

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

**Андронов В.А.**  
**Домбровська С.М.**  
**Лермонтова Ю. О.**  
**Труш О.О.**

УДК 351.743: 614.8

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ПОСТАЧАННЯМ В  
УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

**Харків – 2015**

*Рецензенти:*

**Кармишев Д.В.** – д.н.держ.упр., професор, перший заступник директора Харківського інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України;

**Огнєв В.А.** – д.мед.н., професор завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету.

*Рекомендовано до друку вченою радою Національного університету цивільного захисту України (протокол № 6 від 14 грудня 2015 р.)*

Андронов В. А., Домбровська С. М., Лермонтова Ю. О., Труш О. О.  
Сучасний стан організаційно-правового забезпечення державного управління пожежною безпекою в Україні : монографія / В. А. Андронов, С. М. Домбровська, Ю. О. Лермонтова, О. О. Труш. – Х., 2015. – 210 с.

У монографії сформульовано теоретичні положення й практичні рекомендації, які можуть бути використані для розв'язання важливого науково-практичного завдання з удосконалення організаційно-правового забезпечення державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій.

© В. А. Андронов  
© С. М. Домбровська  
© Ю. О. Лермонтова  
© О. О. Труш  
© НУЦЗУ, 2015

## ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
<i>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.....</i>	<i>10</i>
1.1. Змістовні характеристики державного управління в умовах надзвичайних ситуацій.....	10
1.2. Організація медичної допомоги при виникненні надзвичайних ситуацій.....	27
1.3. Лікарське забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій.....	48
Висновки до першого розділу.....	66
<i>РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.....</i>	<i>68</i>
2.1. Аналіз впливу надзвичайних ситуацій, що виникають в Україні на їхні медико-санітарні наслідки.....	68
2.2. Стан нормативно-правової бази у сфері лікарського забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій.....	86
2.3. Особливості системи лікарського забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій.....	105
Висновки до другого розділу.....	125
<i>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.....</i>	<i>128</i>
3.1. Інструментарій правового забезпечення діяльності закордонних національних систем екстреної медичної допомоги в умовах	

надзвичайних ситуацій, місце в них фармацевтичного сектору.....	128
3.2. Концепція та стратегічні підходи до проблем державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій.....	146
3.3. Шляхи вдосконалення організаційно-правового забезпечення діяльності фармацевтичної служби територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.....	161
Висновки до третього розділу.....	174
ВИСНОВКИ.....	176
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	180

## СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

СМК	– Служба медицини катастроф
ЕМД	– екстрена медична допомога
ЄСЦЗ	– Єдина державна система цивільного захисту населення і територій
ЛЕЗ	– Лікарсько-евакуаційне забезпечення
ЛПЗ	– Лікувально-профілактичний заклад
ЛШМД	– Лікарня швидкої медичної допомоги
МНС України	– Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи
ДСНС	– Державна служба з питань надзвичайних ситуацій України
ММЗШР	– мобільні медичні загони швидкого реагування
МОЗ України	– Міністерство охорони здоров'я України
НС	– Надзвичайна ситуація
СДОР	– сильнодіюча отруйна речовина
СШМД	– Станція швидкої медичної допомоги
ТЦ ЕМД та МК	– Територіальний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
ЦРЛ	– Центральна районна лікарня
ШМД	– Швидка медична допомога
УНПЦ ЕМД та МК	– Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

## ВСТУП

Забезпечення сталого соціально-економічного розвитку будь-якої держави повинно супроводжуватися формуванням безпечного стану довкілля для життєдіяльності суспільства й кожної людини. З огляду на це необхідним є здійснення відповідної державної політики, пріоритетними завданнями якої мають стати зменшення кількості надзвичайних ситуацій (далі – НС) і пом'якшення їх негативних наслідків. Сучасну орієнтацію відповідних органів управління на функції швидкого реагування на НС і надання допомоги постраждалому населенню слід радикально змінювати, що дасть можливість державі якомога повніше реалізувати конституційні права громадян щодо безпечної життєдіяльності й захисту від НС. Багато в чому це залежить від ефективності механізмів державного управління медичною допомогою в умовах НС і її ресурсною складовою, забезпеченням лікарськими засобами (далі – ЛЗ) й виробами медичного призначення (далі – ВМП), або лікарським забезпеченням медичної допомоги постраждалим. Вирішення цього питання можливе лише в разі науково обґрунтованого вивчення ситуації, яка склалася у сфері безпеки, і надання конкретних пропозицій і рекомендацій з удосконалення системи управління.

Проблемам державного управління цивільним захистом, зокрема матеріально-технічним забезпеченням аварійно-рятувальних служб при виникненні НС, медичною допомогою постраждалим, ліквідацією медико-санітарних наслідків НС приділяється достатня увага як науковцями, так і практиками декількох суміжних галузей – державного управління, права, історії, медицини й фармації. Висвітленню окремих питань розвитку суспільних відносин у контексті розвитку науки державного управління присвятили свої праці такі вітчизняні й зарубіжні вчені, як В.Б. Аверьянов [1, 2], Г.В. Атаманчук [3], В.Д. Бакуменко [4, 5], В. М. Князев [5], А.Ф. Мельник [6], Н.Р. Нижник [7-12], О.Ю. Оболенський [5], Г.П. Ситник [8, 12, 13, 14],

зокрема у сфері охорони здоров'я – М.М. Білинська [15–17], Н.О. Васюк [16], Д.В. Карамішев [19-20], В.М. Лехан [21], Я.Ф. Радиш [16-18] та інші.

Проблеми державного управління цивільним захистом та шляхи їхнього вирішення розглянуто в роботах С.О. Андреева [22], Ю.Л. Воробьева [23-25], С. М. Домбровської [26], Л.А. Жукової [27], Н.Г. Клименко [14, 28–30], Б.М. Порфір'єва [31], В.О. Тищенко [32], О.О. Труша [33-36] та інших.

Процес медичного забезпечення, його окремих складових, підходи до ліквідації медико-санітарних наслідків НС розглянуто в наукових працях В.О. Волошина [37-42], В.Ф. Галицького [43], С.Ф. Гончарова [44–47], С.О. Гур'єва [18, 48–52], Г.Я. Ібрагімової [53], І.В. Кочіна [54, 55], О.О. Мельникової [56], В.Ф. Москаленка [42], Р.В. Насирова [57], Г.Г. Роціна [40, 41, 49, 52, 58–61], В.Ф. Торбіна [61] та інших.

Дослідження у сфері управління Державною службою медицини катастроф проводили такі науковці, як П.Б. Волянський [38, 40, 48, 50, 51, 62, 63], А.В. Терент'єва [18, 48, 49, 51, 58–61, 64, 65].

Не зменшуючи досягнень та здобутків вчених і практиків, слід наголосити, що дослідження проблем державного управління не мають завершеного характеру. Оскільки динамічні процеси в економічному і соціальному середовищі зумовлюють потребу в постійному осмисленні теоретичних і прикладних аспектів державного управління в умовах НС в Україні. Недостатньо вивченими залишаються проблемні питання функціонування організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням як ресурсної складової державного управління медичною допомогою в умовах НС, що й актуалізує наукові розвідки в цій сфері, зумовлює мету й вибір теми монографічної роботи.

Отже, метою дослідження є наукове обґрунтування й розробка практичних рекомендацій з удосконалення організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС природного та техногенного характеру.

Досягнення цієї мети зумовлює реалізацію таких *завдань*:

– визначити сутність базових понять дослідження, а саме: “державне управління лікарським забезпеченням в умовах НС”, “організаційно-правовий механізм державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС”;

– охарактеризувати лікарське забезпечення як ресурсну складову державного управління медичною допомогою в умовах НС;

– розглянути побудову й охарактеризувати стан нормативно-правової бази у сфері лікарського забезпечення в умовах НС в Україні та провідних країнах світу;

– розробити концептуальну й організаційну моделі державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС;

– запропонувати шляхи вдосконалення організаційно-правового механізму державного управління забезпеченням діяльності фармацевтичної служби територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали загальнонаукові, спеціальні наукові й філософські методи, такі як: історичний (при розкритті основних етапів становлення й розвитку системи медичної допомоги й лікарського забезпечення в умовах НС, її організаційно-правового забезпечення), логічний (для здійснення теоретичної реконструкції сутності державного управління та механізму державного управління в умовах НС, а також лікарського забезпечення як ресурсної складової державного управління медичною допомогою в умовах НС), опису (при розгляді характеру й динаміки впливу НС, які виникають в Україні, на їх медико-санітарні наслідки), порівняння (при вивченні побудови й правового забезпечення діяльності закордонних національних систем екстреної медичної допомоги в умовах НС, місця в них фармацевтичного сектору), аналізу і синтезу (при визначенні стану нормативно-правової бази та організації лікарського забезпечення в умовах НС, узагальненні підходів до побудови й використання організаційно-правового механізму державного управління лікарським



забезпеченням в умовах НС), моделювання (для розробки моделі державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС), аксіоматизації (при визначенні основних принципів і концептуальних засад державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС), статистичний (для аналізу даних про кількісні та якісні показники НС в Україні).

У монографії сформульовано теоретичні положення й практичні рекомендації, які можуть бути використані для розв'язання важливого науково-практичного завдання з удосконалення організаційно-правового забезпечення державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС. Практичне значення одержаних результатів підтверджується їх використанням у практичній діяльності: Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у м. Харкові (Обласна клінічна лікарня) у сфері підготовки рішень щодо вдосконалення організаційно-функціональної структури Центру ; Департаменту цивільного захисту Харківської обласної державної адміністрації щодо підтримки розвитку державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС на основі розробки правової та організаційної моделей державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС і фармацевтичної служби територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Результати дослідження можна застосовувати для методичного й наукового забезпечення навчального процесу у вищих навчальних закладах, зокрема при підготовці фахівців за напрямом “Державне управління”, а також у системі підготовки кадрів у галузі знань “Цивільна безпека” за напрямом підготовки “Цивільний захист”.

## *РОЗДІЛ 1*

# **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

### **1.1. Змістовні характеристики державного управління в умовах надзвичайних ситуацій**

Нова історична реальність несе нові загрози та ризики. Існуюча тенденція до збільшення кількості та масштабів НС примушує своєчасно і обґрунтовано відпрацьовувати контрзаходи з метою попередження, реагування на НС та ліквідацію їхніх наслідків. З цією метою створюються відповідні управлінські структури, які разом створюють систему державного управління в умовах НС.

Аналіз літературних джерел [1-11, 13, 27, 28, 66-71] свідчить про велику кількість визначень поняття “державне управління” і відсутність загальноприйнятого визначення, але незважаючи на певні відмінності, їх зміст зводиться до наступного: державне управління – цілеспрямований організуюче-регулюючий вплив держави (через систему її органів та посадових осіб) на суспільні процеси, відносини та діяльність людей з метою їх упорядкування, збереження або перетворення [72].

Щоб з’ясувати особливості державного управління в умовах НС, розглянемо сутність НС та причини їх виникнення.

Різні варіанти визначення НС наводилися у ряді нормативно-правових актів [73-80], а також розглянуто в працях як вітчизняних, так і зарубіжних науковців [27, 81-87 та ін.].

З урахуванням вищезазначеного, під НС, будемо розуміти надзвичайну обстановку на окремій території чи суб’єкті господарювання на ній або водному об’єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею,

стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності [77].

Відповідно до причин походження подій, що можуть зумовити виникнення НС на території країни, розрізняються [23, 77]:

НС техногенного характеру – це порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремій території чи об'єкті на ній або на водному об'єкті внаслідок транспортної аварії (катастрофи) пожежі, вибуху, аварії з викиданням (загрозою викидання) небезпечних хімічних, радіоактивних та біологічно небезпечних речовин, раптового руйнування споруд; аварії в електроенергетичних системах, системах життєзабезпечення, системах телекомунікацій, на очисних спорудах, у системах нафтогазового промислового комплексу, гідродинамічних аварій тощо.

НС природного характеру – це порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремій території чи об'єкті на ній або на водному об'єкті, пов'язане з небезпечним геофізичним, геологічним чи гідрологічним явищем, деградацією ґрунтів чи надр, пожежею у природних екологічних системах, зміною стану повітряного басейну, інфекційною захворюваністю та отруєнням людей, інфекційним захворюванням свійських тварин, масовою загибеллю диких тварин, ураженням сільськогосподарських рослин хворобами та шкідниками тощо.

НС соціального характеру – це порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремій території чи об'єкті на ній або на водному об'єкті спричинене протиправними діями терористичного і антиконституційного спрямування, або пов'язане із зникненням (викраденням) зброї та небезпечних речовин, нещасними випадками з людьми тощо.

НС воєнного характеру – це порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремій території чи об'єкті на ній або на водному об'єкті спричинене застосуванням звичайної зброї або зброї масового ураження, під час якого виникають вторинні чинники ураження населення, що визначаються окремими нормативними документами.

При цьому, основними вражаючими чинниками при НС є:

- механічний (вибухова хвиля, падіння з висоти, травматизація зруйнованими конструкціями);
- хімічний (сильнодіючі отруйні речовини – СДОР);
- радіаційний (іонізуюче випромінювання);
- термічний (дія високої або низької температури);
- біологічний (бактеріальні засоби, токсини).

Ці чинники можуть діяти одночасно або послідовно, зумовлюючи множинні, поєднані та комбіновані ураження різного ступеня тяжкості [2, 31; 90; 93-98].

Крім того, до факторів, які певною мірою впливають на наслідки НС належать:

- інтенсивність руйнівного впливу катастрофи;
- кількість жертв та відсоток населення, яке було вимушене залишити своє житло;
- місце виникнення катастрофи та його доступність для проведення аварійно-рятувальних робіт;
- час доби та пора року, коли сталася катастрофа;
- ресурси, які доступні для використання в даній місцевості для подолання наслідків катастрофи;
- соціальні, економічні та політичні умови в момент виникнення катастрофи.

НС можна класифікувати за різними ознаками: джерелами (причинами) виникнення, масштабами впливу та наслідків, темпами протікання, швидкістю розповсюдження, рівнями, метою, характером прояву тощо. Тому

у науковців існують різні підходи до класифікації НС [12, 23, 88-91]. На нашу думку, найбільш розширена класифікація наведена в роботі А. Терент'євої [64]. У загальному випадку у своєму розвитку НС проходять п'ять основних фаз [84, 91, 92], а саме:

1. Фаза накопичення відхилень об'єкту від нормального протікання процесу, що характеризується тривалістю, можливістю фіксації відхилень і вживанням профілактичних заходів.

2. Фаза ініціації події (аварії, стихійного лиха, катастрофи). Ця фаза швидкоплинна і характеризується відсутністю часу для здійснення ефективних дій для запобігання НС.

3. Фаза безпосереднього розвитку і протікання процесу НС. В цей час відбувається безпосередня дія вражаючих чинників на людей, об'єкти і природне середовище.

4. Фаза дії залишкових чинників враження, протягом якого можливе розповсюдження вражаючих чинників за межі об'єкту враження.

5. Фаза ліквідації наслідків НС.

Правильна діагностика подій, що ведуть до НС, розуміння логіки їх розвитку в часі, чітке знання умов виникнення небезпеки дозволяє, з одного боку, своєчасно прийняти відповідні заходи захисту, а з іншого – розробити алгоритм управління в умовах НС.

Проте особливістю будь-якої НС залишається те, що кожна НС по своєму унікальна, тобто має свої причини виникнення, сценарій та динаміку розвитку, масштаби та тяжкість наслідків, особливості впливу на людину, довкілля, які властиві саме їй [84].

Якщо поняття державне управління і надзвичайна ситуація отримали більш-менш стійке значення, то дефініція державне управління в умовах НС, яке об'єднує два попередніх терміна, і є суттю державного управління в зазначених умовах показує, що їй визначенню приділяється недостатня увага. Так Т. Білоус [12], Н. Нижник [12], Г. Ситник [12; 13, 14] розглядають організаційно-управлінські аспекти запобігання та ліквідації НС як одну із

проблем забезпечення національної безпеки і вважають державне управління в умовах НС її складовою частиною.

Найбільш повне, з нашої точки зору, поняття державне управління в умовах НС надає Н. Клименко визначаючи, що це є цілеспрямованим організуюче-регулюючим впливом держави (через систему її органів та посадових осіб, на які покладається здійснення управління в умовах НС), спрямованим на забезпечення нормальних умов життєдіяльності людини і суспільства, функціонування держави, об'єктів економіки та інфраструктури, недопущення (або зменшення) матеріальних втрат та шкоди довкіллю у випадку виникнення НС та ліквідації їх наслідків [29, 30].

З нашої точки зору, державне управління в умовах НС можна розглядати в широкому та вузькому розумінні. Так у широкому сенсі державне управління в умовах надзвичайних ситуацій пропонується розглядати як діяльність держави (усіх гілок влади), що спрямована на захист особи, суспільства та держави від надзвичайних ситуацій, забезпечення їх життєдіяльності та стійкого розвитку.

У вузькому розумінні державне управління в умовах надзвичайних ситуацій – це вид діяльності органів державної влади та посадових осіб, на які покладені функції управління в умовах надзвичайних ситуацій, спрямовані на захист населення, територій, матеріальних і духовних цінностей та довкілля від надзвичайних ситуацій.

У нашому дослідженні державне управління в умовах НС розглядається саме з точки зору вузького розуміння.

Державне управління в умовах НС має свої особливості, що пов'язано перш за все з особливостями самих НС, яким притаманні: слабка передбачуваність реального масштабу та часу їх виникнення; складність та багатоваріантність взаємозв'язків між процесами; часткову передбачуваність сценаріїв подальшого розвитку; надзвичайно високий рівень невизначеності [12]. До цього слід додати обмеження і відсутність достовірності інформації, зниження резерву часу для прийняття управлінських рішень і виконання

робіт при реагуванні на НС на фоні збільшення інтенсивності робіт та централізації управління, необхідність залучення додаткових ресурсів і їх термінова доставка на місце виникнення НС.

