме в лікарні, і тільки 28% на догоспітальному етапі [1].

Виділення невирішених питань. НС як правило впливають на життя значних контингентів населення на великих територіях й тому велика ймовірність виникнення значної кількості постраждалих, які потребують надання екстреної медичної допомоги (ЕМД). У цьому випадку попередженню виникнення великої кількості безповоротних санітарних втрат може сприяти комплекс заходів з медичного захисту постраждалих внаслідок НС природного або техногенного характеру, що включає в себе лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, заходи з медичного постачання. При цьому, означені заходи повинні проводитись у максимально стислий термін та спеціальними, професійно підготовленими формуваннями [2, 3].

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 09.01.2014 № 11 „Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту” (далі – Положення) [4] на МОЗ України покладено завдання щодо створення підсистеми медичного, біологічного та психологічного захисту населення з утворенням відповідної медичної спеціалізованої служби. На жаль, на поточний момент положення про медичну спеціалізовану службу МОЗ України перебуває в стані розробки, що ускладнює координацію та взаємодію при подоланні медико-санітарних наслідків НС.

Прийняття Постановою Кабінету Міністрів від 09.01.2014р. № 11 „Про затвердження Положення про єдину систему цивільного захисту даного” (далі „Положення”) не дає можливості для подальшого регулювання питань щодо напрацювання нормативної бази для здійснення заходів функціональної підсистеми медичного захисту населення в відповідності до вимог Кодексу цивільного захисту України.

Одним з важливих етапів утворення єдиної державної системи цивільного

захисту (ЄДС ЦЗ) є виконання вимог ст. 9 Кодексу цивільного захисту України [5] щодо створення функціональної підсистеми у сфері охорони здоров'я. Згідно з Додатком 1 Положення МОЗ України має створити дві функціональні підсистеми: перша – медичного, біологічного та психологічного захисту населення та друга – забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення. Згідно з п. 7 Положення безпосереднє керівництво цими підсистемами здійснюється керівником органу, що створює підсистему, а згідно зі ст. 10, пп. 2 – постійно діючим органом управління підсистемою на державному рівні має бути центральний орган виконавчої влади та підрозділ з питань цивільного захисту у складі його апарату.

Для фактичного створення підсистем (підготовки „Положень про підсистему медичного захисту”) необхідна ще наявність згідно зі ст.9 п.2 Кодексу цивільного захисту України „Типового положення про підсистему”. Запропоноване використання для медичного захисту населення ст. 36 Кодексу цивільного захисту сил медицини катастроф суперечить світовому досвіду, згідно з яким медицина катастроф – найбільш економічний засіб зосередження розміщених на всій території держави формувань для медичного захисту в зоні НС [6-9]. Аналіз даної проблеми при сучасних воєнних конфліктах та в особливий період свідчить, що санітарні втрати серед мирного населення складають 93-95% від загальних санітарних втрат і потребують відповідних медичних формувань, запасів медичного обладнання, медикаментів, ліжкофонду та особового складу формувань відповідно більших, ніж розрахунки для санітарних втрат від НС мирного часу [9-13].

Серед недоліків існуючої підсистеми медичного захисту можна виділити наступні:

- не створено централізований заклад (штаб, що водночас координував би діяльність різних служб при наданні медичної допомоги постраждалим в разі виникнення НС;

- наявна проблема своєчасного доправлення постраждалих до лікувальних закладів, тобто не відпрацьована дієва організація медичного сортування, що негативно позначається на кількості врятованих;

- відсутня централізована система навчання населення домедичній допомозі;

- потребує законодавчого врегулювання організація надання домедичної допомоги безпосередньо в зоні НС.

Виклад основного матеріалу. В Україні для забезпечення надання медичної допомоги населенню на випадок виникнення катастроф, стихійних лих в 1990 р. була створена служба ЕМД.

З метою створення єдиної державної системи медичної допомоги на випадок екстремальних ситуацій на території України постановою Кабінету Міністрів України в 1997 році створено Державну службу медицини катастроф (ДСМК) [14, 15]. Основним завданням ДСМК встановлено надання громадянам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) безоплатної медичної допомоги.

Управління та організація служби медицини катастроф забезпечується розумним поєднанням централізованого управління ЕМД на догоспітальному етапі, медичною евакуацією і госпіталізацією постраждалих за призначенням, наданням екстреної кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги з децентралізованим

управлінням подоланням медико-санітарних наслідків НС [3 ,6, 9].

Централізація управління службою медицини катастроф забезпечується функціональною підсистемою Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань НС (УІАС НС) у межах МОЗ України з передачею управлінських рішень та інформації за всіма рівнями реагування на НС.

