

УДК 006.015.2[355.588.2+356.33]616-083.98:316.422.4:614.2(477)

DOI: 10.22141/2224-0586.16.4.2020.207931

Рощін Г.Г.¹, Синельник С.В.¹, Кузьмін В.Ю.¹, Мазуренко О.В.¹, Сличко І.Й.¹,
Мороз Є.Д.², Близнюк М.Д.², Печиборщ В.П.², Крилюк В.О.², Новіков Ф.М.²,
Дворський П.Д.², Іванов В.І.², Кереселідзе Г.Л.², Дорош В.М.³, Сидоренко Д.М.³,
Деніел Смайл⁴, Рогов А.В.⁵, Саранов В.Ф.⁶, Вервейко І.О.⁶

¹ НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

² ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Київ, Україна

³ Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

⁴ Служба екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Сакраменто, США

⁵ ВГО «Всеукраїнська асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Київ, Україна

⁶ КНП «Волноваська центральна районна лікарня», Донецька область, м. Волноваха, Україна

Міжвідомча цивільно-військова уніфікація екстреної медичної допомоги відповідно до реформування системи охорони здоров'я України (аналітичний огляд літератури)

Резюме. На підставі положень Воєнно-медичної доктрини України та Концепції реформи системи екстреної медичної допомоги, з метою формування єдиного методологічного підходу до оптимізації логістичного управління системою провести аналіз організації надання екстреної медичної допомоги та медичного забезпечення Збройних Сил України та цивільного населення в особливий період держави, що в рамках Єдиного медичного простору розглядається як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України. На підставі концептуального підходу щодо реформування системи охорони здоров'я України і практики його реалізації, зокрема в особливий період держави, проведено аналіз міжнародного та національного законодавства, нормативно-правових актів України, управлінських рішень урядового й відомчого рівнів, зокрема протокольного характеру, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства оборони України та Державної служби України з надзвичайних ситуацій, які регламентують етапи реформування підсистеми екстреної медичної допомоги, а також визначення їх співвідношення та особливостей міжвідомчого адміністративно-правового регулювання. Предметом дослідження було медичне забезпечення військовослужбовців і цивільного населення відповідно до вимог медичного захисту в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру. Аналітичний огляд проведено на виконання науково-дослідної роботи «Розробка принципів галузевої і міжвідомчої взаємодії при наданні екстреної медичної допомоги населенню на територіях проведення антитерористичних операцій та при надзвичайних ситуаціях з масовим ураженням людей», що затверджена МОЗ України (№ держ. реєстрації 0118U1140, виконання — 2018–2020 рр. у НМАПО ім. П.Л. Шупика, керівник д.м.н., проф. Рощін Г.Г.), і «Наукове обґрунтування принципів та методів функціонування служби медицини катастроф як механізму військово-цивільного співробітництва у системі цивільного захисту населення» (№ держ. реєстрації 0118U003653, виконання — 2018–2019 рр. у ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України», керівник д.м.н. Печиборщ В.П.).

Ключові слова: екстрена медична допомога; реформування системи охорони здоров'я України; медичне забезпечення НАТО; огляд

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina неотложных состояний»), 2020

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2020

Для кореспонденції: Рощін Г.Г., доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії в галузі науки і техніки, лауреат Державної премії в галузі освіти, заслужений лікар України, завідувач кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: roshchin@meta.ua

For correspondence: Georgiy G. Roshchin, MD, PhD, Professor, Ukraine State Prize Winner in Science and Technology, Honoured Doctor of Ukraine, Head of the Department of disaster medicine, military and medical training, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Dorohozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: roshchin@meta.ua

Вступ

Україна — найбільш критичний регіон Європи за техногенним навантаженням, яке в 5–6 разів перевищує середньоєвропейський рівень. Наприклад, у 2016 році 392 тис. українців померло від захворювань системи кровообігу і ще 31,7 тис. — від зовнішніх причин (нешасні випадки, дорожньо-транспортні пригоди, насильницькі дії), що разом становило 72,3 % смертей в Україні [11]. Наша країна посідає друге місце у світі за кількістю смертей на 100 тис. населення, і саме зазначені причини пояснюють цей трагічний показник. Окремою проблемою є відсутність національних галузевих стандартів у сфері ОЗ з надання ЕМД, що базуються на доказовій медицині [47].

На сучасному етапі розвитку суспільства виклики сьогодення вимагають відповідної системи заходів щодо надання ЕМД, в першу чергу великої кількості постраждалих під час НС [29]. Удосконалення підходів до реагування на НС включатиме: розроблення та запровадження нової методології організації надання ЕМД та проведення медичного сортування постраждалих на догоспітальному етапі внаслідок масового випадку (включно з алгоритмом взаємодії екстрених рятувальних служб) [50]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сутність, зміст і особливості адміністративно-правового регулювання при функціонуванні системи ЕМД засновані на принципах медико-соціального обґрунтування, що передбачає: постійну готовність до надання ЕМД, доступність та безоплатність, її своєчасність, якість та пріоритетність, відповідність єдиним вимогам та регіональну екстериторіальність [23, 87].

Існує думка, що виконання цих завдань вимагає передбачення щільної мережі ефективних лікувальних закладів, які у відповідності з різноманітним характером травмування, непередбачуваністю кількості постраждалих з різними, часто тяжкими пошкодженнями (наприклад, при подоланні наслідків катастроф) повинні забезпечувати диференційоване ефективне лікування [4]. Політравма — проблема полісистемних та поліорганичних ушкоджень, тому крім явної хірургічної та травматологічної специфікації до її вирішення залучаються анестезіологи, нейрохірурги, судинні та пластичні хірурги й інші спеціалісти [12, 38, 48].

Важливою складовою національної безпеки України є здоров'я її громадян, зокрема військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ), особового складу інших військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення. Охорона здоров'я громадян та створення безпечних умов їх життєдіяльності визначені одними з найважливіших функцій держави. Ці положення закріплені в ст. 3 Конституції України, де зазначено, що права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави, а держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Держава формує політику у сфері ОЗ в Україні та забезпечує її виконання шляхом реалізації положень Конституції та законів України. У ст. 49 Конституції України визначені права громадян України на охорону

здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Зокрема зазначено, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) надається безоплатно [13, 26].

Отже, проблеми управління й оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одними з найважливіших питань для будь-якої системи охорони здоров'я. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі ОЗ [37]. Оцінюючи з цих позицій державні зусилля щодо реформування національної системи ОЗ, слід підтримати їх концептуальну переорієнтацію, що відповідає прийнятим Україною зобов'язанням згідно з Угодою про асоціацію між Україною та ЄС [27]. Щодо цього, основою державного фінансування визначено «Програму медичних гарантій», яка є переліком видів та обсягів медичної допомоги та необхідних лікарських засобів, що надаються на умовах повної оплати за рахунок коштів Державного бюджету України. Відповідно до Законопроекту «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» повноцінність функціонування цього механізму забезпечується легалізацією тарифікації медичних послуг та параметрів реімбурсації лікарських засобів [18]. Зокрема, відповідно до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 р. № 157-VIII, слід зважати на правові питання з приводу розмежування системи ОЗ, підпорядкованої райдержадміністрації та об'єднаній територіальній громаді [77].

З урахуванням обмежених економічних умов держави, з метою максимального та ефективного використання наявних медичних ресурсів, для забезпечення успішної реалізації державної політики в галузі ОЗ необхідно формування ЄМП України — нової парадигми розвитку національної системи ОЗ як найбільш раціональний та ефективний напрямок внутрішньої перебудови системи ОЗ нашої держави. Але в українському законодавстві з питань ОЗ та в інших нормативно-правових актах такого поняття і визначення не існує [37].

ЄМП — один із ключових стандартів у сфері ОЗ, що передбачає забезпечення рівного доступу всіх громадян у межах всієї країни до фінансованої державою медичної допомоги як за територіальним критерієм, так і за економічними показниками, незалежно від місця знаходження та матеріального становища пацієнта. В свою чергу, це передбачає спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів ОЗ усіх форм власності, що розташовані на визначеній території, та не виключає можливості існування відомчої медицини [51]. Тому прийняте рішення Уряду про «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції» дозволило об'єднати зусилля

військової та цивільної ОЗ на засадах ЄМП з метою поліпшення стану медичного забезпечення військовослужбовців ЗСУ [49]. Причому система медичного забезпечення ЗСУ повинна забезпечити провідну роль серед медичних служб інших військових формувань держави в ЄМП [61].

Наприкінці ХХ століття в Україні напрацьовано нормативно-правові акти щодо створення територіальних госпітальних баз (ТерГБ), в яких задекларовано участь системи ОЗ держави у наданні медичної допомоги і лікуванні поранених (хворих) військовослужбовців в особливий період, — це було першим реальним кроком на шляху формування ЄМП та реалізації принципу «війну ведуть не збройні сили, а держава та народ». Головним завданням ТерГБ у воєнний час було надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація поза межами збройного конфлікту, а в мирний час — у разі введення надзвичайного стану, пов'язаного з виникненням НС природного або техногенного характеру. Склад ТерГБ та їх ліжкова кількість визначені окремими урядовими рішеннями, а порядок утворення та організації діяльності — спільними наказами МОЗ та МО України [16, 45].

Нині з метою забезпечення більш ефективного управління медичною інфраструктурою в умовах децентралізації, на виконання Постанови Кабінету Міністрів України (КМ України) від 30.11.2016 р. № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів (постанова втратила чинність на підставі постанови КМ України № 1074 від 27.11.2019 р.) та згідно з наказом МОЗ України від 20.02.2017 р. № 165 «Примірне положення про госпітальний округ» в рамках формування ЄМП вторинної ланки були сформовані засади щодо утворення госпітальних округів (ГО) [48]. Відповідно до загальної частини, п. 3–6 наказу МОЗ від 18.12.2017 р. № 1621 «Про внесення змін до Примірного положення про госпітальний округ», створення ГО дасть змогу забезпечити: гарантований своєчасний доступ до надання вторинної (спеціалізованої) та ЕМД населенню; ефективне використання бюджетних коштів, зокрема шляхом інституційної спроможності прийняття управлінських рішень щодо репрофілювання існуючих ЗОЗ та створення не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого та/або другого рівня у зоні обслуговування госпітальних округів. Як структурний підрозділ БЛІЛ — відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги (ВЕМД) та центр травми (ЦТ) повинні забезпечити надання ЕМД на ранньому госпітальному етапі [39, 55].

Але виклики сьогодення в нашій державі вказують на те, що утворення ГО стикається з суттєвими проблемами реорганізації районів у межах реформи місцевого самоврядування та децентралізації влади [1, 20].

Слід зауважити, що поняття ВЕМД (у системі ОЗ Великої Британії та США — Emergency department, ED) у сучасному розумінні сформувалося починаючи з 1970 р., і основним принципом її функціонування

вважається організація надання ЕМД постраждалому, що враховує елементи догоспітальної та ранньої госпітальної допомоги, а також передбачає створення практичної та наукової спеціальності «медицина невідкладних станів» (Medicine of Emergency Conditions) [21, 54, 85, 93]. Фахівці, які працюють у ED, повинні успішно скласти іспит відповідно до програм: ATLS (Advance Trauma Life Support) — професійна підтримка життя при травмах, ACLS (Advance Cardiac Life Support) — професійна допомога при серцево-судинних розладах, PALS (Pediatric Advance Life Support) — професійна підтримка життя у дітей та немовлят, MALS (Medical Advance Life Support) — професійна ЕМД.

