

Використана література

1. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. Відомості Верховної Ради України, 2013, № 30, ст.340.
2. Новий клінічний протокол «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап» : затв.наказом МОЗ України від 05.06.2019 № 1269, <https://moz.gov.ua>, 05.06.2019, 317 ст.
3. Порядок медичного забезпечення поліцейських та військовослужбовців Національної гвардії України при виконанні оперативно-службових завдань під час подолання наслідків надзвичайних ситуацій, припинення групового порушення громадської безпеки і порядку чи масових заворушень : затв.наказом МВС України від 07.11.2017 № 910, <https://mvs.gov.ua>, 07.11.2017, 25 ст.
4. Методичні рекомендації з організації роботи мобільних медичних формувань : Управління охорони здоров'я та реабілітації МВС України, м.Київ. МВС України, 04.03.2019 № 33/1-551, 11ст.
5. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на догоспітальному етапі в умовах надзвичайних ситуацій : Тарасюк В.С., Матвійчук М.В. Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М. Малик С.Л., Кривецька Н.В.. – Київ, Медицина, 2015, 368 ст.

**МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ:
ПРАВОВИЙ СТАТУС**

Пашков В.М.,

доктор юридичних наук, професор, завідувач лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В.В. Сташиса НАПрН України

Соловійов О.С.,

доктор медичних наук, професор,
заступник Секретаря Ради національної безпеки і оборони України
Державна служба медицини катастроф (Далі – ДМСК) – особливий вид державної аварійно-рятувальної служби, основним завданням якої є надання безкоштовної медичної допомоги потерпілим у надзвичайних ситуаціях (Далі – НС) техногенного та природного характеру, а також рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації НС.

ДМСК створена 14.04.1997 р. відповідно до ст. 37 Основ законодавства України про охорону здоров'я з метою надання медичної допомоги на випадок екстремальної ситуації на території України. Служба у своїй діяльності керується Конституцією України та іншими законодавчими актами. До її складу входять медичні сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої приналежності, визначені МОЗ України: Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, територіальні центри екстреної медичної допомоги, науково-дослідні медичні установи, лікувально-

профілактичні заклади, які утворюють та утримують медичні формування і розгортають додатковий ліжковий фонд, а також забезпечені всім необхідним для надання екстреної медичної допомоги [1].

Основні завдання ДСМК є: надання безоплатної медичної допомоги потерпілим; організація та проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в осередку НС; збір та аналіз інформації щодо медико-соціальних наслідків НС; забезпечення збереження здоров'я персоналу, який бере участь у ліквідації наслідків НС; створення й раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів на всіх рівнях та організація роботи аптеки в умовах НС; участь у підготовці медичних та немедичних працівників до надання медичної допомоги потерпілим; науково-дослідні роботи з питань екстреної медичної допомоги та питань реагування під час НС.

До медичних формувань Служби належать мобільні госпіталі, мобільні загони, медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги, положення про які затверджуються МОЗ України.

ДСМК приймала участь у багатьох міжнародних програмах: в Міжнародному проєкті МАГА ТЕ ЯЕЯ 9/049 "Медична освіта та програма міжрегіональної координації готовності до ядерних аварій", в програмі "Партнерство Американського Міжнародного Союзу Охорони Здоров'я (АМСОЗ) по виконанню Проєкту удосконалення медичної допомоги в нових незалежних державах", міжнародних військово-цивільних навчаннях "Раф енд Реді" 2004 р. тощо.

Особовий склад спеціалізованих бригад УНПЦ ЕМД та МК приймав участь у ліквідації наслідків землетрусів в Туреччині у 1999 р. та Індії у 2001 р.

Таким чином, чинний стан вітчизняної медицини катастроф слід розглядати у нерозривному зв'язку з загальним станом швидкої (екстреної) медицини в Україні. Однак, в Україні, зокрема бракує близько третини бригад екстреної медичної допомоги. Багато лікарів передпенсійного віку. У той же час молодих лікарів на роботу у цю галузь приходить мало. Частина автомобілів недоукомплектовані. Також не вистачає і самих машин. Транспорт та медична техніка в середньому на 60-70 % застарілі, фізично зношені та потребують заміни. У деяких бригадах працює персонал без належної освіти, зокрема санітарки.