Крім того, відповідно до досліджень Г. Ситника, в умовах НС діють специфічні принципи організації державного управління та функціонування системи державного управління, що передбачають:

- системність при аналізі ситуацій та прийнятті рішень;
- підготовку адаптованого до місцевих умов плану дій на випадок НС та своєчасне його уточнення;
- постійну оцінку ризиків та розробку на цій основі заходів щодо мінімізації можливої шкоди (збитків);
- усунення причин, які породжують страх у керівників різних рівнів управління швидко приймати у разі необхідності рішучі і неординарні рішення;
- постійну перевірку здатності спеціально створених організаційно-технічних, інформаційних та інших систем терміново перейти в необхідний режим функціонування;
- забезпечення вищого ієрархічного рівня управління необхідною інформацією (особливо у момент виникнення НС);
- вчасне виявлення допущених помилок і негайне коригування дій щодо їх виправлення;
- вчасне визначення сфер, які залишаються поза увагою, незважаючи на заздалегідь підготовлений кризовий план;
- організацію ефективної взаємодії місцевих підприємств та органів влади, спрямованих на ліквідацію наслідків НС, зокрема раціональну розстановку людей з урахуванням характеру кризи;
- постійний моніторинг і прогнозування поведінки місцевого населення в режимі НС;
- надання населенню і організаціям, які представляють його інтереси, а також ЗМІ всебічної інформації щодо ризиків та динаміки розвитку

ситуації [13].

Аналіз функціонування систем управління в умовах НС дозволив виділити ряд їхніх особливостей у порівнянні з дією традиційних систем управління, що відбито в таблиці 1.1 [85].

Таблиця 1.1

**Порівняльні характеристики систем управління**

Традиційні системи управління	Системи управління в умовах НС
Постійний режим функціонування	Різні режими функціонування
Тверда структура і чіткий розподіл функцій на тривалий період	Відсутність твердої структури і чіткого розподілу функцій на тривалий період, гнучкість і агресивність
Вузька функціональна спрямованість	Широка і частково непередбачувана область діяльності
Моноструктура	Поліструктура
Регламентовані інформаційні потоки	Залежність інформаційних потоків від ситуації, що складається
Точна інформація	Недостовірні інформація
Надлишкова інформація	Недостатня інформація
Невисокий темп змін	Високий темп змін
Передбачуваність ситуацій	Непередбачуваність ситуацій
Принцип єдності повноважень і відповідальності	Сполучення принципів єдиноначальності, розподілених повноважень і відповідальності
Функціональний потенціал	Організаційний потенціал
Перевага в основному соціально-економічних цілей і критеріїв функціонування	Цілі – дієвість, результативність у ліквідації НС та їхніх причин; критерії – мінімізація часу досягнення цілей, мінімум втрат (жертв) при ліквідації НС

Крім того, прийняття управлінських рішень в умовах НС ускладнюється якістю оцінки основних факторів НС. Як вже було зазначено, керівні органи змушені діяти в умовах гострого дефіциту часу, обмеженої точності та достовірності інформації, що у свою чергу може привести до прийняття нерациональних і навіть помилкових рішень, а відповідно, і до більших втрат. Тому удосконалення систем управління, які орієнтовані на



прогноз и попередження НС, на захист населення і територій, має особливо велике значення.

Державне управління в умовах НС здійснюється у чітких напрямках. Кожен з них є функцією державного управління, навколо якого і для якого формуються управлінські функції самих органів державної влади, які реалізуються через певні механізми [12; 13; 14; 22, 99-101].

Використання терміну «механізм» при розгляді процесу управління обумовлено його змістовним наповненням. У загальному розумінні він означає «систему, що визначає порядок певного виду діяльності» та характеризує «послідовність станів і процесів, які складають будь-яку дію» [102].

За визначенням, яке надається в «Енциклопедії державного управління» механізми державного управління це способи розв'язання суперечностей явища чи процесу в державному управлінні, послідовна реалізація дій, які базуються на основоположних принципах, цільовій орієнтації, функціональній діяльності з використанням відповідних форм і методів управління [103].

На думку авторів словника-довідника “Державне управління”, – “механізми державного управління – це практичні засоби, важелі, стимули, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей”. Схема реального механізму державного управління містить цілі, рішення, впливи, дії, результати. Комплексний механізм державного управління - це система політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління. Механізми державного управління завжди конкретні. Їх реалізація можлива при наявності певних ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних, організаційних та ін.) і нормативно-правового регулювання (закони і підзаконні акти). При цьому, можна говорити про ресурсну, фінансову, кадрову, матеріально-технічну, інформаційну, нормативно-

правову, організаційну та ін. складові державних механізмів [5].

Визначенню поняття “механізм державного управління у сфері цивільного захисту” приділена увага в роботі Тищенка В.О., під яким розуміється система впливу суб’єкту управління (органи державного управління) на об’єкт управління (система цивільного захисту), яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти та призначена для практичного здійснення державного управління і досягнення поставлених цілей щодо захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій [32].

У нашій роботі під механізмами державного управління в умовах надзвичайних ситуацій розуміємо систему послідовних етапів, взаємопов’язаних і взаємодіючих структурних елементів, що визначає порядок, особливості, методи та інструменти дій органів державної влади та місцевого самоврядування цілеспрямованих на захист населення, територій, матеріальних і духовних цінностей та довкілля від надзвичайних ситуацій.

Механізми державного управління в умовах НС включають механізми формування та механізми реалізації захисту.

Механізм формування захисту передбачає виявлення сукупності структурних елементів системи захисту, визначення їхнього місця в системах національної безпеки, цивільного захисту, державного та регіонального управління, створення теоретичних основ управління при виникненні НС; оцінку стану та можливостей державного та регіонального управління щодо забезпечення безпеки при виникненні НС.

Механізм реалізації захисту при виникненні НС окреслює процес формування комплексу організаційно-управлінських заходів щодо створення умов для забезпечення безпеки при виникненні НС. Передбачає розробку напрямів удосконалення концептуальної, законодавчої, нормативно-правової, ресурсної бази щодо забезпечення захисту населення, територій, матеріальних і духовних цінностей та довкілля, формування ефективної державної політики щодо зменшення загроз виникнення НС та створення механізмів реагування на НС і досягнення припустимого рівня небезпеки.

З точки зору системного підходу та на підставі вищезазначеного авторського визначення державного управління в умовах НС в Україні, можна сказати, що система державного управління в умовах НС – є складною системою і складається з таких елементів:

а) суб'єкта управління (підсистеми) – органів державної влади та посадових осіб, на які покладені функції управління в умовах НС;

б) об'єкта управління (підсистеми) – сфери захисту населення, територій, матеріальних і духовних цінностей та довкілля від НС;

в) управлінської діяльності (процесу) – організації суспільних відносин, що забезпечує прямі та зворотні зв'язки між суб'єктом та об'єктом управління.

Системою державного управління в умовах НС в Україні згідно з нормативно-правовими актами [76] є єдина державна система цивільного захисту (ЄСЦЗ), яка складається з функціональних і територіальних підсистем та їх ланок.

Цивільний захист (ЦЗ) – це функція держави, спрямована на захист населення, територій, навколишнього природного середовища та майна від НС шляхом запобігання таким ситуаціям, ліквідації їх наслідків і надання допомоги постраждалим у мирний час та в особливий період.

Основними завданнями ЄСЦЗ є:

1) забезпечення готовності міністерств та інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підпорядкованих їм сил і засобів до дій, спрямованих на запобігання і реагування на НС;

2) забезпечення реалізації заходів щодо запобігання виникненню НС;

3) навчання населення щодо поведінки та дій у разі виникнення НС;

4) виконання державних цільових програм, спрямованих на запобігання НС, забезпечення сталого функціонування підприємств, установ та організацій, зменшення можливих матеріальних втрат;

5) опрацювання інформації про НС, видання інформаційних матеріалів

з питань захисту населення і територій від наслідків НС;

6) прогнозування і оцінка соціально-економічних наслідків НС, визначення на основі прогнозу потреби в силах, засобах, матеріальних та фінансових ресурсах;

7) створення, раціональне збереження і використання резерву матеріальних та фінансових ресурсів, необхідних для запобігання і реагування на НС;

8) оповіщення населення про загрозу та виникнення НС, своєчасне та достовірне інформування про фактичну обстановку і вжиті заходи;

9) захист населення у разі виникнення НС;

10) проведення рятувальних та інших невідкладних робіт щодо ліквідації наслідків НС, організація життєзабезпечення постраждалого населення;

11) пом'якшення можливих наслідків НС у разі їх виникнення;

12) здійснення заходів щодо соціального захисту постраждалого населення;

13) реалізація визначених законом прав у сфері захисту населення від наслідків НС, в тому числі осіб (чи їх сімей), що брали безпосередню участь у ліквідації цих ситуацій;

14) інші завдання, визначені законом.

Функціональні підсистеми ЄСЦЗ (далі – функціональні підсистеми) створюються центральними органами виконавчої влади у відповідній сфері суспільного життя.

До складу функціональних підсистем входять органи управління та підпорядковані їм сили ЦЗ, відповідні суб'єкти господарювання, які виконують завдання ЦЗ.

Положення про функціональні підсистеми розробляються на підставі типового положення про таку підсистему і затверджуються центральними органами виконавчої влади, що їх створили, за погодженням із центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну

політику у сфері ЦЗ.

У разі якщо діяльність центральних органів виконавчої влади спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через відповідного міністра, зазначені положення затверджуються такими міністрами за погодженням із центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері ЦЗ.

Перелік центральних органів виконавчої влади, що створюють функціональні підсистеми, визначається Положенням про ЄСЦЗ [104].

Безпосереднє керівництво функціональною підсистемою покладається на керівника органу, суб'єкта господарювання, що створив таку підсистему.

Територіальні підсистеми ЄСЦЗ (далі - територіальні підсистеми) діють в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі.

Положення про територіальні підсистеми розробляються на підставі типового положення про таку підсистему і затверджуються відповідно Радою міністрів Автономної Республіки Крим чи місцевими державними адміністраціями за погодженням із центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері ЦЗ.

Ланки територіальних підсистем створюються:

1) Радою міністрів Автономної Республіки Крим – у районах Автономної Республіки Крим;

2) районними, районними у містах Києві та Севастополі державними адміністраціями - у районах, районах у містах Києві та Севастополі;

3) органами місцевого самоврядування - в обласних центрах, у містах обласного і районного значення.

Положення про ланку територіальної підсистеми затверджується органом, що її створив.

Безпосереднє керівництво територіальною підсистемою, її ланкою покладається на посадову особу, яка очолює орган, що створив таку підсистему, ланку.

До складу територіальних підсистем та їх ланок входять органи

управління та підпорядковані їм сили ЦЗ, відповідні суб'єкти господарювання.

Єдина державна система залежно від масштабів і особливостей НС, що прогнозується або виникла, функціонує у режимах [76]:

- 1) повсякденного функціонування;
- 2) підвищеної готовності;
- 3) надзвичайної ситуації;
- 4) надзвичайного стану.

Режим повсякденного функціонування ЄСЦЗ встановлюється за умов нормальної виробничо-промислової, радіаційної, хімічної, сейсмічної, гідрогеологічної, гідрометеорологічної, техногенної та пожежної обстановки та за відсутності епідемій, епізоотій, епіфітотій.

У разі загрози виникнення НС за рішенням відповідно Кабінету Міністрів України, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської чи Севастопольської міських державних адміністрацій для ЄСЦЗ у повному обов'язі або частково для окремих її територіальних підсистем тимчасово встановлюється режим підвищеної готовності.

У разі виникнення НС за рішенням відповідно Кабінету Міністрів України, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської чи Севастопольської міських державних адміністрацій для ЄСЦЗ у повному обов'язі або частково для окремих її територіальних підсистем тимчасово встановлюється режим НС.

Режим надзвичайного стану для ЄСЦЗ у повному обов'язі або частково для окремих її територіальних підсистем тимчасово встановлюється у межах території, на якій введено правовий режим надзвичайного стану відповідно до Закону України «Про правовий режим надзвичайного стану» [97].

Положенням про ЄСЦЗ визначається перелік заходів, що здійснюються у відповідному режимі, завдання та порядок взаємодії суб'єктів забезпечення ЦЗ під час функціонування зазначеної системи у відповідному режимі [98].

Порядок взаємодії суб'єктів забезпечення ЦЗ визначається

організаційною структурою системи управління, під якою розуміється розподіл завдань і повноважень між особами або групами осіб (структурними підрозділами), що враховує спрямованість організації на досягнення поставлених перед нею цілей.

Загальна структура системи органів ЄСЦЗ наведена на рис. 1.1. Кожний рівень ЄСЦЗ має координаційний орган, постійно діючий орган управління, орган повсякденного управління, сили і засоби, резерви фінансових і матеріальних ресурсів, системи зв'язку і інформаційного оповіщення. Їх характеристика представлена у табл. 1.2.

Підсумовуючи вищезазначене, доцільно констатувати, що особливості державного управління в умовах НС здійснюють вирішальний вплив на ефективне функціонування органів державної влади, на які покладається управління виконанням завдань із запобігання та ліквідації наслідків НС. В умовах повсякденної діяльності (коли немає загрози виникнення НС) ці особливості, як правило відсутні, або ж їх вплив є досить незначним.

При цьому не слід забувати про те, що сьогодні в Україні існує низка факторів, що лімітують підвищення ефективності діяльності системи державного управління щодо запобігання та боротьби з НС різного характеру, серед яких слід відзначити:

- відсутність реально функціонуючого моніторингу;
- відсутність необхідних наукових досліджень, розробок;
- відсутність кадрів необхідної кваліфікації;
- нерозвиненість ідеології НС;
- дефіцит часу та дефіцит фінансування;
- відсутність всеохоплюючого освітнього процесу для всіх верст населення та соціальних інституцій;
- неповна відпрацьованість взаємодії ДСНС України з іншими соціальними інституціями (зокрема, Міністерством оборони, МВС, Службою безпеки України, Міністерством охорони здоров'я та іншими) [96].

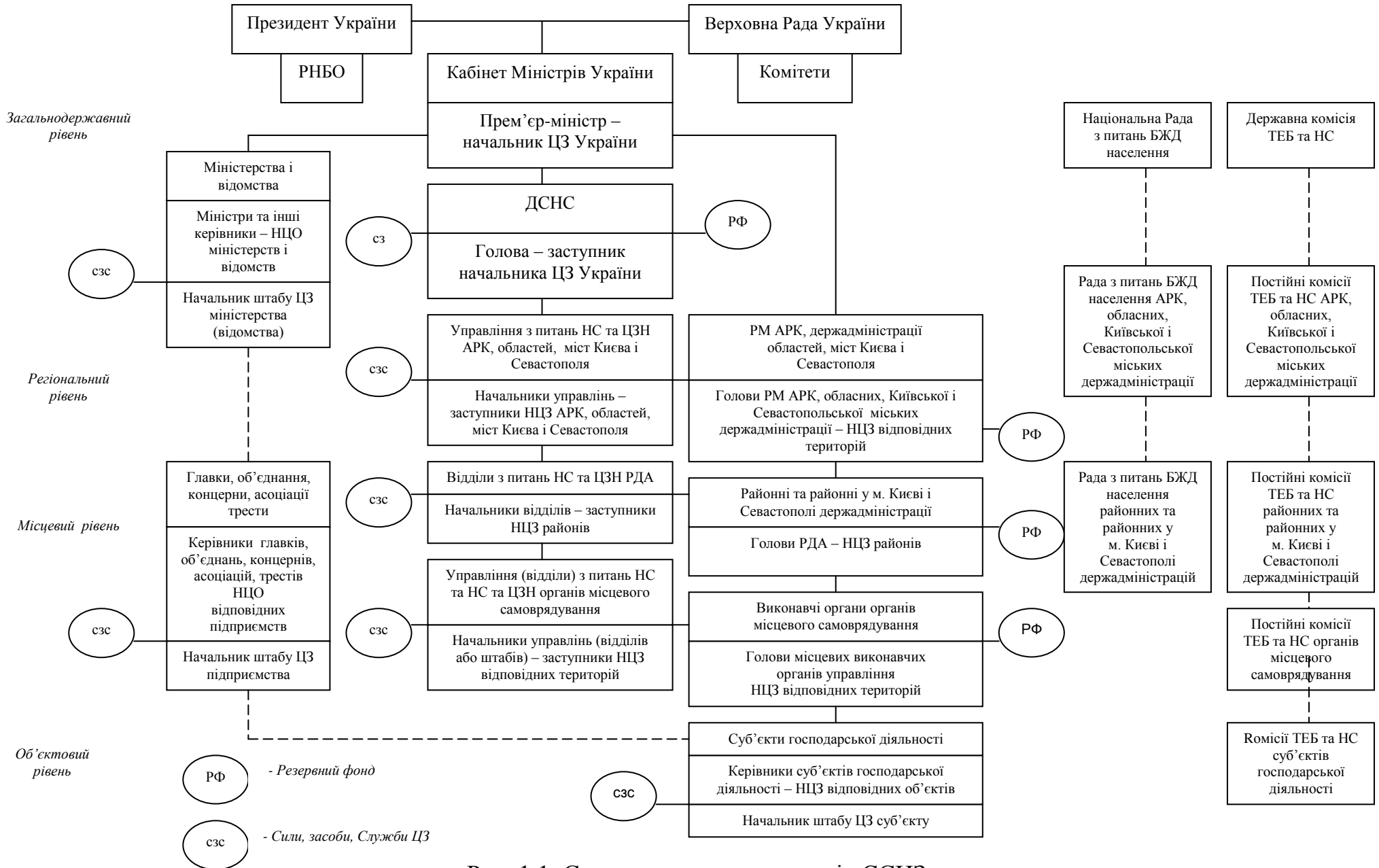


Рис. 1.1. Структура системи органів ЄСЦЗ



Крім того, слід зазначити, що вказані особливості системи державного управління в умовах НС потребують комплексного врахування через те, що існуючий між ними взаємозв'язок значно посилює їх вплив на функціонування системи державного управління в умовах НС.

Таблиця 1.2.