Відповідно до лікарської спеціальності «медицина невідкладних станів», яка передбачає знання та вміння виконувати маніпуляції й оперативні втручання, рятуючи життя, передбачено рекомендації Європейської ради реанімації (European Resuscitation Council, ERC) та Американської асоціації невідкладної медичної допомоги (National Association of Emergency Medical Technicians, NAEMT). Ще в 1970 році в США було створено Національний реєстр асоціації фахівців невідкладної медичної допомоги (National Registry of Emergency Medical Technicians, NREMT), які працюють в системі ЕМД (Emergency Medical Services, EMS), функції якого було призначено для складання сертифікаційних іспитів та оцінки компетентності практикуючих фахівців на чотирьох рівнях: національно реєстрований екстрений медичний реагувальник (Nationally Registered Emergency Medical Responder, NREMR) — початковий рівень в системі ЕМД, національний технік невідкладної медичної допомоги (Emergency Medical Technician, EMT), розширений технік невідкладної медичної допомоги (Advanced Emergency Medical Technician, AEMT), EMT-Intermediate/99 та національний парамедик (Paramedic, NRP) як вищий рівень сертифікації в системі EMS. Станом на початок 2019 р. NREMT зареєструвало 12,5 тис. осіб із сертифікацією EMR, 262,754 тис. — EMT, 16,554 тис. — AEMT та 103,518 тис. — NRP. Із 2012 р. у військових формуваннях США спостерігається тенденція до уніфікації надання ЕМД відповідно до сертифікації в системі EMS та NREMT, використовується як офіційна програма звітності [99].

У наш час в Україні затверджено вітчизняні протоколи надання ЕМД за методологією GRADE (методологія класифікації рекомендацій, оцінювання та оцінки експертами), в основі яких — настанови Національної асоціації державних службовців ЕМД США (National Model EMS Clinical Guidelines, NASEMSO), яка надала дозвіл Україні на переклад та використання своїх настанов [41, 85].

Наприклад, у США ще у 80-х роках минулого століття почала створюватись система медичної допомоги при травмах, яка торкнулась реформування майже усієї системи ОЗ і включала низку взаємно доповнюючих елементів, а саме:

— введення на догоспітальному етапі уніфікованих протоколів надання ЕМД з переоснащенням карет швидкої допомоги;

— частина багатопрофільних госпіталів, різних за потужністю, була перетворена у ЦТ I–IV рівнів із законодавчо затвердженими вимогами до них;

— ЦТ — це статус лікарняного закладу, що відповідає готовності лікарні до надання допомоги травмованим пацієнтам, з обов'язковим компонентом, що складається із ВНМД і спеціально обладнаної кімнати травми в ньому (Trauma Room) [80, 87].

Відповідно до цього, єдиний федеральний стандарт DOT (ККК 1822С, USA) запроваджено не тільки для оснащення автомобілів класу А, В і С, а й спецтранспорту рятувальних служб. Паралельно з цим була впроваджена нова хірургічна спеціальність «хірургія пошкоджень» (Trauma Surgery). В навчальних центрах і університетських клініках США були розроблені та впроваджені нові програми підготовки та перепідготовки фахівців догоспітального етапу — парамедиків з питань надання невідкладної медичної допомоги при травмах, а також загальних хірургів і лікарів з невідкладної медичної допомоги за програмою ETLIS. Спеціалізація хірурга травми включає п'ятирічну резидентуру із загальної хірургії та трирічну спеціалізацію з травми [87, 95].

Рівень ЦТ визначається Американською асоціацією хірургії та Комітетом з травми або місцевими уповноваженими організаціями. Центри травми створено в США з розрахунку в середньому один ЦТ на 2 млн населення адміністративної території, але це залежить від щільності населення, відстані транспортування і джерел постачання [80]. Особливістю функціонування такої системи є те, що постраждалих, незалежно від виду травми, доставляється тільки у ЦТ певного рівня, що залежить від характеру травми та тяжкості стану постраждалого і ресурсів догоспітального етапу (наприклад, наявність гелікоптера) [66, 94]. Отже, формування госпітальної військово-медичної мережі необхідно здійснювати за принципами ЦТ трьох рівнів та формуванням відповідних маршрутів пацієнтів з урахуванням тяжкості стану постраждалого військовослужбовця [66].

Слід зауважити, що основним інструментом формування засад ЄМП є запровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Відповідно до завдань «Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», основні принципи ЄМП в Україні вже реалізуються через запровадження і використання єдиної нормативно-правової бази з питань ОЗ, єдиних стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері ОЗ, системи акредитації ЗОЗ та ліцензування господарської діяльності з медичної практики, єдиних вимог щодо підготовки та атестації медичних (фармацевтичних) фахівців усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів і спеціальностей, порядку обігу наркотичних та сильнодіючих речовин тощо [37]. Це дозволяє з практичної точки зору залучення цивільних ЗОЗ до надання медичної допомоги військовослужбовцям як у мирний час, так і в особливий період [13].

Але не треба забувати, що, відповідно до законів України, військово-медичні служби військових формувань та правоохоронних органів спеціального призна-

чення, які здійснюють медичне забезпечення військ і надання медичної допомоги на полі бою і наближених до них районах, призначені для збереження життя і здоров'я військовослужбовців, медичного забезпечення повсякденної і навчально-бойової діяльності військ, здійснення медичного контролю за особовим складом, який працює в несприятливих та шкідливих умовах виробничого мікроклімату (медичне забезпечення безпеки польотів, підводно-водолазної роботи, роботи в умовах низьких та високих частот тощо). Наведені завдання військово-медичних служб суто специфічні та не покладаються на цивільну систему ОЗ в будь-якій державі [14].

Сьогодні є низка розбіжностей між військовою та цивільною системами ОЗ щодо надання ЕМД на полі бою або в осередку надзвичайних ситуацій. Загальними принципами підготовки медичного персоналу для збройних сил багатьох країн з надання ЕМД при травмі в умовах збройного конфлікту є їх взаємодія з цивільною системою охорони здоров'я. При цьому такі розбіжності не впливають на якість надання ЕМД військовослужбовцям у країнах Альянсу. Отже, в нашій державі принципи підготовки медичного персоналу з надання ЕМД при травмі (наприклад, ATLS Training Program) потребують модифікації [31, 63]. В Україні недосконалість науково-обґрунтованої державної програми міжвідомчої взаємодії з організації медичного забезпечення НС та єдиного нормативно-правового акту щодо підготовки цивільної та військової систем ОЗ до роботи в особливий період та організації медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у мирний і воєнний час призводить до дублювання в процесі надання медичної допомоги та блокує створення уніфікованої системи медичного забезпечення в НС [3, 15]. На підтримку таких заходів можна навести уривок з основного військового статуту сухопутних військ бундесверу HDv 100/100: «Ніщо так негативно не впливає на морально-психологічний стан солдатів у бою, як відсутність своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги пораненим» [4]. Відсутність або несвоечасність надання домедичної допомоги на полі бою призводить до загибелі як мінімум 25 % постраждалих з умовно смертельними пораненнями та збільшення навантаження на подальші етапи медичної допомоги [10].

У світі потреба у створенні системи цивільної оборони (ЦО) зумовлена катастрофічним зростанням небезпечних для життя і здоров'я населення наслідків надзвичайних ситуацій. Так, під час бойових дій ХХ століття відносні втрати цивільного населення в десятки разів збільшились щодо загальних санітарних втрат. Якщо в роки Першої світової війни втрати серед цивільного населення становили 5 % від загальних втрат, у Другу світову війну — 48 %, у війні в Кореї вони вже дорівнювали 84 %, у В'єтнамі — 90 %, у військових діях у Чечні (1994–1996) — 95 % від загального числа санітарних втрат. Така тенденція продовжується і в ХХІ столітті. У світі набув свого поширення досвід колективного захисту мирного населення (яскравий приклад НАТО), а країни, які не входять в ці міждер-

жавні системи, розраховують тільки на власні сили, створюючи уніфіковані державні системи цивільної оборони. У разі виникнення НС організація медичного забезпечення, надання медичної допомоги постраждалим та особовому складу підрозділів ЦО покладаються на спеціалізовані медичні служби цивільної оборони (МСЦО) [10].

Для вирішення завдань, що стоять перед системою ОЗ за умов НС, практично в усіх розвинутих країнах світу була розбудована система медичного захисту населення і створені організаційні структури у вигляді державних служб ЕМД населенню за НС, які пізніше отримали назву служб медицини катастроф (СМК). В основу структури СМК можуть бути покладені географічні, адміністративно-територіальні або інші ознаки, що впливає на організацію системи у різних державах. Так, у Російській Федерації створена СМК із системою управління на федеральному, регіональному, територіальному, місцевому та об'єктовому рівнях. У США здебільшого витримується адміністративно-територіальний принцип розбудови Національної системи медицини катастроф (National Disaster Medical System, NDMS), за реалізацію функцій якої несе персональну відповідальність заступник міністра — директор Департаменту ОЗ і соціального забезпечення США. NDMS по суті є міжвідомчим координуючим органом МОЗ США, МО та Федеральної агенції з управління в НС (Federal Emergency Management Agency, FEMA), яка безпосередньо пов'язана з регіональними центрами та центрами надзвичайного реагування на федеральному рівні та на рівні штатів FEMA. Ще в 1992 р. було створено Федеральний план реагування на НС (Federal Response Plan), підписаний керівниками двадцяти шести департаментів та агенцій, у вигляді завдань та функцій екстреного управління, в першу чергу — медичного захисту населення США (Emergency Support Function, ESF №-n) [42, 90].

У нашій державі організація медичного захисту населення при НС, зокрема воєнного характеру, відповідає основним напрямкам виконання вимог «Кодексу цивільного захисту України». Наприклад, відповідно до Постанови КМ України від 06.06.2018 р. № 450 «Про внесення змін до Положення про єдину державну систему цивільного захисту і Положення про Державну інспекцію ядерного регулювання України» у додатках до Положення — МОЗ України, визначена підсистема медичного захисту населення. В подальшому, згідно з наказом МОЗ України від 25.03.2019 р. № 667 «Положення про функціональну підсистему медичного захисту населення», режими функціонування підсистеми встановлюються відповідно до ст. 11-15 «Кодексу цивільного захисту України», а заходи щодо їх реалізації визначаються відповідно до «Положення про єдину державну систему цивільного захисту» (ЄДСЦЗ), затвердженого Постановою КМ України від 09.01.2014 р. № 11 [40]. Відповідно до ст. 36 п. 1 та 2 «Кодексу цивільного захисту України», медичний захист населення включає: надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС, рятувальникам та іншим особам, які залучалися

до виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт, гасіння пожеж, проведення їх медико-психологічної реабілітації; медична допомога населенню забезпечується службою медицини катастроф, керівництво якою здійснює центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я; планування і використання сил та засобів закладів ОЗ незалежно від форми власності [10, 24].

Слід зважати на те, що однією з найважливіших складових процесів у прийнятті управлінських рішень визначається організація управління та міжвідомча координація реагування, тому що вплив їх зростає пропорційно масштабу НС, складності обстановки, збільшенню кількості залучених сил та потреби в матеріальних засобах [57].