Не останню роль у зростанні важливість існування служби вітчизняної медицини надзвичайних ситуацій зіграла пандемія корона вірусу, з подоланням наслідків якої та численним зростанням випадків зараження хворобою у 2020 р. боролися і працівники служби медицини катастроф.

Звертаючись до зарубіжного досвіду функціонування системи екстреної медицини та медицини катастроф, насамперед варто виділити досвід США з утворенням урядових органів FEMA та NDMS [2]. Проблема захисту та надання медичної допомоги населенню у цій країні вирішується в залежності від потенційних варіацій надзвичайних ситуацій – стихійні лиха, терористичні акти тощо. Відповідальними урядовими інституціями за розгорнення заходів з надання

допомоги в умовах НС у США є Міністерство охорони здоров'я, Національна протипожежна адміністрація, медична служба Збройних сил США тощо.

Для безпосередньої організації робіт в умовах НС в 1979 р. було утворено центральний урядовий орган – Федеральне агенство з управління країною в надзвичайних умовах (Federal Emergency Management Agency – FEMA), головним завданням якого є планування та організація заходів щодо захисту населення в разі, насамперед, виникнення загрози ядерного конфлікту, та координація ефективної взаємодії різних міністерств, відомств та установ, відповідальних за попередження й боротьбу з наслідками стихійних лих і катастроф у мирний час.

У свою чергу, у 1981 р. утворюється спеціальна служба для надання медичної допомоги постраждалим в умовах НС – National Disaster Medical System (NDMS), покликана у разі необхідності об'єднувати можливості Міністерства оборони, Міністерства охорони здоров'я, медичних установ штатів, приватних організацій та установ зі сфери охорони здоров'я задля організації медичних та евакуаційних заходів у районі НС.

NDMS вступає до відносин з надання медичної допомоги у тому разі, коли кількість осіб, що потребують медичної допомоги перевищує можливості лікувальних установ регіону катастрофи. У разі відсутності небезпеки FEMA та NDMS провадять заходи з навчання медичного персоналу належним діям в умовах НС та забезпечення можливості оперативного розгортання резервного ліжкового фонду у разі виникнення на те необхідності.

План заходів на випадок НС NDMS, насамперед, передбачає створення загонів спеціалізованої медичної допомоги, які розгортають евакуаційні відділення на 240 ліжок, 15 з яких здатні надати допомогу 10 000 особам. Залучення великих лікарняних центрів у головних містах штатів з місткістю 2500 і більше ліжкомісць та можливість використання понад 300 регіональних центрів здатні підняти резерв місць для лікування постраждалих до 100 000 ліжкомісць.

Служба екстреної медичної допомоги США комплектується переважно фахівцями-парамедиками, підготовка яких проводиться з 1966 р. Дані фахівці ЕМТ в 1970 р. були внесені до офіційного переліку медичних спеціальностей, підготовка яких здійснюється за двома категоріями: ЕМТ-І – ключова увага на діагностику наявності загрозливих для життя станів і надання невідкладної медичної допомоги; ЕМТ-Р – знання та навички надання невідкладної допомоги із залученням методів інтенсивної терапії;

У структурі NDMS присутні наступні підрозділи: DMAT: Група надання медичної допомоги при НС, здатна розгорнути повноцінний польовий госпіталь для надання допомоги при легких травмах, ушибах та переломах, у інвентарі якої наявні необхідні засоби для цього; IMSURT: Міжнародна група медико-хірургічного реагування, здатна розгорнути «операційну в полі» - відділення хірургічного втручання в польових умовах для обробки більш серйозних травм; NVRT: Національна група ветеринарного реагування – команда ветеринарних спеціалістів, яка турбується про службових та постраждалих у регіону тварин; IRCT: Група координації реагування на НС – відповідальна за координацію та контролем діяльності залучених структурних підрозділів; DMORT: Оперативна