### Характеристика структурних органів ЄСЦЗ

Структурний орган	Склад (на відповідному рівні управління)
Координаційний орган ЄСЦЗ	<p>На <i>державному</i> рівні – Рада національної безпеки і оборони України; Кабінет Міністрів України. Державна комісія з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій при Кабінет Міністрів України.</p> <p>На <i>територіальному</i> рівні – регіональні комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій при Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київській та Севастопольській міських державних адміністраціях.</p> <p>На <i>місцевому</i> рівні – місцеві комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій при районних державних адміністраціях, виконавчих органах міських рад, районних у містах та селищних радах.</p> <p>На <i>об'єктовому</i> рівні – об'єктові комісії з питань надзвичайних ситуацій</p>
Постійно діючий орган управління ЄСЦЗ	<p>На <i>державному</i> рівні – Кабінет Міністрів України, центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері ЦЗ, інші центральні органи виконавчої влади.</p> <p>На <i>територіальному</i> та <i>місцевому</i> рівнях – місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, органи та підрозділи центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері ЦЗ відповідного рівня.</p> <p>На <i>об'єктовому</i> рівні – структурні підрозділи, або працівники суб'єктів господарювання, які уповноважені вирішувати завдання в області захисту населення и територій від НС.</p>
Орган повсякденного управління	<p>На <i>державному рівні</i> у системі центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері ЦЗ – державний</p>

Структурний орган	Склад (на відповідному рівні управління)
ЄСЦЗ	<p>центр управління в надзвичайних ситуаціях.</p> <p>На <i>територіальному рівні</i> у системі центрального органу виконавчої влади – центри управління в надзвичайних ситуаціях.</p> <p>На <i>місцевому рівні</i> – чергові та диспетчерські служби муніципальних утворень.</p> <p>На <i>об'єктовому рівні</i> чергові та диспетчерські служби об'єктів.</p>
Сили і засоби ЄСЦЗ	<p>Оперативно-рятувальна служба ЦЗ.</p> <p>Аварійно-рятувальні служби.</p> <p>Формування ЦЗ.</p> <p>Спеціалізовані служби ЦЗ.</p> <p>Пожежно-рятувальні підрозділи (частини).</p> <p>Добровільні формування ЦЗ.</p>
Системи зв'язку і інформаційного оповіщення	<p>Загальнодержавна, територіальні, місцеві автоматизовані системи централізованого оповіщення про загрозу або виникнення НС, спеціальні, локальні та об'єктові системи оповіщення.</p>
Резерви фінансових і матеріальних ресурсів	<p>Резервний фонд <i>центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері ЦЗ</i> (оперативний матеріальний резерв).</p> <p>Резервний фонд <i>інших центральних органів</i> виконавчої влади (відомчий матеріальний резерв).</p> <p>Резервний фонд <i>місцевих державних адміністрацій</i> (регіональний матеріальний резерв).</p> <p>Резервний фонд <i>органів місцевого самоврядування</i> (місцевий матеріальний резерв).</p> <p>Резервний фонд матеріальних резервів <i>суб'єктів господарювання</i> (об'єктовий матеріальний резерв).</p> <p>Фінансування заходів у сфері ЦЗ здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів суб'єктів господарювання, інших не заборонених законодавством джерел.</p>

Ураховуючи те, що НС приносять суспільству великі людські жертви, масові захворювання та ураження людей, уявляють собою важливу медико-соціальну проблему, вони висувають перед системою державного управління конкретну задачу по організації медичної допомоги населенню і рятівникам при виникненні НС та ліквідації їхніх наслідків.

## **1.2. Організація медичної допомоги при виникненні надзвичайних ситуацій**

Особливістю НС (з точки зору охорони здоров'я) є раптовість, під час якої можливості органів та закладів охорони здоров'я в осередку лиха з надання екстреної медичної допомоги постраждалим не відповідає потребам та вимагає залучення додаткових сил та засобів, використання різного роду резервів (фінансових, матеріальних та ін.).

Згідно з Порядком класифікації надзвичайних ситуацій за їх рівнями встановлені критерії віднесення небезпечної події до надзвичайної ситуації техногенного та природного характеру та критерії і порядок її класифікації за рівнями, в тому числі з позицій медико-санітарних наслідків і величини матеріального збитку усі НС розподіляються на: державного, регіонального, місцевого та об'єктового рівня [105].

*До державного рівня відноситься НС:*

– яка безпосередньо загрожує поширенням на територію інших держав або поширенням її негативних наслідків на природні ресурси України загальнодержавного значення;

– яка поширюється на територію двох та більше регіонів України (Автономної Республіки Крим, областей, міст Київ та Севастополь) при умові, що для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси у обсягах, які перевищують можливості цих областей, але не менше одного відсотка від обсягу видатків бюджетів областей (НС відноситься до державного рівня за територіальним поширенням);

– коли внаслідок неї загинуло понад 10 осіб, або постраждало більше 300 осіб, або зазнали порушення нормальних умов життєдіяльності на тривалий час (понад 3 доби) більше 50 тис. осіб;

– коли внаслідок неї загинуло понад 5 осіб, або постраждало більше 100 осіб, або зазнали порушення нормальних умов життєдіяльності на тривалий час

(понад 3 доби) більше 10 тис. осіб при умові, що у цих випадках економічні збитки від цієї НС склали більше 25 тис. мінімальних розмірів заробітної плати;

– коли економічні збитки від цієї НС склали більше 150 тис. мінімальних розмірів заробітної плати;

– яка за своїми ознаками досягає державного рівня у інших випадках, передбачених додатком.

*До регіонального рівня відноситься НС:*

– яка поширюється на територію двох та більше районів (міст обласного значення) Автономної Республіки Крим, областей, при умові, що для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси у обсягах, що перевищують можливості цих районів, але не менше одного відсотка від обсягу видатків бюджетів районів (НС відноситься до регіонального рівня за територіальним поширенням);

– коли внаслідок неї загинуло від 3 до 5 осіб, або постраждало від 50 до 100 осіб, або зазнали порушення нормальних умов життєдіяльності на тривалий час (понад 3 доби) від 1 тис. до 10 тис. осіб при умові, що у цих випадках економічні збитки від цієї НС склали понад 5 тис. мінімальних розмірів заробітної плати;

– коли економічні збитки від цієї НС склали понад 15 тис. мінімальних розмірів заробітної плати.

*До місцевого рівня відноситься НС:*

– яка виходить за межі потенційно небезпечного об'єкта, поширення самої ситуації або її наслідків загрожує довкіллю, сусіднім населеним пунктам, інженерним спорудам, а для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси у обсягах, що перевищують власні можливості потенційно небезпечного об'єкта;

– коли внаслідок неї загинуло 1-2 особи, або постраждало від 20 до 50 осіб, або зазнали порушення нормальних умов життєдіяльності на тривалий час (понад 3 доби) від 100 до 1000 осіб при умові, що у цих випадках економічні збитки від цієї НС склали понад 0,5 тис. мінімальних розмірів заробітної плати;

– коли економічні збитки від цієї НС склали понад 2 тис. мінімальних розмірів заробітної плати.

*До об'єктового рівня відноситься НС, яка не підпадає під вищевказані визначення [105].*

Метою державної політики в галузі медичної допомоги населенню при виникненні НС є створення стійкої та ефективної системи лікувально-евакуаційного і санітарно-епідемічного забезпечення постраждалих, організація своєчасного їхнього забезпечення лікарськими засобами та предметами медичного призначення в необхідних для цього обсягах.

Для вирішення цих питань у більшості країн світу створені спеціальні медичні системи, основним завданням яких є реагування на НС та безпосередня участь у ліквідації їхніх медико-санітарних наслідків.

У подальшому ці системи отримали назву «медицина надзвичайних ситуацій (катастроф)». Згідно з законодавством, вони є складовою ЄСЦЗ і охоплюють сили та засоби, у першу чергу, установ та закладів охорони здоров'я.

Видтак, у роботі під медичною допомогою розуміємо комплекс заходів, що організує служба медицини катастроф для попередження або максимального послаблення дії на населення і рятівників вражаючих факторів НС.

В Україні Державна служба медицини катастроф (ДСМК) була створена постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. № 343 [106].

ДСМК була створена як особливий вид державної аварійно-рятувальної служби, основним завданням якої є надання безоплатної медичної допомоги постраждалим від НС техногенного та природного характеру, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків НС [107].

Згідно з Постановою ДСМК утворювалась на двох рівнях:

- на центральному рівні - МОЗ України;
- на територіальному рівні – обласними та Київською міськими держадміністраціями.

До складу ДСМК входили медичні сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої належності, визначені МОЗ України за погодженням з ДСНС, Міноборони, МВС, Мінтрансом (сьогодні Мініфраструктури), обласними,

Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями.

До медичних сил, засобів та лікувально-профілактичних закладів ДСМК належали Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який був головним науково-практичним закладом Служби, територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ТЦ ЕМД та МК), науково-дослідні медичні установи, лікувально-профілактичні заклади, які утворювали і утримували медичні формування та розгортали додатковий ліжковий фонд для надання екстреної медичної допомоги постраждалим від НС, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків НС.

До медичних формувань ДСМК також відносили 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 [48, 49, 62, 65, 108].

Подальша реорганізація Служби пов'язана з прийняттям у 2012 році Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [109], а пізніше у 2013 році Кодексу цивільного захисту України [77].

Згідно з положеннями цих нормативно-правових актів перестають існувати ДСМК та її центральний рівень, а завдання надання ЕМД покладаються на особливий вид аварійно-рятувальних служб - СМК, які діють у складі ТЦ ЕМД та МК, що створюються органами влади областей, та міста Києва [77].

На рис.1.2 показано удосконалену організаційну структуру СМК з урахуванням сучасних змін [110].

Центр ЕМД та МК є закладом охорони здоров'я, основне завдання якого – забезпечення організації та надання екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, прогнозування медико-санітарних наслідків НС на території обслуговування та планування заходів щодо їх ліквідації, забезпечення готовності СМК територіального рівня, надання методичної допомоги лікувальним закладам, що входять до складу СМК

територіального рівня. Центри ЕМД та МК, що визначені як заклади СМК державного рівня, мають призначення організовувати всі аспекти ліквідації медико-санітарних наслідків не тільки на своїй території, а й забезпечувати надання необхідної медичної допомоги за межами власної території у разі НС державного рівня. Центр згідно зі структурою комплектує та забезпечує готовність власних формувань СМК у лікувальних закладах регіону, організовує підготовку медичних і немедичних працівників, на яких покладені функції надання медичної допомоги в НС.

Важливим напрямком діяльності Центру є налагодження взаємозв'язків з органами виконавчої влади та управлінням охорони здоров'я, медичними закладами, управліннями з питань НС та ЦЗ населення, аварійно-рятувальними службами, з транспортними закладами, відомчими медичними службами з питань забезпечення ліквідації медико-санітарних наслідків НС.

Центр ЕМД та МК є юридичною особою, має самостійний баланс, відповідні рахунки в органах казначейства і банках, печатку та бланк із своїм найменуванням.

Типове положення про центр ЕМД та МК затверджується Кабінетом Міністрів України [111]. Центр ЕМД та МК забезпечує таке:

- прийняття викликів екстреної медичної допомоги;
- формування, оброблення та передачу інформації про виклики екстреної медичної допомоги;
- координацію дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги;
- надання медичної допомоги при виникненні НС;
- взаємодію з органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, закладами, підприємствами, установами та організаціями;
- надання виїзної консультативної медичної допомоги;
- ведення статистичного обліку та звітності;

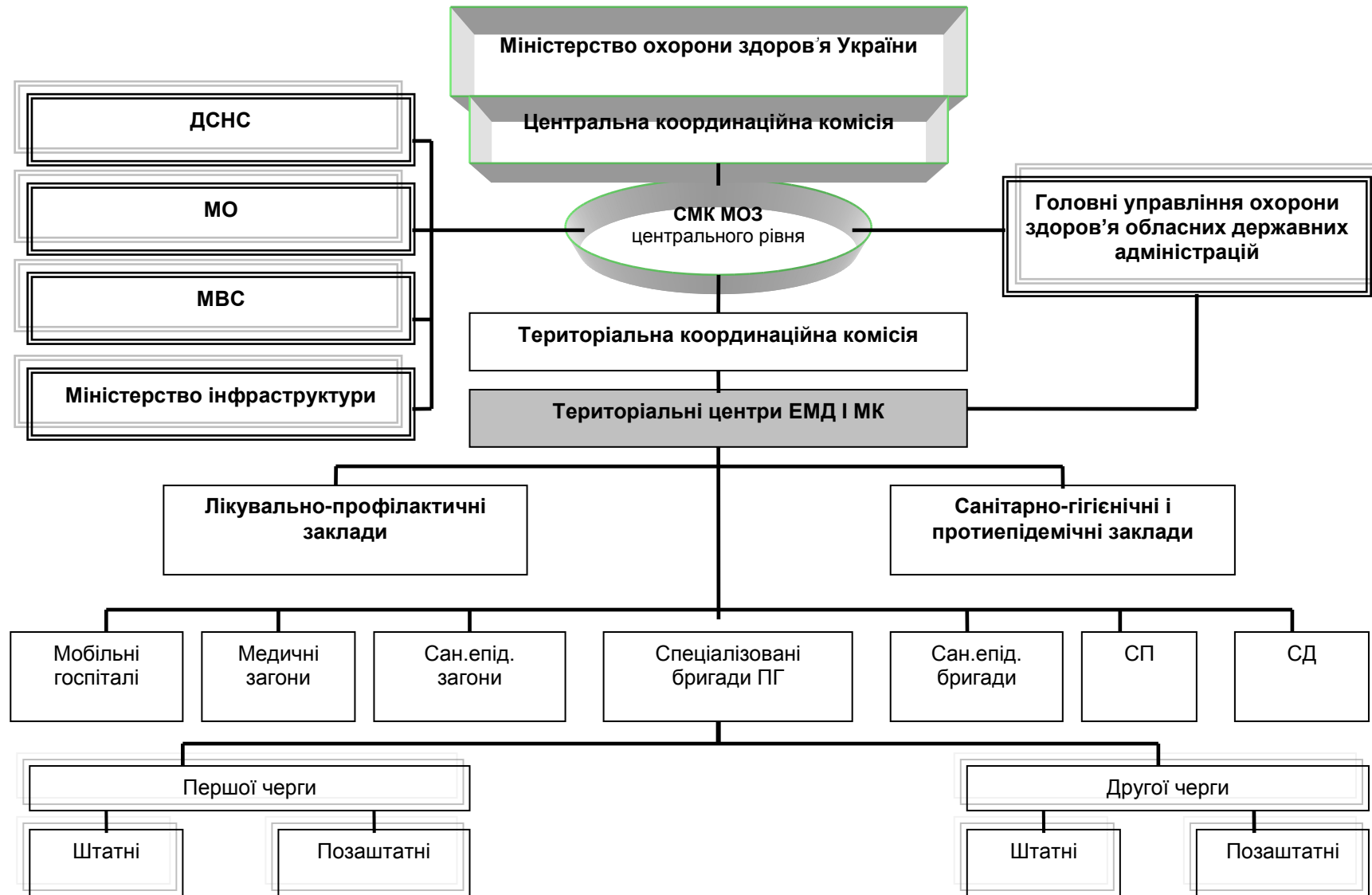


Рис. 1.2. Організаційна структура Служби медицини катастроф України



– розрахунок необхідної кількості та планування місцезнаходження пунктів постійного і тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги для своєчасного надання населенню екстреної медичної допомоги, внесення на розгляд органу, уповноваженого управляти ЕМД та МК, відповідних пропозицій;

– залучення у разі потреби закладів охорони здоров'я, які не входять до системи екстреної медичної допомоги, та їх працівників і технічних ресурсів до надання медичної допомоги у разі виникнення НС та ліквідації їх наслідків.

Матеріально-технічна база центру ЕМД та МК включає будівлі, споруди, медичне обладнання, вироби медичного призначення, засоби зв'язку, транспортні засоби та інші матеріальні цінності, передані йому на баланс органами, уповноваженими управляти спільним майном територіальних громад, у порядку, визначеному законом.

Майно центру ЕМД та МК закріплюється за ним на праві оперативного управління та використовується виключно для виконання завдань, передбачених Законом України Про екстрену медичну допомогу.

Управління центром ЕМД та МК відповідної адміністративно-територіальної одиниці здійснюється у порядку та в межах повноважень, що визначені законами, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.

Координацію діяльності центрів ЕМД та МК на випадок виникнення екстремальних ситуацій здійснюють центральна та територіальні координаційні комісії, що утворюються згідно із законодавством. Організаційно-методичне забезпечення діяльності центрів ЕМД та МК здійснюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Одним із важливих структурних підрозділів, що створюється згідно законодавства, повинна стати оперативно-диспетчерська служба центру ЕМД та МК.

Оперативно-диспетчерська служба центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є структурним підрозділом центру ЕМД та МК, який з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів забезпечує у цілодобовому режимі:

1) прийняття, формування та передачу інформації про виклики екстреної медичної допомоги;

2) інформаційну підтримку та координацію дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги і закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги.

До основних обов'язків оперативно-диспетчерської служби центру ЕМД та МК відносяться:

– прийняття виклику екстреної медичної допомоги, забезпечення його оброблення та оперативного реагування на такий виклик;

– під час оброблення виклику екстреної медичної допомоги формування інформації про місце події, характер та особливості невідкладного стану людини, вид допомоги, необхідний для усунення негативних наслідків такого стану для здоров'я людини, та повідомлення про це абонента, який здійснив виклик екстреної медичної допомоги;

– надання станції екстреної (швидкої) медичної допомоги та відповідній бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги інформації про виклик екстреної медичної допомоги, характер та особливості невідкладного стану людини;

– визначення закладу охорони здоров'я, до якого бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюватиме перевезення пацієнта у невідкладному стані, передача цієї інформацію бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги і такому закладу;

– здійснення інформаційного супроводу надання екстреної медичної допомоги та прийняття інформації про результат її надання на місці події, під час перевезення та прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я;

– здійснення оперативної інформаційно-консультативної підтримки звернень населення за медичною допомогою;

– оперативне забезпечення виїзної консультативної медичної допомоги за зверненнями закладів охорони здоров'я.

На СМК покладено завдання лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) ураженого населення.

ЛЕЗ в системі СМК — це система заходів з надання медичної допомоги постраждалим, їх евакуації та лікування.

У сучасному розумінні медична допомога це - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [112].

До останнього часу виділялось п'ять видів медичної допомоги: перша медична, долікарська, перша лікарська, кваліфікована медична допомога, спеціалізована медична допомога. З введенням в дію Закону України Про екстрену медичну допомогу введений 05.07.2012 № 5081 – VI можна розглядати ще один вид допомоги – домедичний [109].

Перші чотири види медичної допомоги надаються безпосередньо в осередках катастроф або поблизу них, вони належать до догоспітальних видів допомоги.

Госпітальні види допомоги – кваліфікована та спеціалізована медична допомога – надаються за межами осередку в лікувально-профілактичних закладах, куди евакуюються потерпілі.

Розглянемо коротко сутність кожного виду медичної допомоги.

Домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи [109].

Перша медична допомога – це комплекс найпростіших медичних заходів,

що виконуються на місці ураження, переважно у порядку само - і взаємодопомоги особовим складом аварійно-рятувальних формувань немедичного профілю, бригадами ШМД, лікарсько-сестринськими бригадами і медичними бригадами постійної готовності першої черги з використанням табельних і підручних засобів [113].

Основна мета першої медичної допомоги – врятування життя потерпілого, усунення впливу уражаючого чинника, що продовжує діяти, та швидка евакуація із зони катастрофи.

Оптимальний термін надання першої медичної допомоги – до 30 хв. після отримання ушкодження.