ЄДСЦЗ — це сукупність органів управління, сил і засобів центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, що складається з функціональних і територіальних підсистем та їх ланок (центральні органи виконавчої влади, що створюють функціональні підсистеми ЄДСЦЗ: Міністерство внутрішніх справ (МВС) України, МОЗ України, МО України, Міністерство інфраструктури України, Міністерства енергетики та захисту довкілля, Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України, Міністерство розвитку громад та територій України). Відповідно до ст. 8 п. 1 «Кодексу цивільного захисту України», основною метою функціонування ЄДСЦЗ є забезпечення реалізації державної політики у сфері цивільного захисту (ЦЗ) у мирний час та в особливий період держави. Одним із складових функцій ЦЗ є захист населення та територій при НС (заходи з евакуації населення; радіаційний, хімічний, біологічний, психологічний, а також медичний захист; навчання населення та вміння діяти у разі НС) [24, 43, 67].

Безпосередня робота щодо планування діяльності територіальної підсистеми ЄДСЦЗ та її ланок, організація їх роботи з виконання вимог нормативно-правових актів з питань техногенної та пожежної безпеки, ЦЗ і діяльності аварійно-рятувальних служб відображена у «Типовому положенні про регіональну та місцеву комісію з питань техногенно-екологічної безпеки і надзвичайних ситуацій», затвердженому Постановою КМ України від 17.06.2015 р. № 409 (зі змінами № 100 від 21.02.2018 р.). Але, наприклад, відповідно до п. 3 пп. 2, до повноважень комісії віднесено організацію евакуації під час НС та здійснення заходів щодо медичного та біологічного захисту населення, однак завдання та обов'язки підрозділу цим Положенням не визначені.

Окрім цього, з метою координації діяльності медичних служб ЦЗ, військових формувань і правоохоронних органів, інших державних ЗОЗ продовжується розроблення документів щодо плану реагування на НС в особливий період та взаємодії ЗОЗ із підрозділами інших відомств, про що йдеться в Постанові КМ України від 08.07.2015 р. № 469 «Про затвердження Положення про спеціалізовані служби цивільного захисту» (зі змі-

нами, внесеними згідно з Постановою КМ України від 27.12.2018 р. № 1158) [35]. Наприклад, порядок переведення ЄДСЦЗ з режиму функціонування у мирний час в режим функціонування в умовах особливого періоду затверджено Постановою КМ України від 14.03.2018 р. № 223 у «Плані реагування на надзвичайні ситуації державного рівня». Але у додатку до плану немає відображення насамперед щодо складу сил ЦЗ, зокрема спеціалізованих служб ЦЗ, а також завдань, що виконуються у взаємодії з органами і силами територіальної оборони (за погодженням зі штабом зони територіальної оборони).

Взаємоузгоджене планування заходів взаємодії всіх зацікавлених структур у процесі ліквідації медико-санітарних наслідків НС на державному, регіональному, місцевому та об'єктовому рівнях регламентоване спільним наказом МВС та МОЗ України від 03.04.2018 р. № 275/600 «Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України в разі виникнення надзвичайних ситуацій».

У подальшому з метою реформування системи ДСНС та підвищення її спроможності щодо забезпечення виконання у взаємодії з іншими складовими сектора безпеки й оборони завдань з протидії загрозам національній безпеці у сфері ЦЗ, на виконання Розпорядження КМ України від 25.01.2017 р. № 61-р «Про схвалення Стратегії реформування системи Державної служби України з надзвичайних ситуацій», реалізація стратегії передбачає протягом 2019–2020 рр. зокрема переоснащення мобільних медичних формувань ДСНС (мобільних медичних пунктів) сучасною медичною технікою та медичним майном. Також, відповідно до Розпорядження КМ України від 27.12.2018 р. № 1076-р «Про затвердження плану основних заходів цивільного захисту на 2019 рік», у відповідальних за виконання відомствах: МО України, Державіаслужбі, МВС України, зокрема підпорядкованих службах — ДСНС та Національній гвардії, розроблено галузеві та регіональні плани дій з удосконалення, підготовки та визначення стану готовності до виконання завдань за призначенням органів управління, сил та засобів ЄДСЦЗ України; підготовки керівного складу і фахівців, діяльність яких пов'язана з організацією і здійсненням заходів щодо ЦЗ до дій у разі виникнення НС, зокрема при переведенні територіальної підсистеми ЄДСЦЗ з режиму функціонування в мирний час на режим функціонування в особливий період. З огляду на це потрібно внесення змін і доповнень у відповідний до Постанови КМ України від 26.09.2015 р. № 630 (для службового користування) календарний план щодо переведення з режиму функціонування у мирний час у режим функціонування в умовах особливого періоду, уточнення та коригування інших додатків до плану у частині основних показників стану цивільного захисту.

Спираючись на безпосередній досвід ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України» в ліквідації медичних наслідків при НС, а також вивчення правових положень, організаційно-функціональної структури, нормативно-правової бази та положень медичного захисту на-

селення країн СНД та ЄС в особливий період (воєнний час), виклики сьогодення вимагають створення та функціонування медичних мобільних формувань ЦЗ як компонента ЄДСЦЗ України у вигляді мобільних медичних бригад, мобільних медичних госпіталів, мобільних медичних загонів [42].

Отже, у разі виникнення НС, зокрема воєнного характеру та в умовах проведення контртерористичних операцій, організаційно-методична розробка й реалізація концепції функціонування сучасної системи медичного захисту населення України, заходи якої виконують підрозділи медичної служби на різних рівнях функціонування ЄДСЦЗ України, а також у загальнодержавному масштабі, повинна забезпечити лікувальну, соціальну й економічну ефективність системи ЕМД. Систему медичного захисту населення України, зокрема у воєнний час, за обсягом матеріально-технічного та кадрового забезпечення варто розглядати як складову національної безпеки держави [32, 33].

Результати та обговорення

Нами було проаналізовано сучасні протоколи з надання ЕМД у США, Великій Британії, країнах Західної Європи та Австралії. Дослідження показали, що незалежно від особливостей систем ЕМД в цих країнах основні напрямки їх діяльності ґрунтуються на єдиних принципах — своєчасності та якості надання ЕМД, спадкоємності догоспітального та раннього госпітального етапів, використанні єдиних стандартів та алгоритмів надання ЕМД, які розроблені відповідно до вимог доказової медицини [41, 60]. Створення систем ЕМД в цих країнах розпочалось у 70-х роках минулого століття та продовжувалось понад 20 років, що пов'язано зі структурними перебудовами всієї сфери ОЗ та значними матеріальними витратами [53]. На підставі аналізу звітів Європейського бюро ВООЗ та європейських стандартів з питань організації надання ЕМД встановлено, що моніторинг країн Європейського Союзу (ЄС) проводиться за такими показниками [60, 86]:

- наявність закону про ЕМД та джерела його фінансового забезпечення;
- догоспітальна ЕМД;
- госпітальна ЕМД;
- освіта та спеціальності в ЕМД;
- реагування системи ЕМД в умовах НС.

Слід зазначити, що майже в усіх розвинутих країнах світу ЕМД належить до обсягу медичної допомоги, що гарантується державою і надається безоплатно [91].

Отже, на підставі концепції логістичного управління відповідно до міжнародних стандартів та Розпорядження КМ України від 03.04.17 р. № 275-р «Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій Уряду на 2017 рік», розглядаючи систему ЕМД як єдине ціле, необхідно виділити її основні компоненти із включенням до системи підрозділів ЕМД та ЗОЗ усіх форм власності, в першу чергу через внесення відповідних змін до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» та Закону України «Про екстрену медичну допомогу», а саме [59, 66]:

— наявність джерела фінансування (державний та місцевий бюджети, фонди, гранти тощо) з включенням до системи ЕМД відомчої та приватної ЕМД;

— адміністративно-фінансове управління системою ЕМД через місцеві органи виконавчої влади, відомчі установи та приватний сектор;

— функціональне медичне управління системою (функціональне керівництво шляхом запровадження ліцензування як установ з надання ЕМД, так і індивідуально кожного фахівця з медицини невідкладних станів з контролем на державному рівні);

— створення повноцінної підсистеми ЕМД на догоспітальному етапі з уведенням нових спеціальностей (екстрений медичний технік, парамедик, медична сестра з медицини невідкладних станів, лікар з медицини невідкладних станів відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги), наприклад: стандарт професійної (професійно-технічної) освіти з професії 5132 Q86.00-2019 — «Екстрений медичний технік» було затверджено наказом Міністерства освіти і науки України № 969 від 10.07.2019 р.

Як один із варіантів створення нормативної бази і вдосконалення управління можливо запровадження спеціального підрозділу у структурі МОЗ України, з чіткою програмою і повноваженнями для запровадження стандартів національної обов'язкової інформації та електронної системи ОЗ, інтеграції та обміну даними, що відповідає міжнародним стандартам (наприклад, HL7/CDA та IHE) [44]. У свою чергу, основні напрями вдосконалення державної кадрової політики в ЗСУ передбачають застосування в повсякденній діяльності служб персоналу МО України та єдиної автоматизованої інформаційно-аналітичної системи автоматизованого обліку та управління персоналом [22].

На сучасному етапі розвитку нашої державі, відповідно до указів Президента України «Про Стратегію державної політики сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні та першочергові заходи щодо її реалізації» від 24.03.2012 р. № 212/2012 та «Про Стратегію сталого розвитку України 2020» від 12.01.2015 р. № 5/2015; Постанови КМ України від 10.09.2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади»; «Про Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні» (схвалена Розпорядженням КМ України від 7.12.2000 р. № 1313/2000, зі змінами від 30.11.2016 р. № 1002-р) та «Про Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.»; «Пріоритетних напрямів розвитку правової науки на 2016–2020 роки», затверджених постановою президії Національної академії наук України 24.12.2015 р.; наказу МВС України від 16.03.2015 р. № 275 «Про затвердження Переліку пріоритетних напрямів наукового забезпечення діяльності органів внутрішніх справ України на період 2015–2019 рр.», визначено сутність, зміст, особливості та пріоритетні завдання адміністративно-правового регулювання в системі ЕМД.

Згідно з Постановою КМ України від 25.03.2015 р. № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України», п. 4, пп. 8: «...здійснює

керівництво службою медицини катастроф; визначає пріоритетні напрями розвитку системи екстреної медичної допомоги». Але саме територіальні центри ЕМД та МК законодавчо визначені як головні організатори виконання процесу у роботі системи ЕМД, зокрема в особливий період та під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. На етапах реформування системи ЕМД важлива функція центрів була затверджена Постановою КМ України від 08.02.2012 р. № 84 «Про затвердження Примірного положення про Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». Протягом 2013–2016 рр. було створено 24 центри ЕМД та МК в усіх областях України, що дозволило за індексом надання ЕМД піднятися у світовому рейтингу із 180-го місця серед держав світу у 2012 р. на 112-те — у 2016 р. [58].