Організаційна структура служби медицини катастроф передбачала два рівні управління: центральний та територіальний. Центральний рівень управління включав спеціально визначені до цього рівня медичні сили і засоби закладів системи МОЗ України, центральних органів виконавчої влади та органів управління охорони здоров'я адміністративних територій, призначених діяти у будь-якому районі України після виникнення надзвичайної ситуації, медико-санітарні наслідки якої не можуть бути ліквідовані за допомогою медичних сил і засобів територіального рівня служби медицини катастроф даної адміністративної території. Також до складу служби медицини катастроф входять мобільні формування, що функціонально підпорядковуються установі Служби.

Територіальний рівень управління охоплював медичні сили і засоби адміністративно-територіальних органів охорони здоров'я та сили і засоби розміщених на цій території медичних закладів центральних органів виконавчої влади, приватних чи громадських медичних закладів, що визначені для подолання медико-санітарні наслідки НС на даній території (АР Крим, області, міста центрального підпорядкування).

Головними закладами служби медицини катастроф були призначені: на центральному рівні – УНПЦ ЕМД та МК, на територіальному рівні – територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ТЦЕМД та МК), що мали статус юридичних осіб подвійного підпорядкування – безпосередньо підлягали МОЗ АР Крим, управлінням охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, функціонально – УНПЦ ЕМД та МК.

З початку 2013 року набрав чинності Закон України “Про екстрену медичну допомогу” [16], яким визначено:

організаційно-правові засади забезпечення громадян України та всіх інших осіб, що перебувають на території України, екстреною медичною допомогою;
засади організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги;
повноваження органів влади та місцевого самоврядування у цій сфері;
правовий статус центрів екстреної медичної допомоги, оперативно-диспетчерських служб цих центрів, станцій і бригад екстреної медичної допомоги;
соціальні права і гарантії працівників системи екстреної медичної допомоги;
порядок фінансового, матеріально-технічного та наукового забезпечення діяльності системи екстреної медичної допомоги.

Слід звернути увагу, що в Законі України „Про екстрену медичну допомогу” щодо питань медицини катастроф були зафіксовані радикальні зміни. Так, в Прикінцевих положеннях (ст. 16 п. 8 та п. 9) фактично (непрямо) ліквідувалися поняття ДСМК взагалі та центрального рівня ДСМК особисто, і вводилися відповідно в правках до Законів України „Про аварійно-рятувальні служби” та „Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій технічного та природного характеру” „... служби медицини катастроф, які діють у складі центра екстреної медичної допомоги та медицини катастроф”. До речі, в „Типових положеннях про центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф”, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1116 у

складі Центру ці служби не фігурують, і взагалі зазначено Структуру центру та штатний розклад затверджує його керівник за погодженням з МОЗ АР Крим, структурним підрозділом з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій”.

З ліквідацією понять ДСМК та його центрального рівня (в правовому просторі Закону України „Про екстрену медичну допомогу”) залишилися відкритими питання про легітимність існування і подальші функції закладів і формувань центрального рівня ДСМК, у т.ч. головного мобільного медичного формування ДСМК – мобільного госпіталю ДСНС України та головного закладу цього рівня – УНПЦ ЕМД та МК. Це спонукало розробити і подати чинним порядком до МОЗ України проект постанови Кабінету Міністрів України, яким вважаються такими, що втратили чинність постанови Кабінету Міністрів України від 14.04.1997 № 343 „Про утворення державної служби медицини катастроф” [14] та від 11.07.2001 № 827 „Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф” [20]. Відповідно до тексту проекту постанови Державний заклад „УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України” позбавляється функції головного науково-практичного закладу ДСМК, та реорганізується в науково-дослідну установу проблем ЕМД та МК підпорядкування МОЗ України. Слід зауважити, що ДСМК, як державна служба, є підсистемою ЄДС ЦЗ та розбудована на центральному та регіональному рівнях. Централізація структури зумовлена тим, що небезпеки для держави від НС державного рівня вимагають негайного централізованого управління всіма силами цивільного захисту, включаючи медичний, і можливостей зосередити більші сили, ніж здатна негайно мобілізувати будь-яка регіональна служба [3, 18, 19].