Долікарська допомога надається безпосередньо в осередках катастроф або поблизу їх фельдшерськими (сестринськими) бригадами ШМД, персоналом фельдшерсько-акушерських пунктів та медичних пунктів промислових підприємств.

Перша лікарська допомога - це комплекс лікувально-профілактичних заходів, що виконується лікарями загального профілю на першому етапі медичної евакуації з метою ліквідації наслідків ураження, що загрожують життю та профілактики можливих ускладнень і підготовки постраждалих до подальшої евакуації (при потребі).

Перша лікарська допомога надається лікарями медико-санітарних частин об'єктів, де виникла аварія чи катастрофа, лікувально-профілактичних закладів, що розташовані у зоні НС, лікарями бригад ШМД та медичних бригад постійної готовності першої черги, що прибули в осередок НС, безпосередньо в осередку катастрофи або поблизу нього, при евакуації постраждалих - на шляхах евакуації, а також в лікувальних закладах першого етапу медичної евакуації. Якщо перша лікарська допомога не була надана раніше, то вона може надаватись і на другому етапі медичної евакуації.

Термін надання першої лікарської допомоги не повинен перевищувати 4–6 год.

Світова статистика свідчить, що через 1 годину після ураження гине 40 %

тяжко постраждалих, що не отримали першої медичної допомоги, через 3 години – 60%, через 6 годин – 90 %.

Кваліфікована медична допомога надається хірургами та терапевтами і являє собою комплекс хірургічних і терапевтичних заходів, спрямованих на усунення наслідків ураження, насамперед таких, що загрожують життю, запобігання можливим ускладненням та боротьбу з тими, які вже розвинулися, а також планове лікування потерпілих до повного одужання.

Надання кваліфікованої медичної допомоги повинно здійснюватися протягом 8–12 год. з моменту отримання ушкодження.

Кваліфіковану медичну допомогу на другому етапі медичної евакуації надають окремі медичні загони, відповідні стаціонари МОЗ, медичні заклади, що розгортають додатковий ліжкофонд.

Спеціалізована медична допомога - це найвищий, завершаючий вид медичної допомоги, який включає комплекс лікувально - профілактичних заходів, що виконуються лікарями-спеціалістами в спеціалізованих медичних закладах або спеціалізованих відділеннях багатопрофільних лікарень, перепрофільованих відділеннях і лікарнях з використанням сучасних технологій і обладнання з метою максимального відновлення втрачених функцій органів і систем, лікування постраждалих до кінцевих результатів, включаючи реабілітацію.

Термін надання спеціалізованої медичної допомоги може складати від 1–2 доби до 90 діб.

Спеціалізована медична допомога надається лікарями 12–15 спеціальностей на другому етапі медичної евакуації.

Для надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги на другому етапі медичної евакуації можуть використовуватись спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги центрального і територіального рівня.

Спеціалізовані медичні бригади утворюються, як правило вузько профільними:

- хірургічного профілю;
- нейрохірургічні;
- політравматологічні;
- травматологічні;
- комбустіологічні;
- торакальні;
- терапевтичні;
- гематологічні;
- реанімаційні;
- токсико – терапевтичні;
- психоневрологічні;
- педіатричні;
- акушерсько-гінекологічні.

Як вже було зазначено, основною метою ЛЕЗ є організація і проведення своєчасних і послідовних заходів щодо надання медичної допомоги постраждалим на етапах медичної евакуації з транспортуванням їх з осередку катастрофи в лікувальні заклади залежно від характеру ураження, збереження їх життя та найшвидше відновлення працездатності.

Основу ЛЕЗ становить система етапного лікування постраждалих з евакуацією їх за призначенням.

Організацію роботи з надання медичної допомоги в осередку масових уражень поділяють на три фази (періоди):

– фазу ізоляції, яка починається з моменту виникнення НС і триває до початку організованого проведення рятувальних робіт — від декількох хвилин до декількох годин. У цей період особливо важливого значення набуває надання медичної само- і взаємодопомоги;

– фазу рятування, яка триває від початку рятівних робіт до завершення евакуації постраждалих за межі осередку НС. Вона починається з моменту прибуття в осередок ураження учасників рятувальних робіт, аварійно-пошукових формувань, а також лінійних бригад ШМД (у разі недостатності залучення

бригад постійної готовності першої черги, медичних загонів та інших медичних формувань). У цій фазі здійснюють надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показаннями та підготовку постраждалих до евакуації в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за межами осередку НС;

– фазу відновлення, що характеризується проведенням планового лікування уражених до кінцевих наслідків та їх реабілітації в ЛПЗ за межами осередку НС [114].

До основних закладів СМК, що пов'язані з ЛЕЗ, окрім ТЦ ЕМД та МК відносяться: лікувальні, санітарно - гігієнічні та протиепідемічні заклади.

До лікувальних закладів СМК належать визначені органами управління охорони здоров'я лікарні системи охорони здоров'я цієї території та відомчі лікувальні заклади, розташовані на цій території. У разі включення лікувальних закладів до складу СМК передбачається можливість цих закладів до штатного ліжкофонду розгортати додатковий ліжкофонд. До лікувальних закладів, які доцільно включати до складу СМК територіального рівня, належать лікарні ШМД, а також міські та районні, які в повсякденних умовах ургентно приймають хворих, відомчі стаціонарні лікувальні заклади, що здатні без радикальної перебудови почати прийом та лікування потерпілого населення у разі НС.

Заклади і формування санітарно-епідеміологічної служби (СЕС) є базою для створення різних формувань санітарно-профілактичної допомоги в осередках катастроф, що виконують функції пересувних частин СЕС (санітарно-епідеміологічні загони, санітарно-профілактична бригада, протиепідемічна бригада та ін.).

Взагалі, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи в районах НС, на об'єктах господарювання та серед населення проводяться всіма формуваннями та закладами СМК, але провідна роль у їх організації та проведенні покладена на санітарно – епідеміологічну службу МОЗ України [115-117].

Центральний рівень системи екстреної-епідеміологічної допомоги населенню в НС складають: санітарно – епідемічна служба України; науково -

дослідні інститути, на базі яких створюються центри санітарно-епідеміологічного профілю та формування постійної готовності для направлення їх безпосередньо до району НС: спеціалізовані протиепідемічні бригади, оперативні протиепідемічні бригади, бригади екстреної санітарно-профілактичної допомоги.

Для координації діяльності за всіма напрямками при МОЗ України функціонує центральна координаційна комісія та організаційно-методичний санітарно-епідеміологічний центр екстреної медичної допомоги з інформаційної медичної допомоги з інформаційно-аналітичним підрозділом, інформаційне забезпечення якого здійснюється через центральний вузол інформаційно-аналітичної обробки інформації в межах Урядової інформаційно – аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій (далі – УІАС НС) [118].

Для наукового та методологічного забезпечення санітарно-епідеміологічної служби, формування державного та галузевого замовлення на науково-дослідні роботи, з тематики пов'язаної з питаннями запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС, в тому числі епідемічних, при головному державному санітарному лікареві України функціонує як консультативно-дорадчий орган наукова рада, до складу якої входять провідні науковці та фахівці гігієнічного та епідеміологічного профілю. Для розгляду та вирішення найважливіших питань державної санітарно-епідеміологічної служби, у тому числі пов'язаної з НС технологічного та природного характеру, в Державній санітарно-епідеміологічній службі України працює колегія державної санітарно-епідеміологічної служби у складі головного державного санітарного лікаря України, його заступників та інших посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби. Очолює колегію та затверджує її склад головний державний санітарний лікар України.

До центрального рівня в організації роботи з попередження та ліквідації наслідків НС відносяться установи, на базі яких створюються різні центри санітарно-епідеміологічного спрямування:

1. Токсикологічний.



2. Радіологічний.
3. Фізико-хімічний.
4. Імунологічний.
5. Ентомологічний.
6. Паразитологічний.

7. Формування постійної готовності (бригади екстреної санітарно-профілактичної допомоги постійної готовності центрального рівня підпорядкування) для направлення їх безпосередньо до осередків та районів НС.

18 січня 2013 р. на рівні центральних науково-дослідних інститутів та протичумних станцій на базі Центральної санітарно-епідеміологічної станції, змінивши її назву і розширивши функції, створено Державний заклад «Центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України», який виконує покладені на нього функції з протиепідемічних питань у НС згідно статуту [119].

Крім того, з 21 листопада 2012 р. усі 800 санітарно-епідеміологічних станцій країни передано зі сфери управління Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України до сфери управління Держсанепідслужби України.

Відповідно до статуту Центр утворений з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я шляхом здійснення контролю, моніторингу та профілактики захворювань.

При цьому основними завданнями Центру є аналіз санітарної та епідемічної ситуації і підготовка пропозицій до МОЗ України щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення; визначення пріоритетних заходів щодо профілактики інфекційних і неінфекційних хвороб (у тому числі професійних) та отруєнь, радіаційних уражень людей, а також щодо захисту населення від шкідливого впливу факторів середовища життєдіяльності.

Також до повноважень Центру входить здійснення таких функцій:

- організаційно-методична діяльність і участь у розробці законодавчих та інших нормативно-правових актів;
- співпраця із закладами науки та освіти з питань науково-практичної

діяльності;

– науково-практичні дослідження з вивчення морфологічних, культуральних, біохімічних, біологічних, імунологічних, молекулярно-генетичних особливостей збудників інфекційних хвороб, що циркулюють на території країни;

– моніторинг стану популяційного імунітету населення до інфекційних хвороб, що керуються засобами специфічної профілактики;

– лабораторні та інструментальні дослідження і випробування, у тому числі в системі ЦЗ населення України, а також для потреб державної санітарно-епідеміологічної експертизи;

– експертиза та випробування медичних виробів, поживних середовищ, препаратів для діагностики інфекційних хвороб;

– оцінка ефективності дезінфікуючих засобів;

– розгляд проектної документації, а також документації на розроблення, виготовлення і використання нових механізмів, устаткування, інших засобів виробництва, нових технологій, виробничих процесів щодо відповідності вимогам законодавства;

– індикація, ідентифікація та кількісне визначення факторів середовища життєдіяльності людини;

– контроль у межах повноважень за дотриманням суб'єктами господарювання вимог безпеки для здоров'я і життя людини впливу біологічних, хімічних, фізичних та інших факторів.

Центр здійснює організаційно-методичного забезпечення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, що запроваджується при НС.

При забезпеченні покладених на нього функцій Центр взаємодіє з санітарно-епідеміологічною службою та іншими департаментами МОЗ України, відповідними профільними науково-дослідними інститутами МОЗ України АМН України [120].

У системі ЦЗ населення основними завданнями та функціями Центру залишаються:

– підготовка пропозицій для санітарно – епідеміологічної служби стосовно формування складу оперативних протиепідемічних бригад, проведення професійної підготовки, перепідготовки та удосконалення спеціалістів оперативних протиепідемічних бригад та спеціалізованих протиепідемічних бригад, удосконалення оснащення оперативних протиепідемічних бригад та спеціалізованих протиепідемічних бригад лабораторним обладнанням та майном з врахуванням пропозицій відповідних профільних науково-дослідних інститутів МОЗ України та АМН України;

– надання практичної та методичної допомоги оперативним протиепідемічним бригадам та спеціалізованим протиепідемічним бригадам в проведенні заходів з виявлення, локалізації та ліквідації осередків інфекційних хвороб при ліквідації наслідків НС;

– підготовка пропозицій для відповідних профільних науково-дослідних інститутів щодо розробки сучасних методів експресної діагностики інфекційних хвороб та експрес-аналіз епідемічних ситуацій;

– участь у прийманні закінчених науково-дослідних робіт, пов'язаних з тематикою розробки санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів при ліквідації медико-санітарних наслідків НС техногенного та природного характеру;

– функціонування на центральному рівні для оперативного значення та оцінки епідемічної ситуації, організації та забезпечення протиепідемічних заходів в районі НС оперативної протиепідемічної бригади.

Основними завданнями оперативних протиепідемічних бригад в районі НС є такі:

1) оцінка ситуації, що створилася, епідеміологічного стану району НС, стану лабораторної та госпітальної бази;

2) розробка комплексу екстрених профілактичних та протиепідемічних заходів;

3) визначення доцільності залучення додаткових сил та засобів (спеціалізованих протиепідемічних бригад, санітарно-протиепідемічних загонів,

рухомих протиепідемічних загонів тощо) з врахуванням ситуації, що утворилася у районі НС;

4) організація і забезпечення особистими силами та силами місцевих санітарно-епідеміологічних станцій специфічної індикації та експрес-діагностики інфекційних хвороб;

5) постійний аналіз і передання для керівництва МОЗ України через вузол інформаційно-аналітичної обробки інформації УІАС НС у МОЗ України необхідного обсягу інформації стосовно епідемічної обстановки та перебігу проведення заходів в районі НС.

Оперативні протиепідемічні бригади координують свої дії і щільно взаємодіють з бригадами екстреної санітарно-профілактичної допомоги, спеціалізованими протиепідемічними бригадами, санітарно-епідеміологічними загонами та іншими формуваннями санітарно-епідеміологічної служби.

У системі СМК для функціонування в НС на базі науково-дослідних інститутів та протичумних станцій створені спеціалізовані протиепідемічні бригади постійної готовності (далі – СПЕБ ПГ).

Крім, зазначених вище, санітарно-епідеміологічних загонів, спеціалізованих протиепідемічних бригад до формувань СМК належать: медичні загони, бригади постійної готовності, санітарні пости та санітарні дружини.

Медичні загони формуються з лікарсько-сестринських бригад лікувальних закладів одного міста для надання невідкладної першої лікарської допомоги потерпілим на догоспітальному етапі.

Бригади постійної готовності першої черги – це формування СМК, що призначені для надання екстреної медичної допомоги потерпілим у догоспітальний період та їх госпіталізації в лікувальні заклади. Бригади постійної готовності СМК першої черги можуть бути позаштатними чи штатними і входити до складу СМК територіального рівня.

До складу позаштатних бригад постійної готовності СМК першої черги територіального рівня включаються формування зі складу бригад ШМД, позаштатні бригади, створені Центрами ЕМД та МК і відомчими лікувальними

закладами.

Бригади постійної готовності СМК першої черги зі складу ШМД у повсякденних умовах працюють як звичайні виїзні бригади ШМД і надають екстрену медичну допомогу населенню території обслуговування.

Бригади постійної готовності першої черги СМК, що створюються Центрами ЕМД та МК та відомчими лікувальними закладами СМК, формуються і оснащуються медичною технікою, транспортом та медикаментами на рівні не нижчому, ніж відповідні бригади із складу ШМД.

Як правило, всі штатні і частина позаштатних бригад територіального рівня одночасно визначаються МОЗ України за погодженням з територіальними органами управління охорони здоров'я як бригади постійної готовності першої черги державного рівня.

Загальна кількість бригад постійної готовності першої черги територіального рівня розраховується, виходячи із вимог самостійної ліквідації медико-санітарних наслідків НС територіального рівня. Але, максимальна кількість бригад ШМД, включених до СМК, може обмежуватися можливостями їх оснащення та забезпечення обслуговування за межами району відповідальності.

Спеціалізовані бригади постійної готовності СМК другої черги призначені для підсилення лікувальних закладів другого етапу медичної евакуації висококваліфікованими фахівцями. Спеціалізовані бригади, як правило, формуються вузькопрофільними: хірургічні, терапевтичні, гематологічні, реанімаційні, токсикотерапевтичні, психоневрологічні, педіатричні, акушерсько-гінекологічні тощо.

Спеціалізовані бригади постійної готовності СМК другої черги можуть бути штатними і позаштатними та входити до складу СМК територіального рівня.

Штатні спеціалізовані бригади постійної готовності СМК другої черги, як правило, створюються при Центрах ЕМД та МК, відомчих лікувальних та провідних профільних закладах. Ці бригади в повсякденних умовах працюють на

базі стаціонару, отримують необхідний рівень підготовки, а в разі назрілої необхідності працюють згідно з «Планами медико-санітарного забезпечення населення в екстремальних ситуаціях».

Позаштатні спеціалізовані бригади постійної готовності СМК другої черги, як правило, створюються при лікарнях ШМД, міських та районних лікарнях, які надають ургентну допомогу в системі ШМД адміністративної території, при відомчих лікувальних закладах і провідних профільних науково-дослідних та лікувальних закладах, що розташовані на цій території. Ці бригади формуються із висококваліфікованих фахівців і направляються в лікувальні заклади другого етапу медичної евакуації у разі НС.

Санітарні дружини (СД) та санітарні пости (СП) створюються на підприємствах, у господарствах та населених пунктах для надання першої медичної допомоги потерпілим у разі НС переважно на об'єктах свого формування. На підприємствах СД створюються у кожній зміні. На великих підприємствах, у навчальних закладах можуть створюватись загони санітарних дружин (далі – ЗСД).

Як вже було зазначено вище, координацію діяльності Служби в разі виникнення НС здійснюють центральна і територіальні координаційні комісії СМК [106].

Комісії СМК є постійно діючими дорадчими позаштатними органами, утвореними з метою узгодження складу та порядку використання в екстремальних ситуаціях медичних сил і засобів Служби, визначених МОЗ України, які входять до складу Служби.

Комісії узгоджують таке:

- склад та порядок використання в екстремальних ситуаціях медичних сил і засобів, які входять до складу Служби;
- програми розвитку Служби відповідних рівнів;
- плани медико-санітарного забезпечення населення на випадок виникнення екстремальних ситуацій;
- заходи щодо удосконалення організаційної структури та функціонування

Служби відповідного рівня;

– плани заходів щодо забезпечення постійної готовності Служби до виконання покладених на неї завдань;

– заходи щодо підготовки фахівців для Служби; координують роботу із створення і використання резервів, медичних і матеріально-технічних ресурсів Служби на відповідному рівні.

Комісії утворюються на центральному рівні в системі МОЗ України і на територіальних рівнях.

До складу Центральної комісії входять повноважні представники МОЗ України, відомчих медичних (медико-санітарних) служб міністерств, що своїми медичними силами і засобами входять до складу ДСМК та Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та міськими державними адміністраціями.

Режими функціонування СМК встановлюються залежно від масштабів і особливостей НС, що прогнозується або виникла.

Організаційне забезпечення роботи Центральної координаційної комісії здійснює МОЗ України.

До складу відповідних територіальних комісій входять представники територіальних органів управління охорони здоров'я, Центрів ЕМД та МК і медичних закладів відомчого підпорядкування, а також представники, визначені міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади.

Комісії здійснюють свої повноваження у взаємодії з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування.

Таким чином, за часів незалежності, в Україні створена певна система державного управління медичним захистом при виникненні НС, яка, в свою чергу, залишається підсистемою ЄСЦЗ. Важливою частиною цієї системи є складова, пов'язана з лікарським забезпеченням, про що буде йти мова у наступному розділі роботи.