Відповідно до нормативно-правових актів стосовно децентралізації влади в Україні, у Державному бюджеті 2019 року через механізм субвенції було передбачено загальне фінансування на суму 55,5 млрд грн місцевим бюджетам на амбулаторну, стаціонарну та ЕМД, з яких близько 6 млрд грн (10,8 %) передбачено тільки на ЕМД [25]. Крім того, 922,5 млн грн держжава планувала витратити на реформу ЕМД в рамках пілотного проекту розвитку ЕМД у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та місті Києві, а саме: закупівлю 70 % потреби спеціалізованого санітарного транспорту для розвитку служби ЕМД; проведення програми підготовки інструкторів для підвищення кваліфікації, відповідно до світових стандартів, осіб, задіяних у роботі системи ЕМД; цільові видатки на підвищення рівня оплати праці працівників, які пройдуть підвищення кваліфікації; закупівля спеціального навчального обладнання та манекенів для навчально-тренувальних симуляційних центрів; створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб; впровадження уніфікованих сучасних галузевих стандартів диспетчеризації [17, 18, 58]. Але згадані законопроекти не можуть бути прийняті без розробки стандартів медичної допомоги населенню, обґрунтування державних критеріїв повноти гарантованої медичної допомоги, визначення та узгодження тарифів на лікування та реімбурсацію [1].

З урахуванням гострої кризової ситуації в Україні, що склалась у 2014 році внаслідок проведення АТО/Операції об'єднаних сил у східних регіонах держави, з метою підвищення готовності до відвернення та нейтралізації загроз національній безпеці, забезпечення протидії терористичним проявам і вдосконалення механізму розробки та реалізації єдиної державної політики у сфері ЦЗ внесено відповідні зміни до «Кодексу цивільного захисту України» та прийнято рішення Ради національної безпеки та оборони України «Про додаткові заходи щодо зміцнення національної безпеки України» (рішення введено в дію Указом Президента від 12.03.2015 р. № 139/2015), де, відповідно до частини II пп. 4, вирішено забезпечити разом із МОЗ України, МВС і СБУ за участю волонтерських організацій проведення практичних занять для військовослужбовців щодо надання домедичної допомоги згідно зі стандартами НАТО [69].

У подальшому, згідно з Постановою КМ України від 25.03.2015 р. № 143 «Про оптимізацію мережі військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів» та спільного наказу МО України, МОЗ України та Міністерства освіти і науки України від 29.09.2015 р. № 514/633/989 «Про утворення кафедр медицини катастроф та військової медицини вищих медичних навчальних закладів» і ст. 32 Закону України «Про вищу освіту» проведено оптимізацію та адаптацію навчально-виховного процесу відповідно до міжнародних стандартів.

Згідно з наказом МОЗ України від 22.07.2016 р. № 746 «План заходів МОЗ України на реалізацію Стратегічного оборонного бюлетеня України», схваленого Указом Президента України від 6.06.2016 р. № 240/2016, відповідно до завдання 4.2.5 «Будування єдиної міжвидомчої системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів, стандартизації та управління якістю освіти для сил оборони; запровадження у системі медичної освіти військово-медичної підготовки, яка б забезпечувала ефективне навчання стандартам надання медичної допомоги у всіх аспектах, але в першу чергу — при бойовій травмі (патології)», було розпочато запровадження та адаптацію галузевих стандартів у сфері ОЗ з питань надання ЕМД держав — членів НАТО:

- затвердження доктрини з медичного забезпечення сил оборони у відповідності із стандартом НАТО — AJP-4.10 [96];

- індикаторами виконання завдання визначено: наявність забезпечення автоматизації процесів на всіх етапах медичної евакуації, процесів управління потоками пацієнтів (згідно з AJMedP-5, НАТО), реєстрації персональних медичних даних та ведення медичної карти в електронному вигляді [97];

- принципів поділу системи МЗ на етапи 1–4 відповідно до стандартів НАТО включає терміни для евакуації під час проведення операцій сил оборони (домедична допомога — 10 хв; 2 год до етапу 1; 4 год до етапу 2) [79];

- створення навчально-польової бази для підготовки медичного персоналу сил оборони;

- забезпечення нормативно-правового визнання стандарту 68W (Combat medic US Army) як EMT-B у цивільній системі ОЗ, введення спеціальності до Державного реєстру сертифікації;

- забезпечення системи підготовки парамедиків (EMT-P, TP-C) та нормативно-правового визнання стандарту TP-C (Paramedic US Army 18D) як EMT-P у цивільній системі ОЗ, навчально-методичного керівництва та унормування нормативів підготовки та введення спеціальності до Державного реєстру сертифікації;

- надання правового визнання та використання міжнародних стандартів надання допомоги (як домедичної, так і медичної), що повинні мати в основі посадових обов'язків фахівці невідкладної медичної допомоги — TCCC (Tactical Combat Casualty Care), CLS (Combat Life Saver US Army), Combat medic 68W, PHTLS (Pre-Hospital Trauma Life Support), ATLS (Advanced Trauma Life Support);

- впровадження концепції надання допомоги DCR (Damage Control Resuscitation) та DCS (Damage Control Surgery) для ефективного надання медичної допомоги при бойовій травмі [89];

- забезпечення інтеграції підсистеми (та даних) медичної ситуаційної обізнаності із загальновійськовою системою C4ISR [83].

З метою забезпечення ЕМД в умовах НС військового характеру в Україні у 2015 р. за участю міжнародних волонтерських організацій (у 205-му навчальному центрі на постійній основі перебувають представники канадської місії ЮНІФАЕР) для підготовки медичного персоналу ЗСУ було введено протоколи тактичної медицини TCCC (ТЕМДБ — шаблон домедичної і догоспітальної ЕМД в польових умовах постраждалому з бойовою травмою, який використовує максимально практичний підхід до тактики надання і обсягу допомоги та евакуації) та ТЕСС (Tactical Emergency Casualty Care) (ТЕМДЦ — цивільний аналог тактичної догоспітальної ЕМД постраждалим за умов протистояння з озброєними порушниками цивільного правопорядку та інших НС військового характеру) як стандарт лікування бойової травми на етапах евакуації, які зазвичай здійснюють у цивільні медичні заклади, але змінений для відповідності ситуацій правилами і нормами, що застосовуються в цивільних сферах: в першу чергу служби ЕМД, органи правопорядку та пожежно-рятувальної служби [92, 98]. Протокол TCCC розробили Butler і Hagmann у 1996 р. на основі ATLS-протоколу (Advanced Trauma Life Support) як модель тактичної медичної допомоги пораненому, яку застосовують військові формування під час бойових дій [81]. Цей протокол в першу чергу спрямований на запобігання трьом причинам смерті на полі бою (кровотеча з рани на кінцівці ($\approx 60\%$), напружений пневмоторакс ($\approx 33\%$), травматична обструкція дихальних шляхів ($\approx 6\%$)) [68, 88].

У США з 1999 року та державах Альянсу НАТО з 2005 року протоколи тактичної медицини включено в навчальні програми підготовки військового персоналу, що зобов'язаний надавати домедичну та долікарську допомогу на основі навчального курсу PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) (догоспітальна допомога для підтримання життя при травмах) за системою NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians) [30, 56, 82]. Тому у 2017 р., відповідно до положень нової редакції Стандартизованої угоди НАТО № 2122 стосовно навчання військовослужбовців з надання первинної медичної допомоги пораненим та основ гігієни для військового персоналу ЗУ України, було відпрацьовано зміни, внесені до програм індивідуальної підготовки військовослужбовців (I-CT-3) та фаховій підготовки військового медика, яка в армії США заснована на 16-тижневому курсі (68W), що включає детальне теоретичне та практичне навчання за протоколом надання допомоги пораненим (TCCC-MP, CLS (Combat Life Saver) — протокол порятунку життя під час бою). Протокол TCCC має два рівні, а саме: TCCC-AC (All Combatants) і TCCC-MP (Medical Personnel). Стандарт підготовки I-CT-3

застосовується під час організації та виконання заходів індивідуальної підготовки військовослужбовців із тактичної медицини ЗСУ, інших військових формувань, а також в установах, закладах та організаціях всіх форм власності, що здійснюють підготовку (навчання) військовозобов'язаних та допризовників [65]. Наприклад, в нашій державі у складі Національної академії внутрішніх справ створене навчально-тренувальне відділення домедичної підготовки Національної академії внутрішніх справ України. Після закінчення курсу навчання, що базується на протоколі ТССС-АС, випускник-інструктор має право проводити заняття з особовим складом за програмою бойової та спеціальної підготовки підрозділів Національної гвардії (НГ) України, затвердженою наказом командуючого НГ України від 06.03.2017 р. № 138.

Отже, соціальні виклики останніх років передбачали адаптацію до змін у сфері національної безпеки шляхом реформування системи ОЗ України та медичної служби ЗСУ з метою забезпечення їх здатності до виконання завдань за призначенням. Це свідчило про необхідність перегляду загальноприйнятих нормативів потреби в медичних ресурсах ЗСУ у напрямі їх збільшення відповідно до обсягу певних видів медичної допомоги та оперативно-медичної обстановки, що складається в сучасних локальних війнах і збройних конфліктах, і попереднього психологічного та фізичного адаптування до збройних конфліктів сучасності [10]. Зважаючи на сучасні засоби ведення воєнних дій та їх медико-санітарні наслідки, за допомогою розробки організаційної моделі та нормативно-правової бази застосування медико-організаційних заходів мінімізації негативних наслідків у разі зростання загроз здоров'ю громадян України в умовах НС воєнного характеру, наприкінці 2015 року стає необхідним визначення концептуальної стратегії щодо впровадження адаптованих медико-організаційних технологій у складові системи ЕМД під час проведення контртерористичних операцій [33].

У відповідності з принципами і політикою медичного забезпечення (МЗ) Організації Північноатлантичного договору (Альянс, НАТО) (МС 0326/3) з урахуванням національних особливостей, з метою запровадження єдиних підходів у питаннях надання медичної допомоги та лікування поранених у воєнний час, об'єднання зусиль систем військової та цивільної ОЗ для досягнення максимальної їх ефективності, модернізації системи МЗ військ та повної сумісності з відповідними силами держав — членів НАТО та згідно з Постановою ВР України від 25.11.2015 р. № 825-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: “Про військово-медичну доктрину України”», було реалізовано концепцію функціонування сучасної системи медичного захисту населення України в умовах проведення контртерористичних операцій та визначено в редакції нової «Воєнної доктрини України» та «Воєно-медичної доктрини України» [47, 70]. У подальшому це потребує впровадження організаційно-правових заходів, пов'язаних зі здійсненням цілеспрямованих, системних і скоординованих дій з боку органів держав-

ного управління, виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, недержавних установ і громадських організацій [8].

«Принципи і політика медичного забезпечення НАТО» (МС 0326/3) посідає чільне місце у структурі правового супроводу медичного забезпечення держав — членів НАТО, що містить загальні принципи медичного забезпечення та презентує медичну політику НАТО, спрямовану на виявлення аспектів військової політики й напрями оперативного медичного забезпечення держав — членів НАТО. При цьому держави — члени НАТО мають розробляти сумісні концепції медичної допомоги, плани, структури та процедури [76]. Одним із актів нормативно-правового супроводу, що застосовуються під час імплементації, є Стандартизована угода НАТО (Standardization Agreement, STANAG) та Стандартизовані рекомендації (STANREC) — об'єднані та нормотворчі документи НАТО зі стандартизації, що визначає добровільну згоду держав — учасниць організації для реалізації обраного стандарту, повністю або частково, із застереженнями або без них [19]. Наприклад, деякі медичні стандарти та керівні документи НАТО, вимоги яких було впроваджено у 2018 році в національних нормативних документах: STANAG 2087 (Ed. 6), IDT — Medical Employment of Air Transport in the Forward Area — ВСТ 01.305.002 — 2016 (01) «Медичне застосування повітряного транспорту на передовій» та STANAG 2546 (Ed. 1), IDT/AJMedP-2 — Allied Joint Medical Doctrine for Medical Evacuation — ВСТ 01.305.001 — 2016(01) «Об'єднана союзна доктрина з медичної евакуації».