У Кодексі цивільного захисту України у п.9 ст. 22 „Склад та основні завдання сил цивільного захисту” зазначено, що особливим видом аварійно-рятувальних служб є служби медицини катастроф, що діють у складі центрів ЕМД та МК системи ЕМД та створюються органами влади АР Крим, областей, міст Києва та Севастополя відповідно Закону України „Про екстрену медичну допомогу”. Тобто, служби, як згідно з нормами Закону України „Про екстрену медичну допомогу”, створюються тільки на територіальному рівні. В ст. 36 „Медичний захист, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя” зазначено, що медичний захист, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя включає надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС, рятувальникам та іншим особам, які залучаються до виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт. Медична допомога забезпечується службою медицини катастроф, керівництво якою здійснює центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Тобто МОЗ України створює і керує службою медицини катастроф, яка раніше була центральним рівнем ДСМК.

У ст. 25 „Спеціалізовані служби цивільного захисту” в п.1. зазначено, що спеціалізовані служби цивільного захисту (медичні) утворюються для проведення спеціальних робіт і заходів з цивільного захисту та їх забезпечення, що потребують залучення фахівців певної спеціальності, техніки і майна спеціального призначення; галузеві – у системі центрального органу виконавчої влади та центральні – центральним органом виконавчої влади.

Підсумовуючи, слід відмітити, що після набрання чинності Кодексу цивільного захисту України, служби медицини катастроф територіальних центрів

екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ще не створені. Існуючі нормативні документи щодо реалізації функцій, які були покладені на ДСМК територіального рівня, його заклади, формування та їх структурні підрозділи нормативними актами Кабінету Міністрів України, відомчими наказами МОЗ України, не базуються на вимогах Кодексу цивільного захисту України, а відносяться до формувань і структур нечинної ДСМК, і тому виконуються не в повній мірі. Однією з причин цього є відсутність передбаченими п. 22 ст. 18 Кодексу цивільного захисту у складі МОЗ підрозділів з питань цивільного захисту, укомплектованих відповідними компетентними фахівцями для організації заходів цивільного захисту.

З прийняттям Закону України „Про екстрену медичну допомогу” відбулося розмежування видів медичної допомоги з урахуванням категорій осіб, які її безпосередньо надають постраждалим, а саме:

домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи;

екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я;

Згідно зі ст. 12 цього Закону України, домедичну допомогу особам, які перебувають у невідкладних станах, зобов'язані надавати рятувальники аварійно-рятувальних служб, пожежники, міліціонери, фармацевти, провідники залізничного транспорту, бортпровідники, інші особи, які в зв'язку зі своїми службовими обов'язками повинні володіти відповідними навичками.

Основоположні принципи організації медичної допомоги за умов НС передбачають:

наявність координаційного центру в зоні надзвичайної ситуації, який реалізує лікувально-евакуаційне забезпечення постраждалих;

максимальне використання місцевої мережі наявних закладів охорони здоров'я;

використання на догоспітальному етапі штатних медичних формувань, що здатні надати медичну допомогу в потрібному обсязі у визначеному часовому інтервалі;

обов'язкове включення до структури служби медицини катастроф профільних стаціонарних закладів.

Поетапне надання медичної допомоги постраждалим в Україні [3, 6, 9, 15, 17] можна представити у такому вигляді (Табл.1.):

Основним завданням служби медицини катастроф згідно з чинними законодавчими актами [12, 14, 20] визначається надання постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) безоплатної медичної допомоги, тобто на Службу покладено вирішення в повному

обсязі всіх медичних аспектів функціонування державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації.

Таблиця 1 – Поетапне надання медичної допомоги постраждалим в Україні

Етап надання допомоги	Догоспітальний		Ранній госпітальний	Госпітальний
Місце надання допомоги	Зона НС	Межа зони НС	Приймальне відділення закладу охорони здоров'я	Клінічні відділення закладу охорони здоров'я
Вид допомоги	Домедична допомога (визначено Законом України „Про екстрену медичну допомогу” від 05.07.2012 № 5081-VI)	Екстрена медична допомога (визначено Законом України „Про основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 № 2801-XII)	Вторинна медична допомога (визначено Законом України „Про основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 № 2801-XII)	Третинна медична допомога (визначено Законом України „Про основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 № 2801-XII)
Хто надає допомогу	Рятувальники, пожежні, волонтери	Бригади ШМД бригади служби медицини катастроф I черги ММП ДСНС України	Бригади служби медицини катастроф II черги персонал приймального відділення	Персонал клінічних відділень закладу охорони здоров'я
Обсяг допомоги	Вступне сортування. Професійна підтримка життя	Медичне сортування. Невідкладна допомога. Медична евакуація	Кваліфікована (з елементами спеціалізованої) медична допомога	Спеціалізована медична допомога. Медико-психологічна реабілітація
Термін надання допомоги	до 60 хв. „Золота година”	0-72 год. (термін вказано з урахуванням проведення пошуково-рятувальних робіт)	1-24 год	1-90 діб
Чим регламентовано надання допомоги	Наказ МОЗ України „Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах” від 16.06.2014 № 398	Медичні стандарти. Клінічні протоколи. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 № 34 „Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації ЕМД”	Медичні стандарти. Клінічні протоколи	Медичні стандарти. Клінічні протоколи
Матеріально-технічне забезпечення	Індивідуальна аптечка. Автомобільна аптечка	Табель матеріально-технічного оснащення підрозділу.	Табель матеріально-технічного оснащення відділення.	Табель матеріально-технічного оснащення відділення.