### 1.3. Лікарське забезпечення як в умовах надзвичайних ситуацій

Наслідки будь-якої НС залежать від адекватності реагування на неї, від ефективності аварійно-рятувальних робіт і рівня їхнього ресурсного, зокрема матеріально-технічного забезпечення.

Однією з основних складових державного управління в умовах НС, без якої не може бути їх ефективне функціонування, є складова пов'язана з забезпеченням ресурсами.

Забезпечення ресурсами, зокрема при виникненні НС, полягає у своєчасному задоволенні потреб органів державної влади та місцевого самоврядування у різного роду ресурсах спрямованих на захист населення, територій, матеріальних і духовних цінностей та докільля від надзвичайних ситуацій (в тому числі для надання медичної допомоги, яка включає забезпечення постраждалих ліками та виробами медичного призначення) забезпеченні його ритмічності протягом всього терміну реагування на НС.

Проте, на сьогодні, немає однозначного тлумачення категорій «забезпечення ресурсами», або «ресурсного забезпечення».

Термін «ресурси» має французьке походження (*ressources* – допоміжний засіб), що означає засоби, запаси, кошти, можливості, джерела чого-небудь [121].

Так, В.Є. Новицький тлумачить ресурси як матеріальні й інформаційні об'єкти, джерела й передумови одержання необхідних людям матеріальних і духовних благ, які можна використати та реалізувати при існуючих технологіях і соціально-економічних відносинах [122].

Енциклопедичні джерела цей термін тлумачать як засіб, можливість, якими можна скористатися в разі необхідності, або запаси чого-небудь, які можна використати в разі потреби [123-125].

Якщо врахувати, що термін «забезпечення» визначається як надання матеріальних засобів, постачання чогось у достатній кількості, задоволення кого -, що-небудь у якихось потребах [126], то можна дати наступне визначення терміна «ресурсне забезпечення». Ресурсне забезпечення – це сукупність



організаційно-економічних відносин, спрямованих на оптимальне та своєчасне залучення відповідних запасів для здійснення ефективного управління.

Як вже було показано вище, однією з основних складових державного управління в умовах НС є організація СМК медичної допомоги постраждалим та така важлива її ресурсна компонента як *лікарське забезпечення*.

Дослідження проблем, що пов'язані з державним управлінням забезпеченням медичної допомоги в умовах НС необхідно пов'язувати з визначенням смислового поля понять та категорій, які їх визначають.

Окрім самого поняття медичної допомоги, яке було наведено у пп. 1.2 роботи, серед визначальних термінів, що характеризують її забезпечення, варто виділити деякі з них [113].

По-перше, медичне постачання - це комплекс заходів, що спрямовані на своєчасне та повне забезпечення медичним майном формувань ДСМК, лікувальних профілактичних установ та закладів і населення [127].

Медичне майно – спеціальні матеріальні засоби призначені для надання медичної допомоги і лікування уражених та хворих, а також для проведення комплексу санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів в умовах ліквідації наслідків НС.

До основних видів медичного майна належать: лікарські засоби; вироби медичного призначення (вироби медичної техніки, матеріали, медичні вироби, медичне обладнання тощо, які застосовуються у медичній практиці для: попередження захворювань; діагностики захворювань; моніторингу, контролю та дослідження морфофункціонального стану організму; лікування, повного або часткового усунення проявів хвороби, заміни чи зміни анатомічного або фізіологічного стану ушкодженого організму або його функції тощо); книги і бланки медичного обліку [128].

Лікарські засоби (лікувальні препарати, ліки або медикаменти) - речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для запобігання вагітності, профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.

До лікарських засобів належать: діючі речовини (субстанції); готові лікарські засоби (лікарські препарати, ліки, медикаменти); гомеопатичні засоби; засоби, які використовуються для виявлення збудників хвороб, а також боротьби із збудниками хвороб або паразитами; лікарські косметичні засоби та лікарські домішки до харчових продуктів [129]

Термін «лікарське забезпечення» включає два окремих поняття: лікарське і забезпечення.

В українській мові існує декілька значень слова «лікарське (-ий)», які відрізняються різним наголосом, а відповідно і різною сутністю [123, с. 618; 130, с. 513].

Так лікарський означає: 1. належний лікареві, лікарям. 2. стосовно лікування; пов'язаний з лікуванням; лікувальний (у 1 значенні).

У свою чергу термін лікарський використовується як такий що: 1) має лікувальні властивості, 2) стосується ліків.

Тому, під державним управлінням лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій будемо розуміти ресурсну складову державного управління медичною допомогою, що включає в себе комплекс заходів, які здійснюються органами державної влади та посадовими особами щодо організації всебічного і повного постачання підрозділів служби медицини катастроф та лікувальних закладів ліками при виникненні надзвичайних ситуацій.

Основний наголос в роботі зроблено на дослідження саме цього сегменту медичної допомоги, який включає в себе найбільш узагальнені і поширені види діяльності підрозділів СМК, пов'язані з медичним постачанням в умовах НС, більшість з яких розповсюджуються і на інші види медичного забезпечення, такі як забезпечення виробами медичного призначення, медичною технікою та ін., і які функціонально входять у перелік робіт, що аналогічні лікарському забезпеченню.

Виконаний аналіз показав, що лікарському забезпеченню притаманні види діяльності, до яких відносяться: закупка (придбання) лікарських засобів з різних

списків, в т.ч. наркотичних (НР) та сильно діючих отруйних речовин (СДОР), закладання (приймання) на зберігання, само зберігання, облік, відпуск (видача) лікарських засобів при необхідності на базу лікувального закладу в зоні НС, оновлення, вилучення, знищення лікарських засобів, забезпечення та перевірка їхньої якості.

Причому, останні чотири види діяльності є характерними тільки для лікарського забезпечення і означають наступне. Оновлення лікарських засобів – заміна, при закладанні на зберігання, лікарських засобів у яких закінчився термін придатності, тобто таких, час, протягом якого лікарський засіб не втрачає своєї якості за умови зберігання відповідно до вимог нормативно-технічної документації, або заміна на нові більш ефективні лікарські засоби, придатність до споживання яких відповідає нормативним документам.

Вилучення лікарських засобів – фактичне припинення обігу (реалізації) та використання, або видалення зі зберігання і споживання без оновлення неякісних та небезпечних лікарських засобів, здійснене в установленому порядку, за рішенням власника продукції або спеціально уповноважених органів виконавчої влади в межах їх повноважень, з метою недопущення негативного їхнього впливу на життя, здоров'я людини і довкілля.

Згідно до Закону України Про вилучення з обігу, переробку, утилізацію, знищення або подальше використання неякісної та небезпечної продукції від 14.01.2000 № 1393-XIV до числа неякісних та небезпечних лікарських засобів відносять такі, що:

- не відповідають вимогам чинних в Україні нормативно-правових актів і нормативних документів стосовно відповідних видів лікарських засобів щодо їх споживчих властивостей;

- не відповідають обов'язковим вимогам чинних в Україні нормативно-правових актів і нормативних документів щодо їх безпеки для життя і здоров'я людини та довкілля;

- які з метою збуту споживачам виробником (продавцем) навмисне надано зовнішнього вигляду та (або) окремих властивостей певних видів лікарських

засобів, але які не можуть бути ідентифіковані як лікарські засоби, за які вони видаються (фальсифікат);

– під час маркування яких порушено встановлені законодавством вимоги щодо мови маркування та (або) до змісту і повноти інформації, яка має при цьому повідомлятися;

– термін придатності яких до споживання або використання закінчився;

– на які немає передбачених законодавством відповідних документів, що підтверджують якість та безпеку продукції [131].

Знищення лікарських засобів – механічна, фізико-хімічна, біологічна або інша обробка та розміщення (захоронення) лікарських засобів або їхніх залишкових компонентів у спеціально визначених місцях.

Забезпечення та перевірка якості лікарських засобів – перелік процедур, які формують і доводять здатність лікарського засобу задовольняти споживачів відповідно до свого призначення і відповідають вимогам, встановленим законодавством.

Крім того, спеціально уповноважені на те структури СМК повинні виконувати роботи пов'язані з раціональним використанням лікарських засобів, що за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я означає таке їхнє використання, коли хворі отримують препарати у відповідності з клінічною необхідністю, в дозах, які відповідають індивідуальним потребам, на протязі адекватного періоду часу і з найменшими витратами для себе і суспільства [132], про що більш докладно мова про це буде йти у 3 розділі.

Основу державного управління ЛЗ в умовах НС складає його організаційно-правовий механізм.

Сьогодні, у науковій літературі існує багато матеріалів, які пов'язані з розкриттям сутності організаційно-правового механізму у різних сферах державного управління [наприклад 133-137].

З урахування напрацювань науковців у галузі державного управління, у нашій роботі під організаційно-правовим механізмом державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС, будемо розуміти систему нормативно-

правових актів, що регулюють лікарське забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій і спеціально уповноважених державних органів, що здійснюють реалізацію вимог правових норм шляхом проведення превентивних та ліквідаційних заходів.

Важливо, в аспекті нашого дослідження, є нормативно-правова складова організаційно-правового механізму державного управління, яка являє собою регулювання суспільних відносин, що складаються в даній сфері діяльності, для чого використовується арсенал засобів, способів і методів. Ця складова дозволяє забезпечити комплексний вплив різних засобів на суспільні відносини, встановлення норм (правил поведінки); показати динаміку реального функціонування права; виявити специфічні функції і регулятивні можливості процесу, при взаємозв'язку з іншими явищами і процесами. Розробка та прийняття законодавчих актів, рішень і розпоряджень органів публічної влади, спрямовані на практичну організацію регулювання правовідносин між суб'єктами. Основними формами нормативно-правового забезпечення є Конституція України, закони України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, нормативно-правові акти органів місцевого самоврядування тощо.

Організаційна компонента являє собою систему відносин, що складається між суб'єктами та об'єктом державного управління та включає в себе цілі, завдання, функції, методи і технології управління, організаційні структури, а так само результати їх функціонування [99].

Проведені дослідження показали, що в основу сучасної системи державного управління медичною допомогою в умовах НС, її складової – лікарським забезпеченням, покладені досягнення, перш за все, «військової» медицини.

Окрім того, на формування сучасної системи лікарського забезпечення, функціонування організаційно-правового механізму лікарського забезпечення в умовах НС, здійснили вплив як становлення невідкладної медичної допомоги, так і розвиток аптечної справи.

Розглянемо основні моменти пов'язані з становленням організаційно-правових механізмів державного управління медичним постачанням і його головною ресурсною компонентою лікарським забезпеченням «військової» медицини [138-146].

Із відомих джерел, вперше про медичне постачання російської армії згадується у 1605 році, коли цар Борис Годунов "послал нужные лекарства" військам, які здійснювали осаду Кром. В "Уставе ратных и пушечных дел" (1607) вказувалося: «... лекарю же иметь телегу с четырьмя лошадьми, на чем ему свои лекарства и всякую потребу возить» [138].

Приблизно в кінці 16 - початку 17 століття для керівництва медичною справою в Росії було створено державну установу - Аптекарский приказ. Це була державна медична адміністративна установа, що відала всією медичною та аптечною справою в країні.

«Аптекарский приказ» відав організацією заготовок лікарських рослин, підготовкою лікарів і фахівців з приготування ліків, забезпечував медичною та лікарською допомогою російську армію, проводив перевірку медичних знань у докторів, лікарів і аптекарів, які приїздили на роботу до Росії з інших країн. «Аптекарский приказ» був самобутнім, властивим тільки Росії державним органом по керівництву лікувальним і аптечною справою. Уже в першій половині XVII століття під керівництвом «Аптекарского приказа» був організований перший в Росії аптекарський город для розведення лікарських рослин і виготовлення з них ліків. До кінця XVII століття у його веденні було 4 аптекарських городи, розташованих на території Москви. Тільки на городі поблизу Кам'яного моста вирощувалося близько 25 видів сировини: мак, тютюн, аніс, цикорій, петрушка, кріп, базилік, шавлія та ін. [139-141].

З 1631 р. вперше з відома "Аптекарского приказа" стали направляти в полки лікарів "с лекарней и зельем". Поповнення медичним майном здійснювалося із запасів, що закуповуються за кордоном, і, частково, створюваних шляхом збору лікарських трав по натуральній та грошовій повинностям населення, а також з аптекарських городів і садів. Звідси йшло

поповнення армійських стаціонарних "польових аптек", а з ними - "похідних" (рухливих) аптек, заснованих в 1707 р.

По "Уставу воинскому" (1716) в кожній дивізії повинні були бути аптека для піхоти і аптека для кавалерії, а при них - по одному аптекаря з 2 гезелями (унтер-офіцерський чин російської армії XVIII ст. прим. наша) і 4 учнями. Ліки в полки надходили безкоштовно. Грошові на то витрати стали заповнюватися через систему відрахувань грошей з платні усіх без винятку солдатів і офіцерів.

У 1602 році з'являється в Росії перша перекладна фармакопея (від грец. *pharmakon* – ліки і *rhoieo* – роблю), збірник стандартів лікарських препаратів і приписів про виготовлення деяких лікарських форм [142], а близько 1708 році – номенклатури медичного майна для російської армії у вигляді «Аптеки обозовой или служивой» [143].

Протягом усього XVIII ст. в армії йшло подальше вдосконалення аптечної справи. Відповідно до «именного указа» з 1726 року в кожному полку належало мати 2 вози під полкову аптеку, що було підтверджено прийнятою у 1731 році постановою «О полевых подъемных лошадях». Пізніше, у 1736 році, видається «регламент о содержании полевых аптек». Порядок роботи аптек в постійних госпіталях визначався «Генеральным о госпиталях регламентом» (1735 р.).

Постачання аптек усіх типів здійснювалося відповідно до вперше складеної в 1765 р. «Военной фармакопей», перевиданої в 1779 р. У 1795 р. у С.-Петербурзі була видана "Фармакопея для русских сухопутных войск". Вона включала «Расписание аптекарских веществ при полковых и батальонных аптеках» (містило 115 найменувань). До 1778 відноситься перше видання складеної Н.К.Карпінським «Государственной фармакопеи» (перевидана в 1799 р.)

У результаті перетворень початку XIX ст. заготівля медикаментів, хірургічного інструментарію, предметів догляду за пораненими і хворими воїнами, створення їх запасів було покладено на Медичний департамент Міністерства поліції; постачання перев'язувальними матеріалами – на комісаріатський департамент Військового міністерства.

У 1812 р. лікар, один з організаторів системи медичного військового

постачання того часу, Я.В. Вілліє видав «Положение для чрезвычайного снабжения лекарствами Большой действующей армии». Відповідно до нього загальне керівництво медичним постачанням армії покладалося на інспектора по «аптекарської частини».

Додатково, до створюваних ще в мирний час «аптекарських магазинів», у ході Вітчизняної війни 1812 р., формуються «временные запасные аптекарские магазины» (у Пскові, Смоленську та Києві), що склалися з стаціонарного та рухомого відділень. Останнє повинно було міститися у «всегдашней готовности» до негайного супроводу армії. У цьому випадку воно перейменовувалося в «главную подвижную аптеку». З неї йшло поповнення корпусних і полкових аптек. Частина майна вони отримували також з передових і допоміжних аптек цивільного відомства, шляхом закупівель його на місцях, реквізицій і використання трофеїв. Постачання лікарськими засобами всіх аптечних формувань велося на основі нормативів, що містилися в «Аптекарської таксе» (1800 р.), а робота їх персоналу регламентувалася "Полевой русской фармакопеей" (1808 р.) і «Российской военной фармакопеей» (1812 р.). У 1818 р. відбулося її третє, а в 1840 р. – четверте видання [138, 139].

У 60-70 роках існував наступний порядок накопичення та розподілу медичного майна. Та його частина, яка була призначена для військових військово – лікарських закладів воєнного часу, зберігалася на складах недоторканих запасів частин (з 1876 р.) і з'єднань, а для таких же закладів, але не доданих військам, накопичувалася в постійних військових госпіталях або ж на складах. Частина хірургічного інструментарію містилася на С.-Петербурзькому інструментальному хірургічному заводі. Аптечне майно і медикаменти зосереджувалися і в постійних аптечних магазинах. З них вони відпускалися тимчасовим аптечним магазинам і польовим рухомим аптекам в залежності від кількості формованих з початком війни дивізійних рухомих лазаретів і військово-тимчасових госпіталів, а також відповідно до норм діючих і розрахованих на річну потребу каталогів [138, 144].

У серпні 1864 р. були затверджені нові штати аптечних установ,



підвідомчих Медичному департаменту Військового міністерства. Роком пізніше вводяться в дію перероблені каталоги для батальйонних, полкових, в'ючних аптек і аптек військових госпіталів, а також каталоги по медикаментам, матеріалам, припасам, аптечній посуді і хірургічним інструментам. У 1866 р. оголошується до керівництва нова «Военная фармакопея».

До 1876 р. належить остаточно передача військово – медичному відомству організація заготівлі, зберігання та відпуску всіх предметів медичного, лазаретного і госпітального майна. У тому ж році були введені в дію нові Табелі запасу матеріалів і перев'язувальних засобів для лазаретів польових військ, в'юка, рухомого лазарету дивізії; предметам, розміщеним у фельдшерській сумці, перев'язочному ранці або кобурі.

За час з 1865 по 1877 рр. у С.-Петербурзькому, Московському та Варшавському постійних аптечних магазинах було зосереджено медичне майно в розрахунку на 1,5 млн. осіб (у піврічній пропорції), для 120 військово - тимчасових госпіталів (в 3 – місячної пропорції), 48 рухливих дивізійних лазаретів (в 4- місячної пропорції ) і для однієї польової рухомої аптеки [138].

У ході російсько-турецької війни 1877–1878 рр. польова рухома аптека з хірургічною майстернею відкривається в Яссах, а з переходом російських військ за Дунай заснуються 3 її відділення (у Чорноводах, Сістові і Белі). Підвіз медичного майна на всіх етапах здійснювався за принципом "на себе", власними транспортними засобами. Як з'ясувалося вже в ході війни, прийняті напередодні каталоги і табелі виявилися перевантаженими масою індиферентних лікарських засобів рослинного походження, смол, застарілих перев'язувальних матеріалів та інших аптечних припасів.

Одночасно діяла система медичного постачання формувань Товариства піклування про поранених і хворих воїнів. Для цих цілей на території країни були влаштовані 4 центральних аптечних склади, куди надходило майно з місцевих складів цього Товариства. У Кишеневі, Яссах і Бухаресті розгортаються їх передові аптечні склади.