З урахуванням зазначеного слід зауважити, що компонентами розроблення стандартів є: планування, розроблення, застосування та їх перегляд. Ці компоненти визначені відповідно до циклу Демінга (методологія PDCA) [76]. Втілення стандартів НАТО має бути зваженим і враховувати організаційну специфіку ЗСУ та їх медичного забезпечення, а також реальну політичну ситуацію й економічні можливості держави. Отже, запровадження компонентів стандартизації МЗ ЗСУ має здійснюватися шляхом створення такої системи, яка б відповідала соціально-економічним умовам держави і сучасним завданням бойової діяльності збройних сил [2].

Практичну реалізацію положень «Воєнної доктрини України» з урахуванням актуальних воєнно-політичних загроз і викликів було відображено у «Стратегічному оборонному бюлетені України», відповідно до якого оборонна реформа сприятиме створенню системи МЗ ЗСУ [70, 72]. На виконання Указу Президента України від 6.06.2016 р. № 240/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року “Про Стратегічний оборонний бюлетень України”» у частині III «Механізм імплементації оборонної реформи» п. 3.4 передбачено внести зміни до законів України та інших нормативно-правових актів за напрямом «нормативно-правове врегулювання та створення системи медичного забезпечення військ (сил) з урахуванням євроатлантичного досвіду, у тому числі запровадження надан-

ня ефективної та кваліфікованої медичної допомоги, медичної реабілітації та оздоровлення військовослужбовців, удосконалення процедур замовлення і постачання медичного майна та медичної техніки», а також у частині III, відповідно до п. 4.2 «Побудова системи медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки всім завданням сил оборони на період до 2020 року», передбачено утворення єдиної міжвідомчої системи медичного забезпечення для «надання належної медичної підтримки всім завданням сил оборони». Згідно з цим у частині V «Шляхи досягнення стратегічних цілей» на підставі положень «Стратегії національної безпеки України», «Военної доктрини України» та «Концепції розвитку сектора безпеки і оборони України» була визначена «Стратегічна ціль 4. Об'єднана система логістики і система медичного забезпечення», яка буде реалізована шляхом виконання «Оперативної цілі 4.2. Побудова системи медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки всім завданням сил оборони»: «Очікуваний результат: створено систему медичного забезпечення, спроможну надавати відповідну медичну підтримку всім завданням, що стоять перед силами оборони України, яка функціонує відповідно до стандартів НАТО, і здатну робити внесок у функціонально сумісні медичні можливості для спільних місій з НАТО. Досягнуто необхідних спроможностей щодо розшуку поранених, їх медичної евакуації та надання необхідної допомоги і лікування. У діяльність військово-медичних служб упроваджено сучасні технології надання медичної допомоги і лікування поранених відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Унормовано питання використання можливостей системи охорони здоров'я у державі щодо надання медичної допомоги, лікування і медичної реабілітації поранених у рамках єдиного медичного простору, створено систему медичної реабілітації, яка забезпечує відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій для повернення до виконання обов'язків військової служби або соціальної та трудової адаптацію. Удосконалено систему підготовки та перепідготовки військово-медичних кадрів для сил оборони та запроваджено військово-медичну підготовку, яка забезпечить ефективне навчання стандартів надання медичної допомоги при бойовій травмі (патології). Створено медичну інформаційну систему складових сил оборони, що охоплює всі етапи медичної евакуації та процеси управління потоками пацієнтів, відповідає стандартам, доктринам та рекомендаціям НАТО. Досягнута ціль партнерства України — НАТО (G5404) «Реформування системи медичного забезпечення» [71, 72].

З метою вдосконалення МЗ ЗСУ, відповідно до Указу Президента України від 05.02.2016 р. № 39/261 «Про затвердження військово-адміністративного поділу території України» та нормативно-правового врегулювання питання лікування військовослужбовців у цивільних ЗОЗ в МО України було опрацьовано Проект Постанови КМ України «Про удосконалення

медичного забезпечення військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції на Сході України» та додатка 1 «Положення про Тимчасові функціональні об'єднання (ТФО) закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць», що передбачає виділення у найбільш потужних цивільних ЗОЗ державної та комунальної власності резерву профільних ліжок у межах до 30 % від ліжкового фонду, для надання своєчасної та якісної спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям ЗСУ [8]. У подальшому Проект Постанови було врегульовано наказом МО України «Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення» [36].

ТФО утворюються обласними державними адміністраціями й органами місцевого самоврядування за погодженням з МОЗ України і МО України на базі ЗОЗ, визначених КМ України. Підготовка ТФО до виконання завдань за призначенням, виділення резерву профільних ліжок, утворення та зберігання місячного запасу лікарських засобів, виробів медичного призначення, донорської крові та її препаратів здійснюється за замовленням МО України через МОЗ України за рахунок цільових видатків державного бюджету, передбачених для надання медичної допомоги. Однією з важливих вимог до ЗОЗ є забезпечення можливості прийому не менше 10–15 поранених (хворих) одночасно. Надання медичної допомоги і лікування поранених військовослужбовців має здійснюватися відповідно до стандартів та клінічних протоколів, затверджених МОЗ України. Для керівництва ТФО створюються групи управління, які очолюють заступники керівників структурних підрозділів з питань ОЗ обласних державних адміністрацій. Склад груп визначається керівниками обласних державних адміністрацій за погодженням з МОЗ та МО України. Загальне керівництво ТФО здійснюється МОЗ України, але для забезпечення ефективного управління ТФО та взаємодії з військовими лікувальними закладами з МО України направляєється її представник від органів управління медичним забезпеченням. НАМН України та вищі медичні навчальні заклади III–IV рівнів акредитації у разі необхідності підсилюють ЗОЗ медичними фахівцями необхідної спеціальності та кваліфікації [28]. Ці пункти Положення були доопрацьовані, затверджено Постановою КМ України від 11.05.2017 р. № 412 утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і ЗОЗ [46].

У подальшому на виконання Розпорядження КМ України від 24.05.2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції» ці положення були доопрацьовані згідно зі спільним наказом МО та МОЗ України від 07.02.2018 р. № 49/180 та доповнені адміністративно-організаційними заходами щодо забезпечення надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що за-

лучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям [36, 49].

Створення ТФО є раціональним, економічно вигідним, доцільним і перспективним для формування системи медичного забезпечення військ в особливий період. Створення ТФО не матиме негативного впливу на стан системи ОЗ цивільного населення у визначених регіонах на відміну від ТерГБ, коли територіальні ЗОЗ цивільної системи ОЗ вилучатимуться для потреб МЗ військ цілісними комплексами [7].

Сьогодні головне місце у процесі реформування ЗСУ займає реорганізація військово-медичної служби, в першу чергу щодо організації, принципів та методів розшуку, надання ЕМД та евакуації поранених і хворих, з урахуванням досвіду збройних сил провідних європейських держав та членів НАТО [30]. Вирішення цих питань було розпочато ще в 2016 р. у рамках співпраці «Україна — НАТО» на основі впровадження системи управління військами — С4ISR та J-структури органів та рівнів військового управління відповідно до стандартів НАТО [19, 83, 84]. Згідно з єдиною військово-медичною доктриною НАТО (АJP-4.10(A)), медична логістика збройних сил Альянсу є загальним обов'язком медичних і логістичних служб. Координація роботи медичного персоналу та персоналу логістики (J4) дуже важлива, оскільки МЗ є частиною функціонального напрямку бойового забезпечення. Головними напрямками співпраці з іншими службами є: розроблення концепції та плану забезпечення; визначення вимог до функціонування; ресурсне забезпечення; визначення структур служб логістики й МЗ; розгортання, підтримка роботи та зміна дислокації лікувальних закладів; координація логістичних аспектів аеромедичної евакуації, причому планування та виконання завдань координуються з персоналом оперативного рівня (J3) авіаційного командування; вирішення питань виділення транспорту для медичної евакуації [5, 6, 78, 96].

На підставі «Стратегічного оборонного бюлетеня України» та вимог рішень РНБО України від 4.03.2016 р. «Про Концепцію розвитку сектора безпеки і оборони України» була затверджена Державна програма розвитку збройних сил на період до 2020 року, яка надає підґрунтя щодо реформування та розвитку ЗСУ й є завершальним циклом оборонного планування. Станом на 2016 рік МЗ ЗСУ було обтяжено низкою проблем, які за часи виконання програми планувалося вирішити, а саме: створення медичної інформаційної системи ЗСУ та єдиного органу управління МЗ; забезпечення сучасними засобами евакуації медичних підрозділів ЗСУ; перехід до підготовки та перепідготовки медичних кадрів у відповідності зі стандартами НАТО [9, 73]. Тому на виконання Розпорядження КМ України від 03.04.2017 р. № 275-р «Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій Уряду на 2017 рік» у розділі V п. 4 «Безпека та оборона» було передбачено створення єдиного органу МЗ ЗСУ та забезпечення набуття ним спроможностей до кінця 2017 року.

На першому етапі, відповідно до Указу Президента України № 103/2017 від 08.04.2017 р. «Про затвердження Річної національної програми під егідою Комісії України — НАТО на 2017 рік», у п. 2.1.1.2 «Удосконалення системи матеріально-технічного та медичного забезпечення ЗС України» зазначено: протягом 2017 року реформувати Військово-медичний департамент МО України та Центральне військово-медичне управління ЗСУ у єдиний орган управління МЗ на стратегічному рівні — Головне військово-медичне управління (ГВМУ) з підпорядкуванням його Міністру оборони України, та затверджено 04.01.2018 р. відповідно до спільної Директиви МО України та Генерального штабу ЗСУ. На другому етапі — до 2020 року — під час реорганізації структури МО України і Генерального штабу ЗСУ планується підпорядкувати ГВМУ начальнику Генерального штабу — Головнокомандувачу ЗСУ, що дасть можливість сформувати ефективну систему управління МЗ військ від МО України до окремої військової частини через всі рівні військового управління. З метою уточнення і чіткого розмежування повноважень МО України та органів військового управління ЗСУ та на виконання наказу МО України від 29.03.2019 р. № 141 «Про трансформацію системи об'єднаного керівництва силами оборони та військового управління в ЗС України» у ГВМУ триває робота щодо визначення перспективної структури системи МЗ та її наближення до стандартів НАТО, визначення її функцій та завдань.

Реалізація положень і заходів «Стратегічного оборонного бюлетеня України» та трансформація системи МЗ ЗСУ з імплементацією доктринальних основ і організаційних засад МЗ збройних сил держав — членів НАТО обумовили запровадження «Настанови з медичного забезпечення ЗС України» на особливий період, яка враховує: положення «Принципів і політики щодо медико-санітарного забезпечення НАТО» (МС 0326/4) та «Спільної доктрини НАТО щодо медико-санітарного забезпечення» (АJP-4.10(B)) як основний нормативно-правовий акт військово-медичної служби Альянсу та нової дефініції — рівень медичного забезпечення, що відповідає прийнятому в НАТО визначенню «Role». З урахуванням впровадження в ЗСУ стандартів НАТО та відповідно до міжнародних вимог, термін «рівень медичного забезпечення» використовують в системі лікувально-евакуаційних заходів для розподілу (класифікації) медичних підрозділів і військово-медичних закладів на чотири категорії відповідно до завдань і спроможностей щодо надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації поранених [14, 34].