Основними завданнями служби медицини катастроф є:

надання ЕМД постраждалим і хворим під час подолання медико-санітарних наслідків НС, на шляхах евакуації та на територіях, які використовуються для розміщення населення із зони НС;

накопичення оперативних запасів медичних, матеріальних і технічних засобів для подолання медико-санітарних наслідків НС;

прогнозування медико-санітарної обстановки на адміністративних територіях України, що може скластися за умов НС природного і техногенного характеру та аналіз досвіду ліквідації їх наслідків;

підготовка і підтримання оперативної готовності сил і засобів, необхідних для подолання медико-санітарних наслідків НС;

підготовка кадрів для служби медицини катастроф;

проведення наукових досліджень з проблем медицини катастроф і впровадження їх результатів у практику охорони здоров'я.

У складі служби медицини катастроф центрального рівня створений та діє мобільний медичний госпіталь, що віднесений до сфери управління ДСНС України.

З перших хвилин після виникнення НС робота органів охорони здоров'я повинна бути спрямована на надання ЕМД [3, 6, 14, 20]: мобілізований медичний персонал, до осередку НС направлені мобільні формування служби медицини катастроф, налагоджено постачання медикаментів і медичного майна, медична евакуація постраждалих, забезпечений порядок на дорогах та безперебійна робота транспорту.

За умов масових санітарних втрат, що визначає необхідність розподілу масиву постраждалих, особливого значення набуває медичне сортування [2, 3, 9, 15, 17], що повинне забезпечувати сприятливі умови для найбільш раціонального використання кваліфікованих лікарських (особливо хірургічних) сил та адекватного задіяння лікувально-профілактичних закладів, найбільш ефективного та своєчасного надання медичної допомоги якомога більшій кількості постраждалих у потрібній черговості.

При подоланні медико-санітарних наслідків НС на цей час існує проблема надання ЕМД постраждалому населенню, яка полягає в тому, що даний вид медичної допомоги надається формуваннями служби медицини катастроф поза межами зони НС, що засвідчено Положенням про Державну службу медицини катастроф, яке затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 № 827 [20]. Тобто віддаляється термін її надання, що призводить до появи ускладнень при ураженнях (захворюваннях) і збільшує ймовірність летальних випадків. До того ж наявний особовий склад бригад швидкої медичної допомоги системи МОЗ України фізично, психологічно та матеріально не підготовлений до роботи безпосередньо в зоні НС.

Спираючись на норми Кодексу цивільного захисту слід зазначити, що для вирішення можливості допуску до надання ЕМД безпосередньо в зоні НС особовий склад мобільних медичних формувань служби медицини катастроф має пройти відповідну підготовку за навчальними програмами підготовки рятувальників та пройти атестацію щодо визначення можливості виконання робіт у зоні НС та отримати посвідчення, жетон та книжку рятувальника.

Враховуючи вище наведене, визначені наявні певні юридичні колізії у правовому забезпеченні організації та надання медичної допомоги постраждалим

внаслідок безпосередньо в зоні НС.

Реалізація норм чинного законодавства, яке регламентує організацію та надання медичної допомоги постраждалим, можлива за умови розробки єдиних підходів щодо організації лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) населення за умов НС. Головним завданням ЛЕЗ є надання ЕМД особам, які її потребують безпосередньо в зоні НС на підставі уніфікованих (стандартизованих) медичних технологій [2, 3, 9].

Розробка єдиних підходів щодо організації лікувально-евакуаційного забезпечення дозволить:

реально наблизити до осіб, які постраждали внаслідок НС, надання ЕМД;

уникнути розвитку ускладнень при ураженнях або захворюваннях і зберегти здоров'я людей;

зменшити навантаження на бригади швидкої медичної допомоги та не порушувати ритм їх повсякденної роботи.