група реагування для роботи з тілами загиблих, яка залучається до роботи у НС з масовими жертвами задля ідентифікації останків із залученням наукових методів, а також – збирання інформації про загиблих від членів сім'ї. На початку пандемії коронавірусу в США була залучена до розгортання мережі мобільних моргів у Нью-Йорку з огляду на нездатність місцевих установ справитися з навантаженням через високу смертність від хвороби. Останнього разу структурний підрозділ залучався до роботи у мегаполісі після терористичних атак 11 вересня 2001 року, коли офісу місцевої судової експертизи не вистачало засобів для ідентифікації останків 2753 загиблих під час знищення ВТЦ.

Також, за оцінками європейських фахівців, високу ефективність роботи демонструє система екстреної медичної допомоги Франції - *Service d'Aide Médicale Urgente* (SAMU), утворена у 1956 р. за регіональним принципом та структурою зі 100 пунктів.

До складу стандартної бригади ЕМД входить лікар, який отримав спеціальну підготовку в системі швидкої допомоги/лікар-стажист або медична сестра з догляду, водій та радіооператор. Два останніх члена бригади, як правило, поліцейські або пожежні, які виконують за сумісництвом обов'язки санітарів. При цьому варто зазначити, що парамедики не залучаються до проведення медичних маніпуляцій з потерпілими безпосередньо на місці події, а перебувають у постійній готовності для надання додаткової допомоги для надання невідкладної допомоги чи транспортування потерпілих у разі виникнення на те необхідності.

Фахівці SAMU проходять спеціальний 400 год. курс підготовки, отримуючи спеціальне посвідчення, щорічно підтверджують на іспитах рівень своєї кваліфікації та здійснюють постійну практику в медичних, навчально-медичних, пожежних, поліцейських транспортних установах.

За законодавством Франції [3], чинна система захисту населення від НС побудована на базі кадрових фахівців-рятувальників пожежної служби – 30 тис. осіб, та добровольців – близько 200 тис. осіб, з яких лише 5 тис. – лікарі. Крім мережі пожежних центрів система також передбачає існування спеціальних підрозділів швидкого реагування, ліквідації наслідків авіакатастроф, технічні підрозділи, радіологічні, сейсмологічні тощо.

Окремо слід виділити існування у структурі ЕМД Франції військово-медичного формування швидкого реагування ЕММІР чисельністю 78 осіб, яке було утворене у 1982 р. Формування включає в себе групу управління, дві хірургічних та госпітальних групи, терапевтичну, а також групи супроводу для повітряної евакуації, транспорту та зв'язку, які можуть діяти як у повному складі, так і автономно.

У свою чергу, система ЕМД та МК ФРН об'єднує найкращі елементи попередньо проаналізованих моделей. Відповідно до Закону ФРН про захист від катастроф 1968 р. у державі передбачено систему з надання різних видів допомоги загальною кадровою чисельністю близько 600 000 осіб. При цьому система охорони ФРН передбачається існування 500 000 ліжко-місць, кількість яких може бути збільшена на 1.2 млн ліжок у разі виникнення серйозних надзвичайних ситуацій.

Як і у багатьох інших місцях, у Німеччині система ЕМД виконує дві основні функції: *Екстрена служба* - відповідь на всі дзвінки, що стосуються безпосередньої небезпеки для життя та/або здоров'я людини, яка потребує надання належної медичної допомоги та/або транспортування до ЛПЗ. Ця послуга стосується гострих захворювань, таких як інфаркт міокарда, нещасних випадків з важкими травмами тощо; *«Неаварійні послуги»* - Організація та здійснення транспортування пацієнтів, які не належать до невідкладних станів (переїзд до, між лікарнями). Ця послуга для тих пацієнтів, які не мають гострих амбулаторних або хронічних захворювань, або тих, хто одужує від гострих ситуацій, які не мають можливості користуватися іншими видами транспорту (таксі, власний автомобіль або громадський транспорт).