З метою втілення стандартів Альянсу було застосовано директиву МС-411 (NATO Civil-Military Cooperation (CIMIC) Policy, 1997), в якій окреслені принципи та підходи до концепції цивільно-військового співробітництва (ЦВС) у НАТО. Ці принципи були відображені та детально пояснені у 2003 році у доктрині ЦВС (АJP-09). Слід зауважити, що директива стосується стратегічного рівня ЦВС, доктрина охоплює оперативний рівень його застосування, а на

тактичному рівні засади ЦВС визначені у тактиці, методах та процедурах, еволюція поглядів яких переглянута у 2013 році (АЖР-3.4.9) з метою пристосування до сучасних викликів та вимог, а також внесення необхідних змін у бачення ЦВС [75]. На підставі впровадження «Доктрини НАТО щодо цивільно-військової медичної взаємодії» (AJMedP-6) одним із напрямків реформування ЗСУ та їх розвитку є модернізація системи МЗ із максимальною інтеграцією її з цивільною системою ОЗ [7, 15].

У подальшому, відповідно до стратегічного курсу держави на набуття членства в НАТО, на початку 2018 року була затверджена «Річна національна програма під егідою Комісії Україна — НАТО на 2018 рік», яка є системним стратегічним документом у сфері євроатлантичної інтеграції України, реформування сектора безпеки і оборони України відповідно до стандартів і рекомендацій Альянсу. В розділі II п. 2.1 «Оборонні/військові питання. Реформування сектора безпеки і оборони України» визначено середньострокові цілі, які планується реалізувати до 2020 року, та пріоритетні завдання на 2018 рік, що передбачає системне запровадження цілеспрямованих та планомірних заходів стосовно реформування військової медицини на основі створення системи МЗ сил оборони, яка здатна робити внесок у функціонально сумісні медичні спроможності спільних із НАТО місій. У першу чергу буде упроваджено сучасні технології надання медичної допомоги і лікування поранених відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері ОЗ держав — членів НАТО, а саме: створення медичної інформаційної системи складових сил оборони, що охоплює всі етапи медичної евакуації та процеси управління потоками пацієнтів, згідно зі стандартами, доктринами та рекомендаціями НАТО; створення єдиної системи логістики, удосконалення системи управління медичним забезпеченням та мережі військово-медичних закладів ЗСУ відповідно до принципів та стандартів НАТО, насамперед це набуття військово-медичним персоналом та особовим складом логістики ЗСУ навичок роботи в медичній інформаційній та координаційній системі (MEDICS), медичній інформаційно-адміністративній системі (MIMS), системах НАТО із забезпечення розгортання і пересування військ (ADAMS), прийому, підготовки та зосередження матеріальних засобів (CORSOM), контролю за переміщенням військ (EVE), а також у системі звітування з питань медичного забезпечення та логістики (LOGREP), сучасних електронних системах реєстрації пацієнтів та травм; оновлення матеріально-технічної бази мобільних госпіталів з метою досягнення взаємосумісності з НАТО та модульного принципу їх формування; підготовка та забезпечення медичної служби засобами розшуку поранених, транспортними засобами медичної та аеромедичної евакуації, зокрема броньованими, сучасним комплектно-табельним оснащенням для надання медичної допомоги; участь представників медичної служби ЗСУ у міжнародних

заходах у межах «Індивідуальної програми партнерства між Україною та НАТО», а також у міжнародних навчальних курсах з медичного забезпечення та стажуванні в ЗОЗ оборонних відомств провідних держав світу, медичних польових навчаннях [74].

У цілому, на підставі Закону України «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях» (18.01.2018 р. ухвалений Верховною Радою України та підписаний Президентом України 20 лютого 2018 року), з 30 квітня 2018 року розпочато Операцію об'єднаних сил, що дозволило радикально покращити взаємодію, планування, організацію та виконання заходів щодо відсічі збройній агресії. Наприклад, з метою досягнення цілі партнерства Україна — НАТО (G5404), відповідно до пункту пріоритетного завдання «Реформування системи медичного забезпечення» на 2018 рік та на виконання Постанови КМ України від 27.12.2018 р. № 1208 «Про затвердження Порядку логістичного забезпечення сил оборони під час виконання завдань оборони держави, захисту її суверенітету, територіальної цілісності та недоторканності», згідно з п. 20, було розпочато запровадження об'єднаної системи логістики і, зокрема, системи МЗ сил оборони, «для ефективного виконання завдань логістичного забезпечення сил оборони під час їх застосування між силами оборони та центральними (місцевими) органами виконавчої влади, іншими державними органами, органами місцевого самоврядування».

Отже, концепція цивільно-військової уніфікації ЕМД — це організаційно-методична складова процесу реформування системи ОЗ України, що варто розглядати як складову національної безпеки держави.

Висновки та пропозиції

1. Відповідно до Указу Президента України «Про Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.», аналіз основних системних принципів організації надання ЕМД на сучасному етапі реформування системи ОЗ в Україні підтвердив концептуальний підхід щодо прийняття управлінських рішень МОЗ та нормативно-правових актів, які регламентують етапи реформування підсистеми ЕМД і практику його реалізації в Україні впродовж 2017–2019 рр.

2. Виклики сьогодення вимагають цілеспрямованого впровадження єдиних уніфікованих протоколів з надання ЕМД для відповідних фахівців профільних міністерств, відомств та ЗОЗ усіх форм власності, із запровадженням до програм навчання з медицини невідкладних станів міжнародних програм: BLS, ALS, ACLS, ATLS, PALS, MALS та TISS. Розробити та затвердити стандарт на автомобілі та їх табель оснащення відповідно до прийнятих протоколів, а також диспетчерської служби з відповідними протоколами фахівця — диспетчера ЕМД.

3. Вирішення першочергових питань на ранньому госпітальному етапі з надання ЕМД, можливо, зі створенням відділень (палат) невідкладної медичної

допомоги багатопрофільних лікарень, центрів травми трьох рівнів та інформаційно-консультативних токсикологічних центрів, зокрема відновити в Україні центральний рівень служби медицини катастроф з утворенням мобільних формувань. Доведено, що досвід, набутий практичними лікарями з надання допомоги постраждалим із травмою, є неоціненним при наданні гуманітарної допомоги населенню від НС природного і техногенного характеру, а також у разі терористичних актів та військових операцій. Керівники хірургічних бригад (загальні хірурги першої та вищої категорії) закладів охорони здоров'я, які сертифіковані як «центр травми», повинні проходити спеціальну післядипломну підготовку з торакальної хірургії (160 годин), травматології (160 годин), інтенсивної терапії та реанімації (160 годин) з уведенням спеціальності «хірургія пошкоджень» (Trauma Surgery, відповідно до кваліфікаційних вимог Американської асоціації хірургії).

4. Створення Національного реєстру травм, аналіз якого, по-перше, міг би застосовуватися для визначення важливості й масштабу впливу наслідків травмування на здоров'я людей, а по-друге — для сприяння розробці ефективних управлінських рішень та їх контролю. Ретельне дослідження даних про травматизм для визначення того, «хто, що, коли, де і як виникла травма?», є першим кроком моделі запобігання.

5. Виконання протоколів з надання ЕМД в умовах НС військового характеру потребує об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб ЗСУ та інших структур сектора безпеки держави, а також ЗОЗ та закладів цивільного захисту, об'єднаних основними нормативно-правовими актами — «Воєнно-медичною доктриною України» та вимогами Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Поєднання ресурсів цивільної та військової ланок ОЗ на єдиних принципах надання ЕМД дозволить сформувати дієву загальнодержавну систему ЕМД.

6. Для успішної реалізації державної програми реформування системи ОЗ в Україні в першу чергу слід розрахувати фактичну потребу бюджетного фінансування для забезпечення у повному обсязі фонду заробітної плати працівників підсистеми ЕМД та оснащення матеріально-технічної бази відповідно до міжнародних стандартів надання ЕМД. Внести зміни до додатка 2 Постанови КМ України від 30.08.2002 р. № 1298 щодо встановлення більш високих тарифних розрядів «Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» — працівників служби ЕМД. Відповідно до цього у Державному бюджеті передбачити додаткові видатки на ОЗ за КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру».

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Аналітична доповідь до щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». К.: НІСД, 2017. 928 с. (див. с. 388-395).
2. Бадюк М.І., Ковида Д.В., Микита О.О. Нормативно-правова база медичного забезпечення ЗСУ в умовах запровадження стандартів НАТО. Екстрена медицина: від науки до практики. 2017. № 2(23). С. 11-20
3. Бакай А.Є. Державне регулювання медичного забезпечення населення України в надзвичайних ситуаціях: стан дослідженості проблеми. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 23. С. 93-99.
4. Біла книга лікування тяжко поранених: рекомендації відносно структури, організації та устаткування для лікування тяжко поранених в Федеративній Республіці Німеччина. Німецьке товариство травматологічної хірургії. Берлін, 2006.
5. Білоус М.В., Шматенко О.П., Рижов О.А., Дроздов Д.В. Основні аспекти медичного постачання у збройних силах держав — членів НАТО. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2016. № 2(21). С. 102-109.
6. Білоус М.В., Шматенко О.П., Рижов О.А., Приходько Т.В. Система медичного постачання Збройних Сил України: фокус на інтеграцію. Вісник фармації. 2019. № 2(98). С. 41-47.
7. Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Мельник І.П. Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4(40). С. 12-18. <https://doi.org/10.24959/nphj.19.7>
8. Верба А.В. Стан та проблемні питання медичного забезпечення в зоні проведення антитерористичної операції в різні періоди. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти: збірник наукових праць: за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В.І. та Сердюка А.М. К.: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. 316 с. С. 15-26.
9. Військова медицина та реформи в Україні "Battlefield medicine and Reform in Ukraine": доповідь / Центр передової військової медицини НАТО (багатонаціональна медична група аналізу отриманого досвіду, 4-й семінар з вивчення медичного досвіду, за прямої підтримки Командування ОЗС НАТО з питань трансформації, Оперативного командування (ОЗС) НАТО та Комітету керівників військово-медичних служб країн НАТО. Будапешт, Угорщина, 6–7 вересня 2016. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.coemed.org/news-a-events/conferences/396-1st-multinational-medical-ll-team-meeting>
10. Волянський П.Б., Печиборщ В.П., Якимець В.М., Вороненко В.В., Хижняк М.І. Медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях в єдиній державній системі цивільного захисту: керівництво. Київ: Видавництво Людмила, 2019. 693 с.
11. Державна служба статистики України. Демографічний щорічник «Населення України за 2016 рік». Кількість померлих за причинами смерті, статтю та типом поселень у 2016 році. 2017. 109 с.
12. Крилюк В.О., Гур'єв С.О., Іскра Н.І., Гудима А.А., Соловійов О.С., Кузьмін В.Ю., Максименко М.А., Кузьмінський І.В., Доморацький О.Е., Гродецький В.К., Сурков Д.М., Дзецюх Т.І., Самофал Ю.Є., Крижевський В.В. Екстрена медична допомога травмованим на догоспітальному етапі: навчальний посібник. Київ, 2017. 400 с.