У жодному разі не передбачається руйнування процесу надання ЕМД, що перебуває в штатному (повсякденному) режимі, тому, що існуюча система надання екстреної (швидкої) медичної допомоги населенню в основному розрахована на роботу в штатному режимі. Часом доведено та виправдано, що організація збереження життя від першого звернення громадянина за медичною допомогою до завершення відновлення здоров'я повинна бути в сфері повноважень одного міністерства – МОЗ України [21]. Це є одним з основних завдань МОЗ України, що й закріплено законодавчо та підтверджено життям.

Грунтуючись на розробленій організаційній моделі управління наданням медичної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків НС при значному скупченні людей [13] та аналізі джерел наукової інформації [2, 7, 8, 9, 17, 22, 23] нами розроблено організаційно-функціональну схему медичного реагування на НС (Рис. 1).

Відповідно до організаційної моделі управління наданням медичної допомоги при ліквідації медико-санітарних наслідків НС інформація про НС що сталася по каналах зв'язку УІАС НС передається від територіального центру ЕМД та МК до резервного вузлу зв'язку МОЗ України (УНПЦ ЕМД та МК). У цьому повідомленні містяться відомості про характер НС, масштаб, місце і час настання події, а також дані про загиблих і постраждалих. При формуванні даного термінового повідомлення іноді виникають розбіжності у подачі відомостей про постраждалих і загиблих у зв'язку з недосконалістю самої форми термінового повідомлення, де чітко не вказано, що кількість загиблих прописується окремим рядком у тексті повідомлення.

Після отримання термінового повідомлення про НС відбувається аналіз санітарних втрат серед постраждалого населення, з'ясовується обсяг санітарних втрат, визначаються поворотні та безповоротні втрати, робиться прогноз.

При прибутті рятувальників до місця надзвичайної події (осередку ураження) оголошується, що прибула допомога, яка приступає до надання допомоги всі постраждалим та кожному з них особисто, проводиться вступне сортування. Наступним заходом є оголошення про те, що всі хто може ходити – щоб виходили з осередку (місця події). Для чого створюються необхідні умови для безперешкодного їх виходу із зони (осередку) надзвичайної події, зустрічі та відведення у безпечну зону з подальшим зігріванням, контролем їх стану та психологічною підтримкою.