У післявоєнному періоді система військово- медичного постачання, по суті

не міняючи свого традиційного порядку, удосконалювалася за рахунок оновлення документів, які регламентували її діяльність, а також каталогів і табелів медичного та іншого майна.

У 1881 р. видається «Инструкция запасным магазинам о хранении неприкосновенных военных запасов медицинского заготовления» на 144 військово-тимчасових госпіталів, замінена в 1894 р. «Инструкцией о наряде и хранении неприкосновенных медицинских запасов военно-врачебных учреждений военного времени в аптечных магазинах и складах». Для огляду і освіження майна передбачалося дворазове протягом року (у березні та вересні) його розтин спеціальнопризначеною комісією. У 1886 р., а потім у 1895 р. вводяться в дію «Каталоги перевязочных средств, хирургических инструментов и аппаратов в мирное и военное время».

У своїй практичній діяльності аптечні працівники керувалися вимогами «Военной фармакопеи», виданої в 1896 р. У цьому ж році С.-Петербурзький інструментальний хірургічний завод реорганізується в Завод військово - лікарських заготовок.

Організація постачання військово - лікарських закладів, які не були додані військам, здійснювалася у воєнний час управлінням польового госпітального інспектора, а постачання військ і військово - лікарських закладів, доданих дивізіям, предметами «медицинского довольствия» – правлінням польового військово-медичного інспектора, що свідчило про своєрідну подвійність в цьому важливому питанні.

Під час російсько-японської війни 1904-1905 рр. уперше проблеми військово-медичного постачання були вирішені більш-менш задовільно. Ще в підготовчому періоді вдалося зосередити в 3 польових аптеках (Хабаровськ, Порт-Артур і Чита) медичне майно в цілому на 125 тис.чол., 5 бригадних лазаретів, 108 польових госпіталів і 12 військово-санітарних транспортів.

Крім того, у постійних аптечних магазинах внутрішніх військових округів зберігалися запаси на 2 млн. 736 тис. чол., оснащення 9 бригадних, 88 дивізійних лазаретів, 712 польових і 35 фортєчних госпіталів, 20 військово -санітарних

транспортів і 30 військово - санітарних поїздів. На додаток до них Російським товариством червоного хреста (РТЧХ) влаштовуються центральні аптечні склади в Хабаровську, Микольські-Уссурійському, Читі та Іркутську, а також допоміжні аптечні склади в різних пунктах поблизу діючої армії.

Після поділу Маньчжурської армії на 3 приватні армії і формування для кожної з них по польовій аптеці на їх адресу направляється медичне майно з розрахунку на 10 корпусів (в 4 – місячної потреби). Для забезпечення заготівлі необхідного медичного майна на місцях кожному тимчасовому аптечному магазину був виділений кредит в 30 тис. руб. [138].

Під час війни вперше всі воїни діючої армії були забезпечені індивідуальними пакетами перев'язувального матеріалу, які зберігалися в «особо для того изготовленных в шароварах карманах». На жаль, через відсутність в Росії розвиненою фармацевтичної промисловості більшість медикаментів, значна частина сировини для їх виробництва на вітчизняних підприємствах, у тому числі і сталь для Заводу військово-лікарських заготовок (виробів), доставлялася з-за кордону і в більшій частині з Німеччини.

У міжвоєнне дев'ятиріччя (1905-1914 рр.) приймається безліч найважливіших документів, що регламентували систему військово-медичного постачання військового часу, але без внесення будь-яких істотних змін у її принципову схему. Як і раніше залишалися аптеки військово-лікарських закладів, польові аптеки, тимчасові і постійні аптечні магазини і аптечні склади.

Видаються оновлені "Свод каталогов медикаментам, аптечным предметам и перевязочным средствам для частей войск и лечебных заведений на мирное и военное время" (1908 р.), «Свод каталогов врачебным предметам, хирургическим инструментам и аппаратам для снабжения военных госпиталей, усиленных и местных лазаретов и частей войск», «Правила о порядке требования и отпуска врачебных предметов, хирургических инструментов и аппаратов», "Инструкция аптечным магазинам» (1909 р.). Було здійснено перегляд штатів тимчасового аптечного магазину, фортєчних аптек, каталоги і табелі медикаментів, аптечних і лікарських предметів, перев'язувальних і дезінфекційних засобів, приладів і

речей для санітарно - гігієнічних та дезінфекційних загонів та ін. У 1913 р. видаються нові «Правила о порядке требования и отпуска медикаментов, аптечных и перевязочных предметов», вводиться в дію «Российская военная фармакопея» замість фармакопеї 1896 р.

Під час першої світової війни 1914-1918 рр.. організація військово-медичного постачання за рахунок накопичуваних в мирний час запасів була зруйнована. Вони швидко виснажилися, і на всю широчінь постала проблема організації виробництва різних видів медичного майна в умовах відсутності в Росії розвиненої фармацевтичної та супутньої їй промисловості. З 118 предметів медико-санітарного майна, що числилися за каталогами військового відомства, в країні заготовлювалося всього лише 38, решта ввозилися з-за кордону. За необхідною допомогою Росія була змушена звернутися до Франції, Англії, Америки і навіть Японії, а також вжити термінових заходів до розширення власного виробництва. Усі ці та інші проблеми вирішувалися «Особым совещанием для объединения мероприятий по обеспечению действующей армии предметами боевого и материального снабжения», а в її системі – «Комиссией по пересмотру норм санитарного и медицинского снабжения армии» під головуванням А.І. Гучкова.

У березні 1916 р. вийшов запізнілий наказ № 134 Верховного начальника санітарної та евакуаційної частини "О принятии мер к развитию отечественного производства лекарственных средств в целях удовлетворения нужд армии и флота и вообще Империи". Відповідно до нього передбачалося формування особливого відділу для організації хіміко-фармацевтичної промисловості в Росії. Вже після Лютневої революції 1917 р. при Головному військовому санітарному управлінні (далі – ГВСУ) утворюється «Тимчасова комісія з постачання армії предметами санітарного забезпечення», яка була наділена широкими повноваженнями.

На той час, у системі медичного постачання було 7 аптечних магазинів і 6 аптечних складів. З них 3 (Двінський, Брестітовській і Кременчуцький) були базовими. На фронтах діяли польові аптеки. Фортечні аптеки формувалися за

спеціальним розпорядженням Головного управління Генерального штабу. При значній відстані польових аптек від аптечних магазинів (аптечних складів) між ними розгорталися тимчасові аптечні магазини. Додатково до польових аптек відкривалися їх рухливі відділення. На початок 1917 р. на фронтах налічувалося 9 польових аптек і 38 рухливих відділень.

Значну допомогу військово-медичному відомству й армії у справі медичного постачання надавали різні громадські організації та приватні особи. Для цих цілей при Головному управлінні РОКК була утворена Рада складів. Тільки в 1915 р. на поповнення запасів медичного майна РОКК було витрачено 24 млн. рублів, а Земським союзом – 1,2 млрд. рублів [138, 141, 145].

Після Жовтневої революції 1917 р. і початку будівництва регулярної Червоної Армії були прийняті екстрені заходи до недопущення розкрадання медико-санітарного майна, що залишилося від колишньої російської армії. Для впорядкування та ведення фармацевтичної частини при реорганізованому ГВСУ наприкінці червня 1918 р. створюється фармацевтична колегія. Однак вона проіснувала недовго, до жовтня того ж року. Всі її справи передаються у фармацевтичний підвідділ ГВСУ, при якому створюється комісія з переробки нормативних актів які діяли раніше і що стосувалися військово-аптечної справи. У серпні всі питання військово-медичного постачання зосереджуються в господарському відділі, а з вересня 1919 р. – у відділі медичного постачання ГВСУ.

У розпорядження ГВСУ передаються всі матеріальні фонди, які належали раніше РОКК та іншим громадським організаціям .

Для організації фактичного медичного постачання Червоної Армії і її лікувальних установ в листопаді 1918 р. у Москві створюється Центральний військово-аптечний магазин. За спеціальними штатам формуються 8 відділень польових військово-аптечних магазинів, виділяється кредит в 1 млн. 187 тис. карбованців. У березні 1919 р. вводиться в дію "Табель лазаретным вещам, материалам и припасам для частей войск в военное время". З листопада наступного року відтворюється робота при польових військово-аптечних

магазинах майстерень для ремонту хірургічних інструментів.

Після громадянської війни зважаючи на те, що активно проходив процес демобілізації багатомільйонної армії, терміново вирішувалися завдання, пов'язані з передачею значної частини медичного майна органам громадської охорони здоров'я, закладкою іншої його частини у недоторкані запаси на випадок відновлення воєнних дій; організацією медичного постачання частин, що залишилися після демобілізації, з'єднань і об'єднань та їх медичних формувань. Почала працювати Комісія для перегляду та перескладання діючих табелів по штатах мирного і воєнного часу. Вводиться в дію нова "Инструкция по комплектации, хранению и освежению имущества неприкосновенного запаса учреждений и заведений военно-санитарного ведомства и частей войск".

У ході військових реформ 1924-1928 рр. доводяться до кінця переоблік медико-санітарного майна, його поповнення та освіження на складах недоторканих запасів. З 1926 р. замість централізованого вводиться децентралізований порядок медичного постачання військ і військово-лікувальних установ. Розробляються нові «Список предметов, помещаемых во врачебные сумки на военное время» (1925 р.), «Описи хирургических наборов» (1926 р.) і «Инструкция по наряду, укладке, хранению, освежению и учету военно-санитарного имущества неприкосновенных запасов» (1927 р.).

У період військово-технічної реконструкції Червоної Армії 1929-1938 рр. її військово-медичним постачанням займалися два відділи ГВСУ: відділ санітарного постачання і складів і відділ заготовок медичного та санітарного майна. Під їх керівництвом та за методичної допомоги "стандартної секції" Науково-технічного комітету цього ж управління завершується перегляд змісту діючих табелів і каталогів медико-санітарного та іншого майна, його стандартизація, типізація і уніфікація. У 1936 р. видається "Сборник комплектов и норм медико-санитарного имущества на военное время", який знову переробляється в 1938 р.

Досвід локальних бойових зіткнень 1938-1939 рр., а також радянсько-фінляндської війни 1939-1940 рр. у цілому підтвердив правильність раніше

розробленої системи військово-медичного постачання на воєнний час, але разом з тим розкрив ряд недоліків у змісті норм, що діяли раніше і в табелях медико-санітарного майна, в якісному складі комплектно-табельного оснащення та медичної техніки. Виниклі проблеми були детально обговорені на перших двох пленумах Вченої медичної ради (далі – ВМР) при начальнику СУ РККА.

Відповідно до нового штату цього управління загальне керівництво військово-медичним постачанням здійснювалося відділами: постачання (з відділеннями медичним, санітарно-технічним, санітарно-господарського постачання і складським) і заготовок (з відділеннями хіміко-фармацевтичного постачання, лікарсько-хірургічного майна, санітарної техніки, польових установок).

У підсумку проведеної роботи з 205 найменувань різних медикаментів, що раніше входили до номенклатури медичного майна, в обігу було залишено для військ 89 і госпіталів 118. Перелік технічних засобів включав 100 найменувань. Складається мобілізаційна заявка на рік війни. Військово-медичне постачання стало регламентуватися новими «Сборником норм и табелей медико-санитарного имущества на мирное время», «Инструкцией по комплектованию, хранению, освежению и учету неприкосновенных запасов медико-санитарного имущества Красной Армии» (1939 р.), «Положением о снабжении медико-санитарным имуществом на военное время», «Сборником комплектов медико-санитарного имущества для частей и учреждений Красной Армии на военное время» (1940 р.), а також «Схемой комплектования медико-санитарным имуществом частей и учреждений Красной Армии» (1941 р.). Проте здійснити на ділі переукомплектування недоторканих запасів відповідно з новими нормативними документами до початку війни не вдалося [138, 141].

Невдалий результат для Червоної Армії прикордонного бою в початковому періоді Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.. безпосереднім і негативним чином позначилася на вирішенні численних проблем військово-медичного постачання. На медичних складах західних прикордонних військових округів, складах недоторканих запасів військових частин і з'єднань, гарнізонних

медичних установ, непередбачливо зосереджених поблизу кордону, в перші ж години війни загинули майже всі медичне майно і техніка.

У результаті цих непоправних втрат, а також евакуації в тил підприємств хіміко-фармацевтичної промисловості керівництво медичною службою - в особі створеного в серпні 1941 р. Управління постачання медичним та санітарно-господарським майном ГВСУ – було змушене: організувати постачання діючих військ з Московського центрального санітарного складу № 320, його 3 філій, медичних складів тилових військових округів; різко скоротити номенклатуру медико-санітарного майна, склад комплектно-табельного оснащення; приступити до формування замість громіздких армійських головних санітарних складів (ГСС) більш мобільних польових армійських санітарних складів (ПАС); вжити термінових заходів до налагодження виробництва необхідного медикосанітарного майна в східних регіонах країни; ввести режим заготовки його на місцях, жорсткої економії і повторного використання перев'язувальних матеріалів.

У кінці 1942 р. – початку 1943 р. з'явилося нове джерело постачання - трофеї. Для запобігання розбазарювання та забезпечення правильного використання трофейного медико-санітарного майна була видана директива ГВСУ, спрямована начальникам ВСУ фронтів у березні 1943 р. У грудні того ж року видається короткий довідник "Трофейное германское имущество". Великою підмогою в поліпшенні медичного постачання діючої армії стали поставки медичного майна союзними державами з імпорту та ленд-лізу. Вони дозволили задовольнити майже на 40 % потреби в сульфамідних препаратах, новокаїні, глюкозі, наметах, вперше широко ввести в лікувальну практику пеніцилін.

Досвід війни дозволив внести суттєві корективи у принципи військово-медичного постачання. Він, зокрема, показав неприйнятність "автоматичного" постачання, яке практикувалося раніше. Згідно з новим принципом, введеному в дію «Инструкцией по снабжению медико-санитарным имуществом в действующей армии» (1942 р.), усе це майно відповідно до його відпустки було розділено на майно «особливого переліку» або «бойового забезпечення» і майно



«поточного забезпечення». Перше відпускалося поза всякою чергою, за вимогами і заявками, переданим по телеграфу (телефону, радіо), а другий - раз на місяць для поповнення комплектів. З метою термінової доставки медичного майна нерідко використовувалися санітарна і транспортна авіація. У цілому до кінця війни склалася певна система військово-медичного постачання.

У перші повоєнні роки органи військово-медичного постачання Радянської Армії вирішували свої традиційні завдання, пов'язані з демобілізаційним процесом, розформуванням і переведення великого числа медичних підрозділів, частин та установ на штати мирного часу, комплектуванням необхідних недоторканих запасів, передачею частини медико-санітарного майна органам громадської охорони здоров'я, організацією постачання військ і лікувально-профілактичних установ армії в умовах мирного часу, а також необхідністю узагальнення набутого в ході війни досвіду. У підсумку проведеної роботи вже до 1947 р. було розроблено та видано нові «Сборник комплектов медико-санитарного имущества для частей и учреждений Вооруженных Сил СССР», «Сборник норм и таблицей медико-санитарного имущества для частей и учреждений фронтового района», «Сборник норм и таблицей имущества медицинского снабжения для частей и учреждений тылового (внутреннего) района на военное время», «Сборник норм и таблицей имущества медицинского снабжения для эвакуационных госпиталей, санитарных поездов и судов тылового (внутреннего) района на военное время» та ін. [138, 140, 141].

Організаційні питання системи медичного забезпечення військ продовжують розвиватись і сьогодні. Науковий аналіз свідчить, що існуюча система медичного забезпечення Збройних Сил та цивільного населення на воєнний час сьогодні вже не відповідає її фактичним потребам і реальним можливостям держави. Отже виникла необхідність докорінної реформи діючої і створення нової системи медичного забезпечення Збройних Сил на воєнний та мирний час. Тому в жовтні 1995 р. Кабінет Міністрів України прийняв Постанову «Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення

загальнодержавної системи екстремальної медицини» [147].

Згідно з цією Постановою має бути створена єдина загальнодержавна система медичного забезпечення цивільного населення і військовослужбовців на випадок екстремальних ситуацій, надзвичайного стану та на воєнний час. Мова йде про щільну інтеграцію ще в мирний час системи медичного забезпечення Збройних Сил, військових формувань інших відомств із загальнодержавною системою охорони здоров'я населення України.

### **Висновки до першого розділу**

Вивчення та узагальнення наукових джерел із права, історії та державного управління дозволили зробити такі висновки:

1. Дослідження понятійного апарату державного управління в умовах НС показав, якщо поняття «державне управління» і «надзвичайна ситуація» сьогодні отримали більш-менш стійке значення, то дефініція державне управління в умовах НС, що об'єднує два попередніх терміна, і є суттю державного управління у зазначених умовах, ще не має загальноприйнятого значення.

2. Державне управління в умовах НС можна розглядати в широкому та вузькому розумінні. В дисертації дослідження пов'язані з цією дефініцією проводились саме у вузькому розумінні, а саме державне управління в умовах НС – це вид діяльності органів державної влади та посадових осіб, на які покладені функції управління в умовах НС, спрямовані на захист населення, територій, матеріальних і духовних цінностей та довілля від НС.

3. Державне управління в умовах НС забезпечується функціонуванням певних механізмів державного управління під якими будемо розуміти систему послідовних етапів, взаємопов'язаних і взаємодіючих структурних елементів, що визначає порядок, особливості, методи та інструменти дій органів державної влади та місцевого самоврядування цілеспрямованих на захист населення, територій, матеріальних і духовних цінностей та довілля від надзвичайних ситуацій і до яких, перш за все, відноситься організаційно-правовий механізм

державного управління.

4. Встановлено, що однією з важливіших складових державного управління в умовах НС є ресурсна складова, функціонування якої спрямовано на матеріально-технічне забезпечення реагування та ліквідації наслідків НС, зокрема на надання медичної допомоги постраждалим, яка, в свою чергу, потребує лікарського забезпечення і відповідної системи державного управління.

5. Під медичною допомогою в умовах НС розуміємо комплекс заходів, що організує служба медицини катастроф для попередження, або максимального послаблення дії на населення і рятівників вражаючих факторів НС. Головними підрозділами, які здійснюють медичну допомогу в умовах НС є територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф СМК. Координацію діяльності Служби у разі виникнення НС здійснюють центральна і територіальні координаційні комісії СМК.

6. Дослідження сутності державного управлінням лікарським забезпеченням в умовах НС показує, що це - ресурсна складова державного управління медичною допомогою, що включає в себе комплекс заходів, які здійснюються органами державної влади та посадовими особами щодо організації всебічного і повного постачання підрозділів СМК та лікувальних закладів ліками при виникненні НС, в основу функціонування якої покладений організаційно-правовий механізм державного управління.