13. Жаховський В.О. Єдиний медичний простір як елемент формування медичного потенціалу держави. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4/1(41). С. 82-86.
14. Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Роль та значення дефініцій у військовій медицині. Сучасні аспекти військової медицини. 2019. Вип. 26(1). С. 3-19. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Savt_2019_26\(1\)_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Savt_2019_26(1)_3)
15. Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Воєнно-медична доктрина України: її місце серед нормативно-правових актів держави та роль у формуванні системи медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у воєнний час. Вісник Національного університету оборони України. 2014. № 6(43). С. 397-403.
16. Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О., Мельник І.П. Нормативно-правові засади, стан та перспективи формування моделі єдиного медичного простору в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3(44). С. 106-114.
17. Законопроект «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів» від 21 червня 2017 р. № 6604.
18. Законопроект «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 6 червня 2017 р. № 6327.
19. Збірник наукових праць Центру воєнно-стратегічних досліджень Національного університету оборони України імені Івана Черняховського. 2018. № 3(64). 146 с.
20. Звіт щодо стану процесу формування госпітальних округів та госпітальних рад. К.: Центр «Ейдос», 2018. 36 с.
21. Іскра Н.І., Печиборець В.П., Кузьмін В.Ю. Особливості планування функції та структури відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень на основі досвіду США. Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. 2016. № 5. С. 5-13.
22. Коваль О.В. Удосконалення державної кадрової політики в Збройних Силах України. Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. пр. Редкол.: С.М. Серьогін (голов. ред.) [та ін.]. Дніпро ДРІДУ НАДУ, 2017. Вип. 4(35). С. 163-173.
23. Ковригіна В.Є. Міжнародно-правова регламентація екстреної медичної допомоги в Україні. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки». 2015. Вип. 3-2. Т. 4. С. 132-140.
24. Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI (із змінами і доповненнями, внесеними законами України: № 224-VII від 14.05.2013 р., № 353-VII від 20.06.2013 р., № 1166-VII від 27.03.2014 р., № 124-VIII від 15.01.2015 р., № 766-VIII від 10.11.2015 р., № 1404-VIII від 02.06.2016 р., № 2020-VIII від 13.04.2017 р. та № 2581-VIII від 02.10.2018 р.).
25. Комітет з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення (протокол № 107 від 19 грудня 2018 року) «Про результати засідання Консультативної ради з питань удосконалення медичної реформи при Комітеті Верховної Ради України з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення».
26. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30.
27. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>
28. Лівінський В.Г. Обґрунтування нового механізму використання системи цивільної охорони здоров'я для лікування поранених і хворих військовослужбовців шляхом створення тимчасових функціональних об'єднань. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4/1(41). С. 63-68.
29. Медицина катастроф. Військова медицина: рек. анований бібліогр. покажч.; уклад.: Н.Б. Гавриш, В.В. Хівренко, І.М. Лазоренко, Л.М. Драган. Х., 2018. 36 с.
30. Гур'єв С.О., Шкатула Ю.В., Печиборець В.П., Іскра Н.І., Бадіон Ю.О. Медичний захист військ. Суми: Видавництво СумДУ, 2017. 176 с.
31. Микита О.О. Комплексний аналіз управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації медичного забезпечення збройних сил і цивільної охорони здоров'я. Екстрена медицина: від науки до практики. 2016. № 1(17). С. 29-43.
32. Мороз Є.Д., Близнюк М.Д., Гуселетова Н.В., Крилюк В.О., Новіков Ф.М., Максименко М.А., Іванов В.І., Трофімова К.П., Кузьмін В.Ю., Дорош В.М., Сидоренко Д.М. Науковий аналіз організаційно-функціональної структури наявної системи медичного захисту населення України під час проведення антитерористичної операції. Екстрена медицина: від науки до практики. 2016. № 2(18). С. 10-17.
33. Мороз Є.Д., Близнюк М.Д., Гуселетова Н.В., Крилюк В.О., Новіков Ф.М., Максименко М.А., Трофімова К.П., Іванов В.І., Кузьмін В.Ю. Особливості системи медичного захисту населення України під час проведення контртерористичних операцій. Екстрена медицина: від науки до практики. 2017. № 2. С. 21-27.
34. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 11.02.2019 р. № 60 «Про затвердження Наставови з медичного забезпечення Збройних сил України на особливий період».
35. Наказ Міністерства внутрішніх справ України від 18.08.2014 р. № 831 «Порядок організації медичного забезпечення в системі Державної служби України з надзвичайних ситуацій».
36. Наказ Міністерства оборони України від 16.11.2016 р. № 608 «Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення».
37. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».
38. Наказ МОЗ від 18.12.2017 р. № 1621 «Про внесення змін до Примірного положення про госпітальний округ».
39. Наказ МОЗ України від 19.10.2018 р. № 1881 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#n16>
40. Наказ МОЗ від 25.03.2019 р. № 667 «Положення про функціональну підсистему медичного захисту населення» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-25032019--667-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-funkcionalnu-pidsistemu-medichnogo-zahistu-naseleennja>
41. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних докумен-

тів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019-1269-pro-zatverdzhennja-ta-vprovadzhenja-mediko-tehnologichnih-dokumentiv-zi-standartizacii-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi>

42. Новіков Ф.М., Кузьмін В.Ю., Кушнір В.А., Дворський П.Д., Шуригін О.Ю. Мобільні медичні формування цивільного захисту населення України як компонент єдиної системи екстреної медичної допомоги в особливий період (воєнний час). Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання екстреної медичної допомоги» (13 липня 2011 р., м. Кам'янець-Подільський). Кам'янець-Подільський, 2011. С. 15-16.

43. Нормативно-правові основи реорганізації системи реагування та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій на територіальному рівні (довідковий посібник) / С.О. Гур'єв, Г.Г. Роцін, М.Д. Близнюк [та ін.]; за ред. С.О. Гур'єва. Київ, 2013. 84 с.

44. Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 р. № 1338-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: “Про реформу охорони здоров'я в Україні”».

45. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819 «Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/819-95-n>

46. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2017 р. № 412 «Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/newsnpd?fromDate=05.10.2006&npdList_stind=181

47. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 р. № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України».

48. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів».

49. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції» (назва Розпорядження із змінами, внесені згідно з Постановою КМ № 331 від 11.04.2018 р. «...та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях»).

50. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 р. № 383-р «Про схвалення концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги».

51. Роль та місце військової медицини в єдиному медичному просторі України щодо реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я: круглий стіл. К.: НАДУ при Президентові України, 12 грудня 2014 р.

52. Роцін Г.Г., Смайлі Деніел, Цуглевич Я.М., Синельнік С.В., Кузьмін В.Ю., Мазуренко О.В., Сличко І.Й., Іванов В.І. Міжвідомча цивільно-військова уніфікація догоспітальної екстреної медичної допомоги. Матеріали VIII Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України», 17–19 квітня 2019 р. С. 63.

53. Роцін Г.Г., Зозуля І.С., Смайлі Деніел, Рогов А.В., Близнюк М.Д., Іванов В.І., Теслюк М. Шляхи інтеграції міжнародних

принципів надання екстреної медичної допомоги в систему охорони здоров'я України. Матеріали VII Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України», 25–27 квітня 2018 р. С. 39-40.

54. Роцін Г.Г., Кузьмін В.Ю., Мороз Є.Д., Близнюк М.Д., Крилюк В.О., Новіков Ф.М., Іванов В.І., Дорош В.М. Удосконалення медико-технологічного забезпечення відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні (аналітичний огляд літератури). Медицина невідкладних станів. 2017. № 2(81). С. 21-27. doi: 10.22141/2224-0586.2.81.2017.99688.

55. Роцін Г.Г., Мазуренко О.В., Дорош В.М., Пагава О.З., Іванов В.І. Реформування системи екстреної медичної допомоги постраждалим на ранньому госпітальному етапі. Клінічна хірургія. 2019. № 86(5). С. 72-78. doi: 10.26779/2522-1396.2019.05.7.

56. Роцін Г.Г., Мазуренко О.В., Кузьмін В.Ю. Підготовка лікарів та військовослужбовців силових відомств за програмами тактичної медицини ТССС та ТЕСС. Збірник наукових праць НМАПО ім. П.Л. Шупика. 2015, січень. С. 154-155.

57. Роцін Г.Г., Мазуренко О.В., Терент'єва А.В., Іскра І.А. Деякі питання міжвідомчої координації в процесі подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій. Економіка та держава. 2010. № 2. С. 93-95.

58. Роцін Г.Г., Рогов А.В., Мороз Є.Д., Цуглевич Я.М., Близнюк М.Д., Іванов В.І. Стан реформування екстреної медичної допомоги в Україні. Матеріали VIII Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України», 17–19 квітня 2019 р. С. 63.

59. Роцін Г.Г., Хімїон Л.В., Матюха Л.Ф., Іванов В.І., Назаренко І.І. Виклики сучасного світу — підготовка лікарів з медицини катастроф. Сімейна медицина. 2017. № 4(72). С. 22-27.

60. Роцін Г.Г., Цуглевич Я.М., Смоланка В.І., Іванов В.І. Інтеграційні напрями розвитку екстреної медичної допомоги в Україні відповідно до міжнародних вимог. Екстрена медицина: від науки до практики. 2018. № 2(28). С. 25-38.

61. Савицький В.Л., Власенко О.М., Стриженко В.І., Булах О.Ю. Система медичного забезпечення військ (сил) — складова загальнодержавної політики охорони здоров'я громадян України. Трансформування та розвиток Збройних Сил України. Наука і оборона. 2014. Вип. 2. С. 27-33.

62. Сличко І.Й., Роцін Г.Г., Мазуренко О.В. Особливості післядипломного військово-медичного навчання лікарів. Матеріали VIII Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України», 17–19 квітня 2019 р. С. 65.

63. Сохін О.О. Взаємодія різних міністерств і відомств США у ліквідації катастроф. Надзвичайна ситуація. 2000. № 8–9. С. 42-44.

64. Спільний Наказ МО та МОЗ України від 07.02.2018 р. № 49/180 «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції».

65. Стандарт підготовки І-СТ-3 (вид. 2): підготовка військовослужбовця з тактичної медицини. К.: МП «Леся», 2015. 148 с.