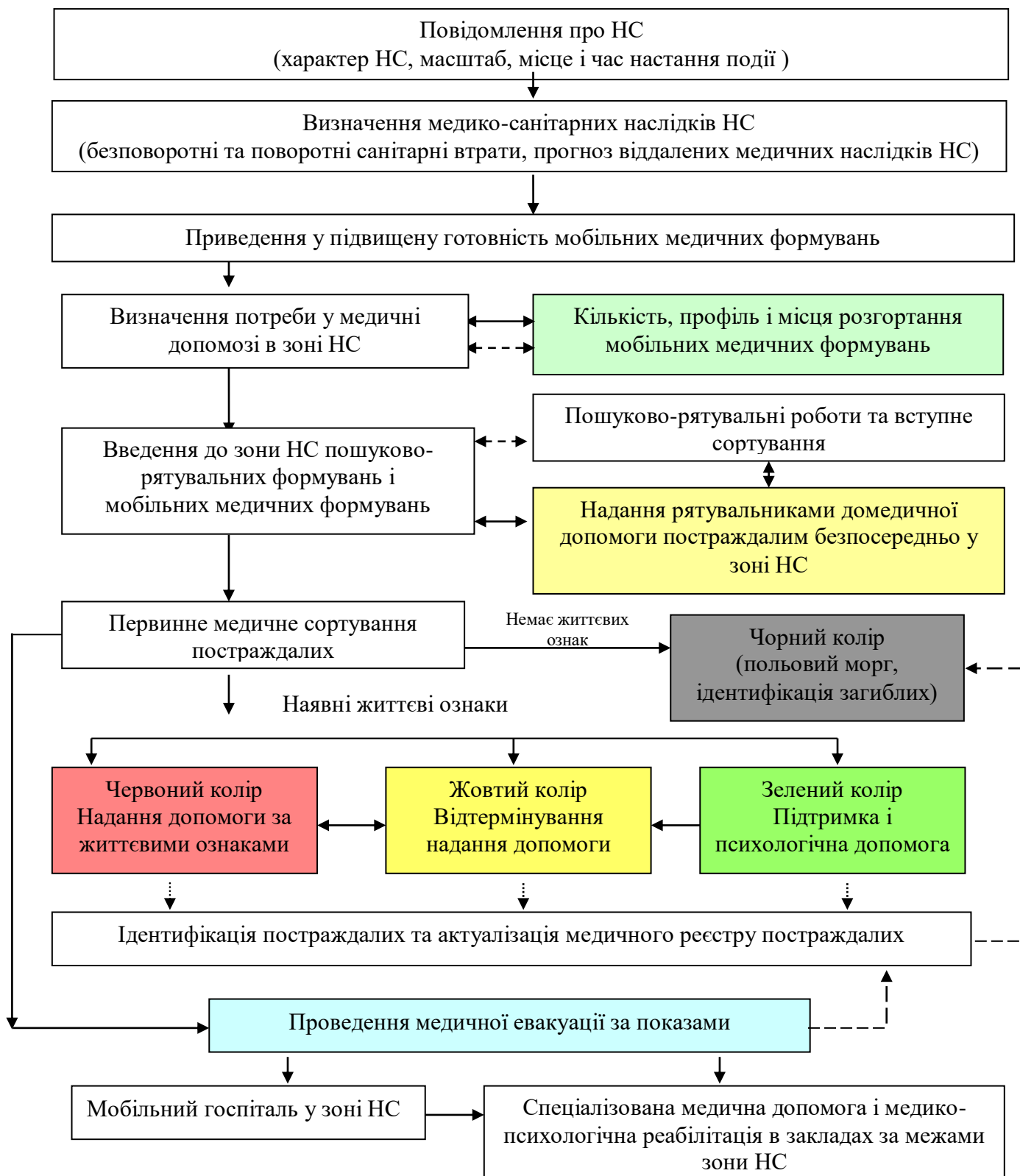


Рисунок 1 – Організаційно-функціональна схема медичного реагування на НС

Оскільки у групі цих ходячих постраждалих, маркованих „зеленим” кольором жетонів, заздалегідь можна передбачати у значній мірі вірогідність психічних порушень, безумовно важливим фактором серед рятувальних заходів, є набуття рятувальниками ДСНС України (співробітники МВС) практичних навичок психологічної підтримки постраждалих в умовах НС. Водночас здійснюється виклик необхідної кількості бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Після виведення з осередку НС всіх постраждалих, які можуть рухатись, здійснюється обстеження зони НС і маркування постраждалих сортувальними браслетами: червоним – усіх, хто говорить, стогне, плаче, кашляє, а також тих, хто непритомний, проте з наявними ознаками дихання, яке визначається стандартним прийомом протягом 10 секунд після забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів постраждалого та виявлення ознак дихання. Постраждалих, які не дихають після забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів не маркують.

У разі неможливості проведення сортування рятувальниками ДСНС України (осередок небезпечний), евакуюють максимально найбільшу кількість постраждалих, які мають ознаки життя, за межі небезпечної зони (пункт збору постраждалих), в якій відбудеться вступне сортування, надання домедичної допомоги і в подальшому первинне медичне сортування.

Першочерговим є медичне сортування, яке ґрунтується на необхідності надання ЕМД в максимально короткий термін якомога більшої кількості постраждалих, що мають шанс на виживання.

Сортування відбувається на спеціально оснащених кольорових майданчиках, де в залежності від стану постраждалого він спрямовується за відповідним кольоровим позначенням [3, 9, 15, 17].

0 група — „Постраждалі, що агонують” (мертві або ті, що помирають). Ця категорія постраждалих під час проведення медичного сортування маркується чорним кольором (постраждалі, що агонують, підлягають евакуації лише після евакуації „критичних” постраждалих, якщо на цей час вони ще мають ознаки життя). При масових втратах серед населення за умов НС або в короткий термін через наявну недостатність медичних сил та засобів надати своєчасно всім постраждалим ЕМД неможливо. М.І. Пирогов писав: „Отут спочатку виділяються розпачливі й безнадійні випадки... і в той же час переходять до поранених, що подають надію на лікування, на яких зосереджують всю увагу”.

До даної групи постраждалих відносять постраждалих із вкрай тяжкими, несумісними з життям ушкодженнями, а також тих, що перебувають у термінальному стані (агонуючих) та потребують лише симптоматичної терапії. Прогноз несприятливий для життя. Евакуації підлягають у другу чергу (після „критичних”). До цієї ж групи відносять і померлих. Кількість постраждалих залежно від характеристики осередку НС може сягати 20%.

I група — „Постраждалі, життя котрих знаходиться в небезпеці, однак яких можна врятувати, якщо надати їм необхідний обсяг ЕМД” („критичні”). Медична допомога даній групі постраждалих надається на місці НС з метою створення для них сприятливих умов для виживання (маркуються червоним кольором та підлягають евакуації у першу чергу).