В умовах ФРН держава і частково підприємці у рамках так званої соціальної відповідальності беруть на себе витрати по медичному обслуговуванню населення. При цьому згідно з положеннями законодавства, за роботу ургентних служб відповідають, насамперед, урядові органи земель.

Основним принципом діяльності служби ЕМД ФРН є негайне транспортування постраждалого в лікарню для надання йому кваліфікованої медичної допомоги. Найбільш ефективними для виконання функцій транспортної служби хворих, враховуючи швидкість пересування, були визнані пожежні бригади. Цю функцію також виконують добровільні організації - Червоний Хрест, служба волонтерів Мальтійського ордена та ін.

Зазвичай виклик спочатку надходить до пожежної служби, які у разі потреби можуть звернутися в службу ЕМД/Червоного Хреста/волонтерів Мальтійського ордена і т.п. Згідно зі статистикою, добровільні і професійні пожежні команди виконують 27% невідкладних викликів, машини суспільства Червоного Хреста Німеччини — 68,5%.

Аналіз 10000 виїздів машин швидкої медичної допомоги у Франкфурті-на-Майні (площа - 195 км²) показав, що в будь-яке місце події машина може прибути в середньому через 7 хв. після виклику, а середня протяжність такого маршруту до місця події - 5-6 км.

Проблема транспорту в Німеччині вирішується двома шляхами: існують наземні засоби транспортування, а також - застосовуються повітряні засоби транспортування. Для екстреного повітряного транспорту Німеччини характерне використання різноманітних повітряних засобів, починаючи від гелікоптерів об'єднання ADAC та DRF, на борту яких можна помістити лише 2 потерпілих, і кінчаючи реактивними літаками. Вертоліт, поза сумнівом, найдорожчий засіб порятунку. Але ефективність його використання все-таки покриває витрати. Для оплати транспорту укладені договори з великими лікарняними касами і організаціями соціального страхування. План фінансування складається з 3 частин: медичні витрати забезпечує держава, експлуатацію - каси, вильоти по помилковому виклику - землі.

Проте, на жаль, досвід країн ЄС, щодо розвитку системи охорони здоров'я, не завжди враховується в законодавстві України [4]

Таким чином, постає логічне запитання – яке майбутнє чекає на вітчизняну екстрену медицину? Чи наблизимось ми до вищезгаданих світових зразків ЕМД?

Література:

1. Пашков В.М. Еволюція правового статусу закладів охорони здоров'я в законодавстві України. Медичне право. 2017. №3. С. 104 – 111
2. Mahoney L. E. Designing a U.S. National Disaster Medical System. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1425063/>
3. Lindsey Dawson. (NDMS) and the COVID-19 Pandemic. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-national-disaster-medical-system-ndms-and-the-covid-19-pandemic/>
4. Vitalii Pashkov, Petro Noha, Aleksey Soloviov. SCREENING AND PERIODICAL MEDICAL EXAMINATIONS AS IMPORTANT PART OF PUBLIC HEALTH: PROBLEM OF THE LEGAL IMPLEMENTATION. Wiadomości Lekarskie 2018, tom LXXI, nr 4. 893 – 896

ОКРЕМІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛЦЕЙСЬКИМ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ ПРИ ВИКОНАННІ НИМИ ОПЕРАТИВНО-СЛУЖБОВИХ ЗАВДАНЬ ПІД ЧАС ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Сергата Є.В., Марченко О.О.

Державна установа «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Полтавській області»

Забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України має супроводжуватися формуванням безпечного для суспільства і кожної людини стану життєвого довкілля, забезпеченням прийнятного рівня ризику, сучасною системою безпеки, яка б базувалася на принципах міжнародного права. Україна сьогодні, на жаль, є одним з найнебезпечніших регіонів світу за ступенем критичності техногенних навантажень, потенційної небезпеки шкідливих для населення і навколишнього середовища виробництв.

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

Актуалізація проблеми тероризму реально висвітлила вузькість техногенно-природного виміру безпеки і додала інші чинники небезпеки, і передусім біологічного характеру. Та найбільше занепокоєння викликають все більш активні