66. Стрельников М.О., Бадюк М.І., Гудима А.А., Горебець М.М. Проблемні питання організації надання екстреної медичної допомоги у Збройних Силах України. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016. № 2(68). С. 20-26.
67. Тактика ліквідування надзвичайних ситуацій: Курс лекцій / І.М. Неклонський. Х.: НУЦЗУ, 2017. 367 с.
68. Тактична медицина для підрозділів спеціального призначення. ПП «МВЦ «Медінформ». К., 2016. 146 с.
69. Указ Президента від 12.03.2015 р. № 139/2015 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 лютого 2015 року “Про додаткові заходи щодо зміцнення національної безпеки України”».
70. Указ Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 «Про рішення РНБО України від 02.09.2015 р. “Про нову редакцію Воєнної доктрини України”» [Електронний документ]. Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/555/2015>
71. Указ Президента України 14.03.2016 р. № 92/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 04.03.2016 р. “Про Концепцію розвитку сектору безпеки і оборони України”».
72. Указ Президента України від 6.06.2016 р. № 240/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20.05.2016 р. “Про Стратегічний оборонний бюлетень України”».
73. Указ Президента України від 22.03.2017 р. № 73/201 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29.12.2016 р. “Про Державну програму розвитку Збройних Сил України на період до 2020 року”».
74. Указ Президента України від 28.03.2018 р. № 89/2018 «Річна Національна програма під егідою Комісії Україна — НАТО на 2018 рік».
75. Цивільно-військове співробітництво за стандартами НАТО: навчальний посібник. К.: НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2015. 87 с.
76. Шуляк В.І. Міжнародний досвід застосування інтегрованого клінічного протоколу в медичній практиці (огляд літератури). Укр. мед. часопис. 2010. № 5(79). С. 41-44.
77. Формування мережі закладів охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади. Бібліотека головного лікаря та голови профкому закладу охорони здоров'я. Львів, 2016. Вип. 11. 110 с.
78. Allied Joint Doctrine for Medical Support. Edition B. Version 1: NATO standard AJP-4.10. 2015. 170 p. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/457142/20150824-AJP_4_10_med_spt_uk.pdf.
79. American College of Surgeons. Resources for Optimal Care of the Injured Patient, 2006. Chicago, IL: ACS; 2007 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://usaisr.amed.mil/cpgs.html>
80. Boyle Michael F., Kirkpatrick Daniel G., Vaughan C., Wertz B., Cann M., Ponte D., Mirabello M., Sharpe M., Katz S., Pierre Jean St. The Healthcare Executive's Guide to Urgent Care Centers and Freestanding Eds. Health Leaders Media. Printed in the USA. 2015. 231 p.
81. Butler F.K. Tactical combat casualty care in special operations. Military Medicine. 1996. Vol. 161. P. 1-16.
82. Cardiopulmonary resuscitation (VHA directive 1177). Department of Veterans Affairs Veterans Health Administration Washington, DC 20420. Transmittal Sheet, August 28, 2018. 12 p.
83. Command, Control, Communications, Computers, Intelligence, Surveillance and Reconnaissance (C4ISR) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.lockheedmartin.com/us/what-we-do/aerospace-defense/c4isr.html>
84. Defence Resource Management Information System In-Service Support. www.forces.gc.ca (англійська). National Defence and the Canadian Armed Forces. 2015.
85. Dick W.F. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehosp. Disaster Med. Vol. 18. Is. 1 March 2003. P. 29-37. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://doi.org/10.1017/S1049023X00000650>
86. Emergency medical services System in the European. 2008. 194 p.
87. Emergency medical services (EMS) Agenda For The Future: Integration of Health Services. 2010. 96 p.
88. Emergency Medical Services in the Warm Zone Active Shooter Best Practice Guide Version 1.0. New Hampshire Bureau of Emergency Medical Services. 2015. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.nh.gov/safety/divisions/fstems/ems/documents/warmzoneactiveshooter.docx>.
89. Emergency Management Plan For Mass Casualty Incidents [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.downstate.edu/emergency_medicine/pdf/KCHCSection03.pdf
90. FEMA [Електронний ресурс]. 2009. Режим доступу: <http://www.fema.gov/about/divisions/mitigation.htm>
91. Health Care Systems in the EU Comparative Study. Luxembourg: European Parliament, 1998. 141 p.
92. Health Services Research into European Policy and Practice. Final report of the HSREPP project. Health Services Research in Europe. Utrecht: NIVEL, 2011. 254 p.
93. Ho V., Metcalfe L., Dark C., Vu L., Weber E., Shelton G. Jr., Underwood H.R. Comparing Utilization and Costs of Care in Freestanding Emergency Departments, Hospital Emergency Departments, and Urgent Care Centers. Ann. Emerg. Med. 2017 Dec. 70(6). 846-857. e3. [Електронний ресурс]. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.12.006
94. Maier Ronald V. New Concepts in Trauma. Am. J. Surg. 1997. 173. P. 47-48.
95. Santa Clara County Emergency medical services (EMS) communications system guide — Reference EMS 818. 2015. 22 p.
96. Standard: NATO — AJP-4.10. Allied Joint Doctrine For Medical Support [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://standards.globalspec.com/std/9930061/nato-ajp-4-10>
97. Standard: NATO — AJMEDP_5. Allied Joint Doctrine For Medical Communications And Information Systems (MEDCIS) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://standards.globalspec.com/std/1668455/nato-ajmedp-5>
98. SWAT standards for law enforcement agencies. National Tactical Officers Association. 2008. 56 p [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://ntoa.org/massemail/swatstandards.pdf>.
99. Washington DC 20350-2000. NAVY Emergency Medical Services Program. Department of the NAVY, Office of the Chief of Naval Operations, 2000 NAVY Pentagon (Opnavinst 11320.27A N46). 21 Feb 2019. 12 p. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.secnv.navy.mil/doni/Directives/11000%20Facilities%20and%20Land%20Management%20Ashore/11-300%20Utilities%20Services/11320.27A.pdf>

Отримано/Received 12.01.2020

Рецензовано/Revised 27.01.2020

Прийнято до друку/Accepted 17.02.2020 ■

Рошин Г.Г.¹, Синельник С.В.¹, Кузьмин В.Ю.¹, Мазуренко О.В.¹, Сличко И.И.¹, Мороз Е.Д.², Близнюк Н.Д.², Печиборщ В.П.², Крылюк В.Е.², Новиков Ф.Н.², Дворский П.Д.², Иванов В.И.², Кереселидзе Г.Л.², Дорош В.Н.³, Сидоренко Д.Н.³, Дениел Смайли⁴, Рогов А.В.⁵, Саранов В.Ф.⁶, Вервейко И.О.⁶

¹ Національна медичинська академія післядипломного образования имени П.Л. Шупика, кафедра медицины катастроф и военно-медицинской подготовки, г. Киев, Украина

² ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

³ Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Киев, Украина

⁴ Служба экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, штат Калифорния, г. Сакраменто, США

⁵ ВГО «Всеукраинская ассоциация работников скорой неотложной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Киев, Украина

⁶ Коммунальное некоммерческое предприятие «Волновихская центральная районная больница», г. Волновиха, Украина

Межведомственная военно-гражданская унификация экстренной медицинской помощи в соответствии с реформированием системы здравоохранения Украины (аналитический обзор литературы)

Резюме. На основании положений Военно-медицинской доктрины Украины и Концепции реформы системы экстренной медицинской помощи, с целью формирования единого методологического подхода к оптимизации логистического управления системой провести анализ организации предоставления экстренной медицинской помощи и медицинского обеспечения Вооруженных Сил Украины и гражданского населения в особый период государства, что в рамках единого медицинского пространства рассматривается как ключевой стандарт прав человека и юридический вызов в сфере здравоохранения Украины. На основании концептуального подхода к реформированию системы здравоохранения Украины и практики его реализации, в том числе в особый период государства, проведен анализ международного и национального законодательства, нормативно-правовых актов Украины, управленческих решений правительственного и ведомственного уровней, в том числе протокольного характера, Министерства здравоохранения Украины, Министерства обороны Украины и Государственной службы Украины по чрезвычайным ситуациям, регламентирующих этапы реформирования подсистемы экстренной медицинской помощи, а также определение их соотношения и особенностей межведомственного

административно-правового регулирования. Предметом исследования было медицинское обеспечение военнослужащих и гражданского населения в соответствии с требованиями медицинской защиты в условиях чрезвычайных ситуаций военного характера. Аналитический обзор проведен при выполнении научно-исследовательской работы «Разработка принципов отраслевого и межведомственного взаимодействия при оказании экстренной медицинской помощи населению на территориях проведения антитеррористических операций и при чрезвычайных ситуациях с массовым поражением людей», которая утверждена МЗ Украины (№ гос. регистрации 0118U1140, выполнение — 2018–2020 гг. в НМАПО им. П.Л. Шупика, руководитель д.м.н., проф. Рошин Г.Г.), и «Научное обоснование принципов и методов функционирования службы медицины катастроф как механизма военно-гражданского сотрудничества в системе гражданской защиты населения» (№ гос. регистрации 0118U003653, выполнение — 2018–2019 гг. в ГУ «УНПЦ ЭМП и МК МЗ Украины», руководитель д.м.н. Печиборщ В.П.).

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь; реформирование системы здравоохранения Украины; медицинское обеспечение НАТО; обзор

G.G. Roschin¹, S.V. Sinelnik¹, V.Yu. Kuzmin², O.V. Mazurenko¹, I.Y. Slychko¹, Ye.D. Moroz², M.D. Blyzniuk², V.P. Pechiborshch², V.O. Kryliuk², F.M. Novikov², P.D. Dvorskiy², V.I. Ivanov², G.L. Kereselidze², V.M. Dorosh³, D.M. Sidorenko³, Daniel Smiley⁴, A.V. Rogov⁵, V.F. Saranov⁶, I.O. Vervejko⁶

¹ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

² State Institution "Ukrainian Scientific and Practical Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

³ Kyiv Municipal Clinical Emergency Hospital, Kyiv, Ukraine

⁴ Emergency Medical Services Authority, Sacramento, California, USA

⁵ All-Ukrainian Public Organization "Association of Emergency Care and Disaster Medicine Workers", Kyiv, Ukraine

⁶ Municipal Non-Commercial Enterprise "Volnovakha Central District Hospital", Volnovakha, Donetsk Region, Ukraine

Interagency civil military unification of emergency medical care in line with the reform of the health care system of Ukraine (analytical literature review)

Abstract. On the basis of the provisions of the Military medical doctrine of Ukraine and the concept of reforming the emergency medical care system, in order to form a unified methodological approach to optimization of the logistic management of the system, to analyze the organization of emergency medical care and medical support of the Armed Forces of Ukraine and civilians in a special period of the state that within the single medical space is considered as a key human rights standard and a legal challenge in the health sector of Ukraine. Based on the conceptual approach to reforming the health care system of Ukraine and the practice of its implementation, particularly during the special period of the state, an analysis was performed of international and national legislation, normative legal acts of Ukraine, administrative decisions of the governmental and departmental levels, including the protocol nature of the Ministry of Health Care of Ukraine, Ministry of Defense of Ukraine and State Emergency Service of Ukraine, which regulate the stages of reforming the emergency medical care subsystem, as well as the definition of their correlation and features of interagency administrative regulation. The subject of the study was medical support for service-men and civilians in accordance with the requirements of medical

protection in conditions of military emergency. The analysis of the basic system principles for organization of providing emergency medical care at the current stage of reforming the health care system in Ukraine confirmed the conceptual approach to the management decisions of the Ministry of Health and normative legal acts that regulate the stages of reforming the emergency medical care subsystem and practice of its implementation in Ukraine in 2017–2019. In order to achieve NATO-Ukraine Partnership Goal (G5404), the reform process in the Ukrainian Armed Forces during the special period of the state concerns the reorganization of the military medical service, which takes into account: the provisions of the NATO Principles and Policies of Medical Support (IAW MC0326/4) and the Allied Joint Doctrine for Medical Support (NATO Standard AJP-4.10(B)), as the primary legal act of the Alliance's military medical service. The concept of civil-military unification of emergency medical care is an organizational and methodological component of the process of reforming the health care system of Ukraine, which should be considered as a component of national security of the state. **Keywords:** emergency medical services; reform of the health care system Ukraine; NATO medical support; review