До цієї групи відносяться постраждалі з тяжкими пошкодженнями та отруєннями, що мають загрозу для життя (тобто постраждалі зі швидко наростаючими небезпечними для життя розладами основних життєво важливих функцій організму, для усунення яких необхідна термінова ЕМД). Тимчасово нетранспортабельні. Прогноз може бути сприятливий, якщо їм вчасно буде надана ЕМД. Евакуація проводиться у першу чергу, після надання необхідної ЕМД медичним транспортом у положенні лежачи. Кількість постраждалих залежно від характеристики осередку НС може сягати 20%.

II група — „Постраждалі, яким допомога може бути відстрочена протягом обмеженого періоду часу, що не призведе до летального результату”

(„термінові”). Ця категорія постраждалих маркірується жовтим кольором.

Для життя даної категорії постраждалих немає безпосередньої загрози, тому ЕМД надають для стабілізації стану постраждалого з метою: підготовки до подальшої евакуації; виключення погіршення стану під час евакуації та полегшення транспортування.

Допомога надається в другу чергу або може бути відстрочена до надходження на наступний етап медичної евакуації. Прогноз сприятливий для життя. Підлягають евакуації після евакуації „постраждалих, що агонують” медичним транспортом. Кількість постраждалих залежно від характеристики осередку НС може сягати 20%.

III група — „Постраждалі, які потребують відстроченої медичної допомоги” („ходячі”). Ця категорія постраждалих маркірується зеленим кольором. До них відносяться легко уражені (тобто постраждалі з легкими пошкодженнями, яким можна надати мінімально необхідну медичну допомогу, яких можна лікувати потім). Надання ЕМД цим постраждалим може бути відстроченим, поки вона надається постраждалим інших категорій. Прогноз сприятливий для життя і працездатності. Евакуюються самостійно або транспортом загального призначення в останню чергу. Кількість постраждалих залежно від характеристики осередку НС може сягати 40%.

Використання більшої кількості категорій, ймовірно, може збільшити точність при виявленні тих, хто має потребу в найбільш терміновій ЕМД, але водночас це значно ускладнить систему сортування.

Висновки.

Проведений історико-теоретичний аналіз процесів створення, розвитку, сучасного стану ДСМК України свідчить, що створення у 1997р. Служби було обґрунтованим та відповідало потребам і завданням державного управління у сфері цивільного захисту на той час. Подальший розвиток ДСМК України довів, що її створення, обґрунтування структури і засад державного управління медичним захистом населення в умовах НС дозволило з використанням мобільних медичних формувань оптимізувати процес державного управління подоланням медико-санітарних наслідків НС природного і техногенного характеру як на території України, так і за її межами.

У той же час, система управління медичним захистом залишається неструктурованою, зокрема у зв'язку з не унормуванням її як відповідної функціональної підсистеми ЄДСЦЗ, підпорядкованої центральному органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Певна неузгодженість функцій управління призвела на даний час до фактичної ліквідації ДСМК України, що проявляється у розподілі функції медичного захисту між центральними органами виконавчої влади.

Аналіз нормативно-правової бази медичного захисту в умовах НС природного і техногенного характеру показав недосконалість, неузгодженість і суперечність нормативно-правової бази у сфері цивільного захисту та охорони здоров'я, відсутність належної, конкретної і детально розробленої правової бази, що регулює своєчасність та адекватність надання медичної допомоги постраждалим безпосередньо в зоні НС, а також те, що відсутність контролю за її дотриманням призвела у попередні роки до багатьох недоліків при реалізації заходів з організації подолання медико-санітарних наслідків НС.

Подальші напрями дослідження необхідно зосередити визначення алгоритмів взаємодії спеціалізованих аварійно-рятувальних формувань при ліквідації наслідків НС та розробці методичного забезпечення щодо навчання рятувальникам навичкам надання домедичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Волянський П.Б. Визначення ресурсних потреб при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження //Ефективність державного управління. – 2012. – Вип. 30. – С. 177-183. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/efdu_2012_30_22.pdf.

2. Волянський П.Б. Концепція державного управління медичним захистом у зоні надзвичайних ситуацій // Інвестиції: практика та досвід. – 2013. – № 14. – С. 127-128. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ipd_2013_14_32.pdf.

3. Волянський П.Б. Теоретичні засади державного управління медичним захистом населення від наслідків надзвичайних ситуацій в Україні [Текст]: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01 / Волянський Петро Борисович; Ін-т законодавства Верховної Ради України. – К.: 2013. – 39 с.

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.01.2014 № 11 „Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту”. – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/11-2014-p/print1446924629207352>.