7. Система медичної допомоги і, зокрема, лікарського забезпечення в умовах НС має глибокі історичні корні і бере свій початок з XVII ст. від системи військового постачання в Російській армії.

8. Розвиток системи медичної допомоги і постачання пов'язаний, перш за все, з війнами і необхідністю відповідного реагування на наслідки бойових дій, які приносять велику кількість поранених і постраждалих.

9. Досвід здійснення лікарсько-евакуаційних заходів, ліквідації медико-санітарних наслідків бойових дій, військово-медичного постачання широко використовується сьогодні СМК для ліквідації наслідків НС.

## РОЗДІЛ 2

### СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

#### 2.1. Аналіз впливу надзвичайних ситуацій, що виникають в Україні на їхні медико-санітарні наслідки

Згідно з Державним класифікатором надзвичайних ситуацій в Україні, НС за видами розподіляють на НС техногенного характеру, НС природного характеру, НС соціально-політичного характеру, НС воєнного характеру [73].

У нашій роботі основна увага буде приділена НС природно-техногенного характеру, які виникають найбільш часто як у світі так й в Україні, і мають найбільш негативні наслідки, їхнім медико-санітарним наслідкам та механізмам державного управління лікарським забезпеченням постраждалих саме при НС зазначеного виду [148-150].

Аналіз статистичних даних показав, що за останнє десятиріччя, у період 2003-2012 рр., в Україні виникло 2963 НС, внаслідок яких загинула 4301 особа, постраждало 13466 осіб, матеріальний збиток склав близько 10 млрд. грн. Загальні статистичні показники кількості НС по роках та їхні наслідки представлені на рис. 2.1 [151-155].

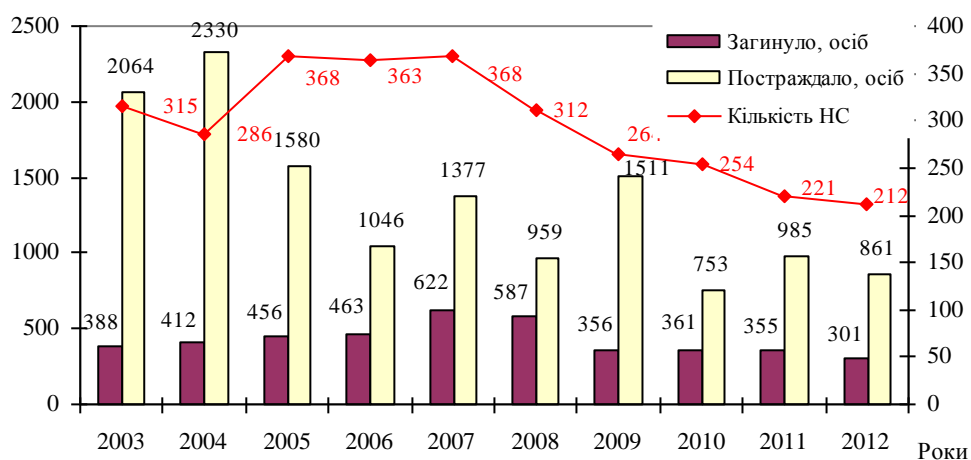


Рис. 2.1. Динаміка кількості НС, загиблих та постраждалих внаслідок них осіб протягом 2003 – 2012 рр.

Аналіз НС за походженням показав, що за період 2003 – 2012 роки, в Україні виникло 1515 НС техногенного характеру, 1131 природного та 188 соціально – політичного, розподіл у відсотках яких показано на рис. 2.2, а динаміка кількості по роках на рис.2.3.

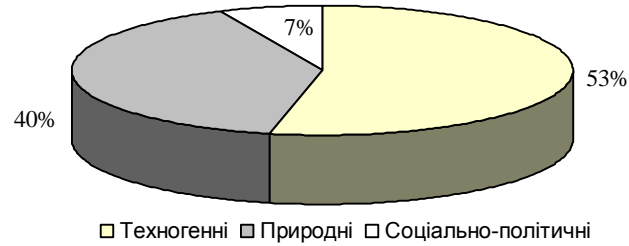


Рис. 2.2. Співвідношення кількості НС техногенного, природного та соціально-політичного характеру за 2003-2012 роки

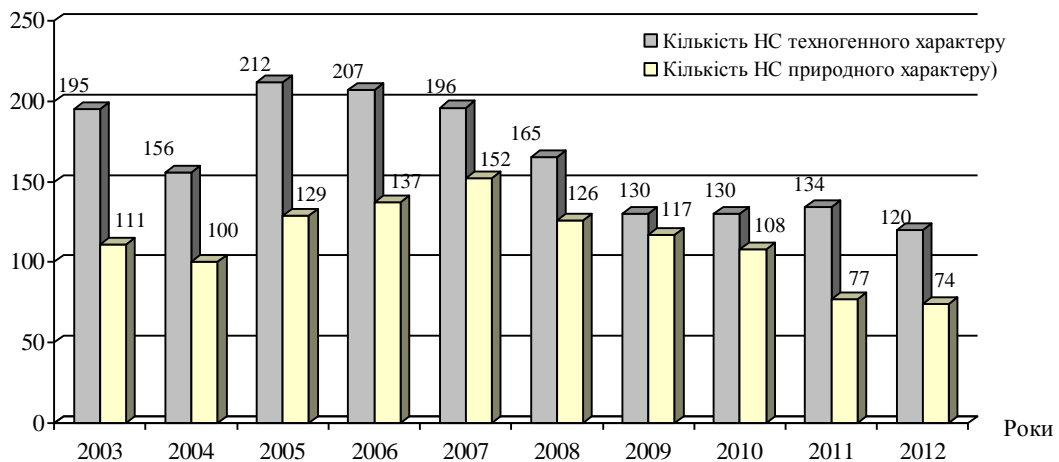


Рис. 2.3. Динаміка кількості НС техногенного та природного характеру по роках

Статистика свідчить, що найбільший відсоток складають НС техногенного характеру, вони ж приносять найбільшу кількість загиблих (рис 2.4).

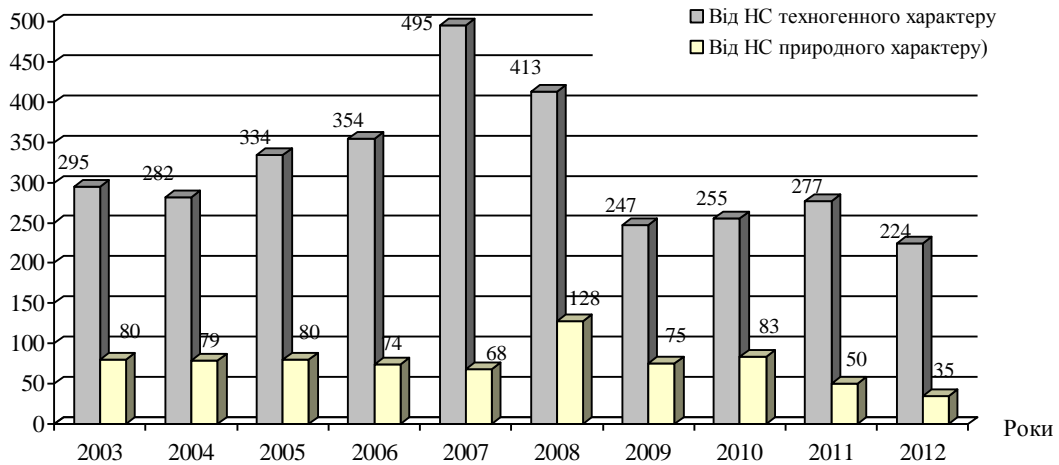


Рис. 2.4. Динаміка кількості загиблих внаслідок НС техногенного та природного характеру по роках

Але, найбільші матеріальні збитки приносять НС природного характеру (за 2003-2012 рр. склали більш 8 млрд. грн.), вони ж надають і найбільшу кількість постраждалих (рис. 2.5), загальна кількість яких за цей період часу складала 10867 осіб.

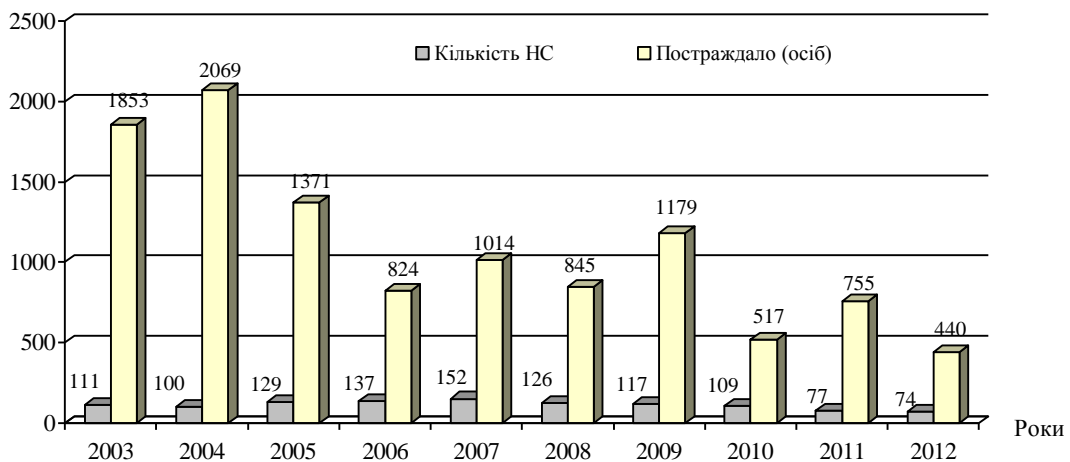


Рис. 2.5. Динаміка кількості НС природного характеру, загиблих та постраждалих внаслідок них осіб (разом)

При цьому найбільша кількість НС природного характеру - 152,

приходиться на 2007 рік (в основному за рахунок пожеж у природних екосистемах, яки охопили південні та південно-східні регіони держави та збільшення кількості НС метеорологічного характеру), а найбільшу кількість загиблих і постраждалих у 2004 році – 2069, принесли катастрофічні повені у західних областях.

Природні катастрофи (стихійні лиха) виникають як уособлене явище, або одне з них може потягти за собою виникнення інших проявів НС, що спричинені природними факторами, класифікують за видами стихійних лих та джерелами їх походження. На території України, виходячи з клімато-географічних особливостей, найбільш ймовірними є стихійні лиха, пов'язані з геологічними, гідрологічними і метеорологічними природними явищами. З сейсмогеологічних стихійних лих найбільш актуальними для України є землетруси, зсуви, просадка земної поверхні [37, 156].

Природні стихійні лиха тягнуть за собою значні негативні медичні наслідки [157, 158].

Під медичними наслідками надзвичайної ситуації будемо розуміти комплексну медико-санітарну характеристика НС, яка охоплює: зміст, обсяг та організацію медико-санітарного забезпечення району катастрофи, а також дані щодо величини й структури безповоротних та санітарних втрат, потреби в різних видах медичної допомоги, санітарно-епідеміологічній обстановці, діяльності медичних установ та життєзабезпечення населення в зоні надзвичайної ситуації та прилеглих районах.

Під медико-санітарною обстановкою в умовах НС розуміють сукупність умов і факторів, які визначають обсяг, характер й організацію медичного забезпечення, необхідного для подолання наслідків катастрофи.

Постраждалий у НС – людина, у якого в результаті безпосереднього або опосередкованого впливу на нього вражаючих факторів джерела НС виникли порушення здоров'я.

Загальні людські втрати, що виникають при НС, розподіляються на: безповоротні і санітарні втрати.

Безповоротні втрати – це особи, які загинули або зникли безвісти внаслідок НС.

Санітарні втрати – це особи, які постраждали та захворіли при виникненні НС або внаслідок НС.

Структура санітарних втрат – це розподіл постраждалих (хворих): по ступеню тяжкості поразки (захворювання) – надто тяжкі, тяжкі, середнього ступеню тяжкості, легкі; по характеру и локалізації поразок (видам захворювань).

Величина и структура втрат при НС залежать від:

- 1) характеру, масштабу та інтенсивності НС;
- 2) чисельності населення, що опинилася в зоні НС;
- 3) щільності та характеру розміщення населення;
- 4) своєчасності оповіщення та забезпеченості засобами захисту;
- 5) готовності населення до дій при загрозі НС;
- 6) рівня підготовки до ліквідації наслідків НС та ін. [159].

За розміром і структурою санітарні втрати під час природних катастроф (стихійних лих) характеризуються значною варіабельністю. Під час сильних землетрусів, смерчів, снігових обвалів, катастрофічних повеней, селів і зсувів можуть переважати непоправні втрати. Основна причина цього полягає у швидкоплинній дії вражаючих чинників, під час якої люди не встигають правильно і своєчасно відреагувати захисними діями, або ж їхня реакція не повною мірою відповідає подіям. Найбільш складна обстановка може виникнути внаслідок стихійних лих, до осередку яких потрапляють промислово розвинені міста та райони з великою густотою населення. У цьому разі руйнуються будинки, споруди, комунікації, системи життєзабезпечення міст і районів, виникають пожежі, з'являється значна кількість потерпілих. Крім того, порушення інфраструктури життєзабезпечення населення, необхідність переселення людей у безпечні місця неминуче призводять до значного погіршення санітарно-гігієнічного та епідеміологічного стану як в зоні стихійного лиха, так і в місцях тимчасового розміщення населення.



Створюються передумови для виникнення інфекційних хвороб, харчових отруєнь. Зростає загроза виникнення епідемічних осередків, що потребує відповідного обсягу медичної допомоги та відповідного лікарського забезпечення.

Обсяг медичної допомоги – це передбачений типовий перелік лікувально-профілактичних заходів, який виконується на даному етапі медичної евакуації стосовно окремих категорій постраждалих за певними медичними показаннями та відповідно до конкретних умов і можливостей етапу медичної евакуації.

Одними з найбільш характерних для України НС природного характеру, є НС гідрометеорологічного характеру, а точніше *повені*, які приносять високий рівень збитків та захворюваності (кількість постраждалих).

Реальне уявлення про структуру захворювань під час повеней можуть дати статистичні дані, отримані спеціалістами мобільного госпіталю МНС України, який працював у Закарпатській області протягом 23.11.- 22.12.1998 р. під час ліквідації наслідків катастрофічного паводку, а також аналіз даних подвірних обходів та вивчення виявленої інфекційної патології.

За даними спеціалістів мобільного госпіталю МНС України з 1154 осіб, яким була надана медична допомога, лише 5,7% потребували втручання лікарів хірургічного та травматологічного профілю.

Серед найбільш типових були такі:

- захворювання дихальної системи – 31,6 %;
- захворювання серцево-судинної системи – 16,1 %;
- неврологічна патологія – 12,5 %;
- захворювання шлунково-кишкового тракту – 12,0 %.

Аналіз виявленої інфекційної патології засвідчив, що до 94,0-98,5 % в її структурі займали гострі респіраторні вірусні інфекції, гострі кишкові інфекції становили 0,7-3,5 % випадків, вірусний гепатит у середньому зустрічався в 0,2 % випадків, інші захворювання коливалися практично від 0,6 до 2,5 %. Траплялись також зоонозні інфекції, питома вага яких була в межах 0,05-0,07 % [63].

Група гострих кишкових інфекцій була представлена

гастроентероколітами. Відмічалися випадки захворювань дизентерією, гастроентеритом. Серед групи «інших» інфекційних захворювань переважали ангіни, але були окремі випадки ентеровірусних інфекцій, вітряної віспи, краснухи, епідемічного паротиту, диспепсії.

Близькі до наведених показників і данні про повені 2004 року.

Найбільш складна обстановка виникає під час аварій на гідродинамічних спорудах напірного фронту, яка може статися за впливу сил природи (землетруси, урагани, обвали, селі), внаслідок конструкційних дефектів, порушення правил експлуатації, повеней, руйнування основи, недостатності скидання води, терористичних актів тощо. У результаті руйнування напірного фронту гідровузла (греблі) вода, що стримувалася до цього у верхньому б'єфі, з великою швидкістю та напором прямує у простір повз греблі за течією ріки з утворенням хвилі прориву – основного вражаючого фактора повені.

Ураження хвилею прориву проявляється у вигляді безпосереднього динамічного впливу на споруди, будівлі й людей, що знаходяться в них, та на відкритій місцевості. Травматичні ушкодження людей виникають і в результаті руйнування будівель та інших споруд. На швидкість поширення та висоту хвилі прориву істотно впливає характер місцевості, по якій вона рухається. На рівнині швидкість її руху не перевищує 25 км/год., а на складній місцевості та в горах може сягати 100 км/год.

Наслідки катастрофічного затоплення можуть ускладнюватись аваріями на енергонасичених, хімічно небезпечних та інших потенційно небезпечних об'єктах, що потрапляють у зону затоплення.

Величина та структура безповоротних санітарних втрат серед населення при повенях, що спричинені аваріями на гідродинамічно небезпечних об'єктах та внаслідок природних явищ, суттєво різняться.

При аваріях на гідроспорудах, загальні втрати серед населення, яке знаходиться у зоні дії хвилі прориву, можуть складати вночі 90,0%, а вдень – 60,0 %. З числа загальних втрат безповоротні втрати можуть бути: вночі – 75,0 %, вдень – 40,0%; санітарні втрати – 25,0 % та 60,0 % відповідно. В осінньо-

зимовий період та зимово-весняний період вони зростають на 10,0-20,0 % залежно від тривалості перебування постраждалих у холодній воді.

Процес формування санітарних втрат під час катастрофічних повеней, які пов'язані з НС на гідродинамічних спорудах, має певні особливості і залежить здебільшого від своєчасного оповіщення, висоти хвилі прориву, температури води й повітря, часу доби та віддаленості населеного пункту від гідроспоруди.

Так, найбільш значні втрати, переважно хірургічного профілю, будуть у першій зоні (зоні надзвичайно небезпечного затоплення), через яку хвиля прориву пройде протягом першої години з моменту утворення. Висота хвилі може сягати декількох метрів, а швидкість перевищувати 20 км/год. У середньому розміри цієї зони можуть складати до 10 км від греблі.

Менша, але все ж таки значна загроза населенню залишається в другій зоні (зоні швидкої течії), яку хвиля прориву долає протягом 3-4 годин після утворення зі швидкістю до 10-15 км/год. На цій території в структурі санітарних втрат буде більшість потерпілих терапевтичного профілю.

Для першої зони характерна велика кількість непоправних втрат, яка може збільшуватись у нічний час. За цих умов загальні втрати можуть сягати 2-35 % від кількості населення, що потрапляє в зону катастрофічного затоплення. Ці втрати можуть зростати на 10-20 % у холодну пору року.