5. Кодекс цивільного захисту України, від 02.10.2012р. № 5403-VI. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5403-17/print1360003604244711>.

6. Шостак Л.Й. Роль і місце Державної служби медицини катастроф України в організації ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій // Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія: Управління. – 2013. – Вип. 1. – С. 299-305. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nvamu_upravl_2013_1_40.pdf.

7. Терент'єва А.В. Аналіз засад функціонування підсистеми медичного захисту населення і територій за умов надзвичайних ситуацій [Електронний ресурс] / А.В. Терент'єва // Економіка та держава. – 2009. – № 10. – С. 81-83. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ecde_2009_10_27.pdf.

8. Терент'єва А.В. Державне управління медичним захистом за умов надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру [Текст]: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Терент'єва Анна Валеріївна; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К.: 2010. – 36 с.

9. Волянський П.Б. Управління медичним захистом населення і територій в надзвичайних ситуаціях : монографія / П.Б. Волянський. – К.: [б. в.], 2012. – 360 с.

10. Шостак Л.Й. Організація взаємодії центральних та місцевих органів виконавчої влади при ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій // Науковий вісник Академії муніципального управління. – 2012. – № 2. – С. 325-333. – (Серія „Управління”).

11. Гур'єв С.О. Кризовий менеджмент та управління надзвичайними ситуаціями в державному управлінні / С.О. Гур'єв, Я.Ф. Радиш, А.В. Терент'єва // Університетські наукові записки. – 2009. – № 2. – С. 285-290. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Unzap_2009_2_53.pdf.

12. Нормативно-правове забезпечення реформування системи медичного захисту населення за умов надзвичайних ситуацій в Україні: стан та проблеми реалізації / С.О. Гур'єв, В.П. Печиборщ М.М. Михайловський // Мат. 16-ої Всеукр.

наук.-практ. конф. рятувальників (23-24 верес. 2014р.). – Київ, 2014. – С. 88.

13. Шостак Л.Й. Механізми забезпечення взаємодії суб'єктів державної системи ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій [Текст]: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: спец. 25.00.02 „Механізми держ. упр.” / Л.Й. Шостак ; Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – Одеса, 2014. – 20 с.

14. Постанова Кабінету Міністрів України “Про утворення Державної служби медицини катастроф” від 14.04.1997 № 343. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/343-97-%D0%BF/print1360003604244711>.

15. Волянський П. Б. Організація медичного забезпечення постраждалих в умовах надзвичайної ситуації / П.Б. Волянський // Актуальні проблеми державного управління. – Одеса. – 2012. – № 1(49). – С. 56-61.

16. Закон України „Про екстрену медичну допомогу” від 05.07.2012 №5081-VI. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5081-17/print1360003604244711>.

17. Волянський П. Б. Концепція державного управління медичним захистом у зоні надзвичайних ситуацій / П. Б.Волянський // Інвестиції: практика та досвід. – 2013. – № 14. – С. 127-128.

18. Гур'єв С.О. Регулювання функціонування медицини катастроф на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / С.О. Гур'єв, М.Д. Близнюк, П.Б. Волянський, М.М. Михайловський, А.В. Терент'єва // Економіка та держава. – 2013. – № 7. – С. 106-109. – Режим доступу:http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ecde_2013_7_31.pdf.

19. Гур'єв С.О. Нормативно-правове регулювання функціонування територіальних служб медицини катастроф на першому етапі реформування системи медичного захисту / С.О. Гур'єв, М.Д. Близнюк, П.Б. Волянський, Г.Г. Рошін, М.М. Михайловський, А. В. Терент'єва // Інвестиції: практика та досвід. – 2013. – № 11. – С. 97-101. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ipd_2013_11_26.pdf.

20. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф” від 11.07.2001 р. № 827. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1050.776.0>.

21. Рошін Г.Г. Деякі питання міжвідомчої координації в процесі подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій [Електронний ресурс] / Г.Г. Рошін, О.В. Мазуренко, А.В. Терент'єва, Н.І. Іскра // Економіка та держава. – 2010. – № 6. – С. 93-95. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/ecde_2010_6_30.pdf.

22. Реагування на надзвичайні ситуації [Текст]: навч. посіб. / [О.Г. Барило та ін.]; Держ. служба України з надзвичайн. ситуацій, Ін-т держ. упр. у сфері цив. захисту. – Київ: Бланк-Прес, 2014. – 205 с.

23. Постанова Кабінету Міністрів України „Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків” від 21.11.2012 № 1121. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1121-2012-%D0%BF/print1360003604244711>.