У структурі санітарних втрат під час повеней, особливо в другій зоні, переважають потерпілі з ознаками асфіксії, гострими порушеннями дихальної й серцевої діяльності, застудою, травмами м'яких тканин, струсами головного мозку та психічними розладами. Психоневрологічної допомоги потребують 10-11 % від загальної кількості населення, яке опинилося в осередку стихійного лиха. Можливе загострення хронічних соматичних хвороб.

Крім того, під час катастрофічних затоплень умовно виділяють третю зону (розливу), у межах якої швидкість течії не перевищує 10 км/год. Розміри цієї зони будуть залежати від об'єму води, що потрапляє в нижній б'єф гідроспоруди, та рельєфу місцевості і можуть сягати 30-70 км. Практично вся медико-санітарна обстановка в цій зоні не буде відрізнятися від обстановки, що

може виникнути під час поводи або повені, яка не має катастрофічного характеру. У цій зоні будуть переважати матеріальні втрати, розміри яких залежать від своєчасності оповіщення й проведення евакуаційних заходів стосовно населення й матеріальних цінностей [38, 42, 50].

Санітарні втрати під час *землетрусів* виникають раптово та одночасно, у багатьох випадках їх кількість перевищує можливості територіальних закладів охорони здоров'я з надання постраждалим медичної допомоги за оптимальний термін для порятунку та збереження життя й здоров'я.

Розміри безповоротних та санітарних втрат можуть коливатися в широкому діапазоні залежно від таких умов: інтенсивності та площі осередку землетрусу, відстані від епіцентру, щільності населення, пори року і часу доби, раптовості виникнення, характеру забудови, організації пошуково-рятувальних робіт, підготовленості населення та низки інших факторів.

Майже завжди санітарні втрати перевищують незворотні. За даними джерел наукової інформації та власними спостереженнями авторів можна відзначити, що співвідношення між безповоротними й санітарними втратами становить  $1/3$  та залишається постійним під час землетрусів різної інтенсивності. За іншими відомостями це співвідношення в різних осередках землетрусу коливається від  $1/0,34$  до  $1/15,3$ .

Середні статистичні дані, отримані з аналізу та узагальнення структури санітарних втрат під час землетрусів, свідчать, що 26 % травм припадає на пошкодження кінцівок, 21 % – на ураження м'яких тканин із значними крововиливами, 14 % – на множинні ушкодження, 3,5 % — на синдром тривалого стиснення, 3,5 % – на інші види травматичних ушкоджень. Мають місце проникаючі пошкодження грудної і черевної порожнин, а також черепно-мозкові травми.

Аналіз травматичних ушкоджень серед потерпілих від землетрусу у Вірменії (1988) показав, що 22,8 % з них мали травми черепа, 4,3 % – кінцівок, 19,9 % – живота, грудної клітки і тазу, 12,2 % – м'яких тканин. У 23,5 % потерпілих діагностувався синдром тривалого стиснення.

Вивчення причин виникнення ушкоджень показує, що 10 % випадків пов'язані з обвалами та руйнуванням будівель, 35 % – із вторинними уражаючими факторами (уламками споруд, будівель тощо), а 55 % виникли через неправильні дії самих потерпілих, зумовлені страхом і панічним станом [44, 45, 51, 58-61, 157].

Медико-санітарна обстановка під час *буревіїв, ураганів і смерчів* буде визначатись перш за все характером забудови населених пунктів, розмірами фронту проходження вітрового потоку, своєчасністю оповіщення населення про наближення стихійного лиха.

В Україні такі стихійні лиха більш характерні для південних та західних областей, проте не виключена можливість їх виникнення й в інших регіонах країни. Слід відзначити, що на території України стихійні лиха великої руйнівної сили, пов'язані із цим різновидом метеорологічних факторів, не реєструвались, проте така можливість не виключається.

Прикладом наслідків смерчу може бути випадок, який стався в м. Іванові (Російська Федерація) 1984 року, у результаті якого загинуло 69 людей, а 804 – дістали поранення. Структура санітарних втрат за цих умов складалася таким чином: 18,9 % потерпілих дістали черепно-мозкову травму, 14,5 % мали переломи кінцівок, таза і хребта, 12,2 % – великі рани м'яких тканин, 5,1 % – пошкодження внутрішніх органів, сполучені та множинні травми – 49,3 % людей.

Руйнівні дії під час стихійних лих у деяких випадках можна порівняти здебільшого з такими, що мають місце в зоні воєнних дій. Природно, що поведінка багатьох людей у таких екстремальних ситуаціях суттєво змінюється й потребує в більшості випадків втручання медичних працівників.

Дані офіційної статистики свідчать, що 43 % усіх НС це техногенні аварії та катастрофи [151-155].

До основних причин цього явища слід віднести:

- 1) надзвичайне техногенне навантаження території;
- 2) значна зношеність та аварійний стан основних виробничих фондів;

3) зниження технологічної дисципліни виробництва та, як наслідок, грубі порушення вимог техніки безпеки, втрата або різке зниження управління безпекою в галузях промисловості;

4) помітне послаблення авторського нагляду проектних організацій, зниження науково-дослідної та раціоналізаторської роботи щодо вдосконалення та модернізації систем попередження та ліквідації аварій;

5) зниження рівня впливу керівників та фахівців і відповідальності на всіх рівнях управління;

6) погіршення матеріально-технічного забезпечення та зниження якості регламентних робіт, підвищений знос та руйнування обладнання систем протиаварійного захисту виробництв та транспорту;

7) скорочення кількості інженерних служб технічної безпеки, зменшення обсягів технічної підготовки та навчання оперативного та ремонтного персоналу, зниження його професійної кваліфікації;

8) незадовільний стан збереження, утилізації та захоронення високотоксичних, радіоактивних та побутових відходів [157, 160, 161].

Медико-санітарна обстановка в умовах техногенних катастроф визначається чинниками, що їх викликали.

При аваріях на *радіаційно небезпечних об'єктах* перше місце посідають радіаційні опромінювання різного ступеня тяжкості та забруднення території радіоактивними речовинами. Найбільше значення для характеристики великої радіаційної катастрофи має досвід ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції (1986 р.).

Аналіз наслідків Чорнобильської катастрофи дозволив встановити, що під час руйнування активної зони ядерного реактора стався викид 3,5 % радіонуклідів сумарною активністю  $1,85 \cdot 10^{18}$  Бк ( $5 \cdot 10^7$  Ки). Це призвело до того, що вже через 1,5 години після аварії радіаційна обстановка на об'єктах станції, прилеглий території та в м. Прип'ять характеризувалась рівнями від 0,3 до 200 Р/год.; територія, забруднена понад допустимі рівні за 90 Sr, складала 2000 км<sup>2</sup> (103 населені пункти). У зону забруднення <sup>134</sup>Cs і <sup>137</sup>Cs потрапили 50

населених пунктів і територія понад 1200 км<sup>2</sup>. У перші дні аварії під час ліквідації її наслідків 134 людини були опромінені в дозах, що спричиняють розвиток гострої променевої хвороби, 27 з них потім загинули. З м. Прип'яті і населених пунктів, розташованих у 30-кілометровій зоні навколо АЕС, було евакуйовано понад 160 тис. людей. Через аварію на Чорнобильській АЕС радіоактивного забруднення зазнали 147 тис. км<sup>2</sup> території Російської Федерації, на якій мешкало 24 млн. людей, у тому числі 784 тис. дітей.

Наслідком Чорнобильської катастрофи стало опромінення щитовидної залози понад допустиме 150 тис. людей, серед них 60 тис. дітей. Найбільш небезпечну дозу опромінення (понад 2000 мЗв) дістали 18 тис. людей, у тому числі 8 тис. дітей. Понад 120 тис. осіб, що брали участь у ліквідації наслідків цієї радіаційної катастрофи, дістали дозу опромінення понад 200 мЗв.

За шкалою МАГАТЕ аварію на Чорнобильській АЕС віднесено до 7-го класу. Всього ж, згідно із цією шкалою, виділяють 8 класів небезпеки аварій на радіаційно-небезпечних об'єктах.

Крім аварії на АЕС, напружена радіологічна обстановка може виникнути в разі аварій на дослідних ядерних реакторах, прискорювачах заряджених частинок та інших ізольованих джерелах випромінювання, витоків радіоактивних ізотопів, включаючи актиніди, тритій, продукти поділу урану та плутонію тощо. За наявними даними, у подібних ситуаціях у світі значного опромінення зазнало 600 людей, з яких 37 загинули.

Дослідники вважають, що через аварії на АЕС санітарні втрати можуть складати 22 - 33 % населення, що попало у зону забруднення.

При цьому, кількість ушкоджених може становити (середні дані):

- 1) тяжко уражених – 44 %,
- 2) середньої тяжкості – 34 %,
- 3) легко уражених – 22 %.

Гостра променева хвороба може діагностуватися у 10 % потерпілих, а комбіновані ураження можуть діагностовано у 50 % [157, 160, 162].

*Хімічні катастрофи* характеризуються можливістю ураження великих

територій і появою значної кількості потерпілих. Крім того, здійснення ефективної специфічної терапії у стислі строки може ускладнюватись відсутністю інформації про хімічний склад речовини, що спричинила отруєння. У таких умовах стає неможливим швидке надання екстреної медичної допомоги всім потерпілим, тому для їх медичного забезпечення розгортають і вживають масштабних лікувально-евакуаційних заходів. Важливим стає завчасне виявлення тієї частини населення, що перебуває в зоні катастрофи і може дістати ураження. Це зменшує коло осіб, які потребують екстреної медичної допомоги.

За даними МНС України сьогодні на території країни нараховується понад 1,5 тис. різних потенційно-небезпечних, або підвищеної небезпеки об'єктів, які відносяться до хімічно небезпечних і виробляють, зберігають або використовують у технологічному процесі СДОР. Окрім зазначеного, цілодобово на території України транспортується майже 15,0 тис. одиниць ємностей із СДОР, переробляється до 5 % загальносвітової кількості мінеральних добрив [151-155].

До таких об'єктів відносять:

- підприємства хімічної, нафтохімічної та нафтопереробної промисловості;
- склади і бази із запасами СДОР;
- підприємства, що обладнані промисловими холодильними установками;
- очисні споруди і водопровідні станції, на яких використовують хлор для обеззараження води;
- залізничні станції з рухомим складом хімічно небезпечних речовин.

У залежності від кількості населення, що може потрапити у зону хімічного забруднення, хімічно небезпечні об'єкти розподіляють на чотири ступеня:

- I -й - більше 75 тис. осіб;
- II -й - від 40 до 75 тис. осіб;
- III - й - менше 40 тис. осіб;
- IV -й - зона хімічного забруднення не виходить за межі хімічно небезпечного об'єкту [131, 132, 134, 135].



Загрозу виникнення осередків хімічного забруднення несуть й трубопроводи, по яких транспортуються хімічно небезпечні речовини. По території України проходять етилено- та аміакопроводи. Одним з найпотужних (3 млн. т/рік) залишається аміакопровід Тольяті-Григорівський лиман, що проходить по території 7-х областей країни [160, 163].

При аваріях на хімічно небезпечних об'єктах токсичні речовини потрапляють у довкілля.

При цьому, найбільш ризикованими є перші 10 хв. розвитку аварії, через інтенсивне випаровування СДОР [26, 161, 164, 165].

Аналіз НС, що сталися на території колишнього СРСР за 1985 – 1992 рр., дозволив встановити, що за цей період трапилось 240 хімічних катастроф, з яких 11 % припадає на територію України. За діючими чинниками 25 % з них пов'язані з викидом у довкілля аміаку, 20 % - хлору та 15 % - концентрованих кислот [51, 54, 164].

Виходячи з даних щодо номенклатури СДОР та враховуючи кількість окремих сильнодіючих отруйних речовин на території України, вважається найбільш імовірним виникнення хімічних катастроф, які будуть пов'язані з аміаком чи хлором [64].

Світовий досвід дозволяє стверджувати, що середньостатистична структура санітарних втрат може мати такий вигляд: із загальної кількості потерпілих від хімічних катастроф 60 % зазнають токсичних уражень, 20 % – травматичних ушкоджень, 15 % – опіків і 5 % – комбінованих ушкоджень. За ступенем тяжкості, як свідчить накопичений досвід, майже 65 % потерпілих можуть дістати легкі ушкодження, 20 % – ушкодження середнього ступеня тяжкості, до 10 % – тяжкі ушкодження, а майже 5 % можуть зазнати смертельних травм. Проте такий розподіл найбільш імовірний за умови знаходження людей безпосередньо на території де виникла НС.

Найбільш тяжкими в організаційному плані є визначення й ліквідація осередків хімічних катастроф, що виникають під час транспортування хімічно небезпечних речовин, але саме на цю категорію припадає близько 60 %

аварійних ситуацій. Це, перш за все, зумовлено неможливістю попереднього прогнозування місця виникнення осередку та його розмірів, характеру речовин, що можуть потрапити в довкілля, а також кількості населення, що може опинитися в зоні ураження. Тому система ліквідації медико-санітарних наслідків хімічних катастроф має бути орієнтована не лише на стаціонарні хімічно небезпечні об'єкти, а й на варіанти з рухомим складом [166, 167].

Об'єкти, на яких виготовляються, зберігаються чи транспортуються пожежо- і вибухонебезпечні продукти, що набувають за певних умов здатності до загоряння або вибуху, носять назву *пожежо- і вибухонебезпечних*.

Особливо великі втрати виникають, коли вибухи й пожежі відбуваються в закритих приміщеннях із значною скупченістю людей. Так, 1961 року в Бразилії через пожежу в приміщенні цирку кількість потерпілих складала близько 1900 людей, з яких 42 % загинули. Через вибух газового конденсату, який витік із пошкодженого трубопроводу (1989, Росія), потерпіло понад 1000 пасажирів двох поїздів, що становило 97 % їх загальної кількості. При цьому основним видом ураження була опікова травма. Серед потерпілих 37,3 % мали площу ураження тіла від 40 до 60 %, а в 10,8 % вона перевищувала 60 %. Опіки поверхні тіла можуть поєднуватися з опіками верхніх дихальних шляхів у 25 % випадків і з механічними травмами – у 12 %.

Під час вибуху вражаючим фактором може бути ударна хвиля, полум'я, вторинні вражаючі снаряди (цегла, металеві конструкції тощо). Прикладами такої НС є вибухи ємностей і трубопроводів з природним газом, кількість яких в останній час зросла [26, 55, 164, 168, 169].

У структурі санітарних втрат потерпілих у дуже тяжкому стані може бути 19 %, з тяжкими ураженнями – 61,1 %, середнього ступеня ураження – 16,4 %, а легко уражені – 3,5 %.

В Україні найбільша кількість загиблих у НС техногенного характеру також зареєстрована внаслідок пожеж та вибухів.

НС, пов'язані з *аваріями на шахтах*, обумовлені, гірничо-геологічними умовами і технологічними особливостями роботи шахт, а саме: підвищеним

атмосферним тиском, гірничими ударами, завалюваннями вугілля й породи, раптовими викидами газів з вугільним пилом, вибухами і пожежами. За наявними даними тільки на території Донецького вугільного басейну 114 шахт віднесено до вибухопожежонебезпечних, що становить 52,3 % їх загальної кількості. Ці фактори формують високий рівень травматизму у вугледобувній галузі, підвищують імовірність виникнення НС.

Найбільшу небезпеку несуть вибухи метано-повітряної суміші і вугільного пилу. Підтвердженням цього є НС, що сталася 04.04.1998 р. на шахті ім. Скочинського, внаслідок якої загинуло 63 шахтаря, а 90 отримали ушкодження, 03.11.2007 р. на шахті ім. О. Засядька стався вибух метану, внаслідок чого загинуло 90 гірняків, 27 госпіталізовано.

Медико-санітарна обстановка під час аварій на шахтах характеризується значними особливостями. Це пов'язано з умовами праці на підземних виробках, обладнанням шахт та комплексом чинників, що можуть призвести до виникнення НС.

Перш за все звертає на себе увагу рівень травматизму, що супроводжує виробничий цикл. Аналіз травматизму серед шахтарів свідчить, що, незважаючи на деяку стабілізацію, він становить 88,2 % від загального травматизму в усіх промислових галузях України.

При цьому 64,2 % травм через аварії на шахтах мають тяжкі наслідки. Специфікою НС, пов'язаних з аваріями на підприємствах вугільної промисловості, є їх масовість.

У разі аварій на шахтах, пов'язаних з вибухами метану, за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, 41,3 % потерпілих мали отруєння оксидом вуглецю, 14 % – комбіновані ураження, де поєднувалися механічні травми з отруєннями вуглецю оксидом, 12 % потерпілих мали механічні травми, поєднані з термічними опіками й отруєннями вуглецю оксидом. Поєднання опіків з отруєннями вуглецю оксидом спостерігалось у 10,7 % потерпілих, механічні травми з опіками – у 9,3 %, а тяжкі механічні травми без ознак отруєння токсичними газами й опіків – у 2,7 % потерпілих. Серед потерпілих до 10 % мали

тільки термічні опіки. Структура механічних ушкоджень така: 10,7-17,5 % – черепно-мозкова травма, 1,5-12 % – синдром тривалого стиснення, 18-45 % випадків – переломи кінцівок різної локалізації. Поєднана травма з ушкодженням різних анатомо-функціональних систем визначалась у кожного четвертого травмованого. Від 52,1 до 69,7 % ушкоджень супроводжувались травматичним шоком різного ступеня тяжкості [37, 55, 151-155, 164].

Науково-технічний прогрес людства сприяв активному розвитку різних видів транспорту, до негативних наслідків якого можна віднести збільшену кількість транспортних аварій та катастроф.

*НС на транспорті* в Україні посідають одне з провідних місць у структурі катастроф техногенного характеру за кількістю випадків і розмірами втрат. За кількістю випадків найбільш поширеними є дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) на автошляхах. В середньому за рік в кожній НС, у наслідок аварій на автомобільному транспорті – гине п'ять та травмується три особи [37].

Наслідки цих НС мають пряму і опосередковану дію на людей. Останні пов'язані з аварійними ситуаціями, що супроводжуються викидом у навколишнє середовище радіоактивних та отруйних речовин, які перевозяться різними видами транспорту (залізниця, річковий і морський, автомобільний).

У разі катастроф на залізничному транспорті визначаються: механічні травми, термічні опіки, гострі отруєння та хімічні опіки, радіаційні та комбіновані ураження. Структуру уражень за їх видом важко прогнозувати у зв'язку з варіабельністю катастроф. Разом з тим, спираючись на досвід ліквідації аварій на залізницях, можна зі значною вірогідністю вважати, що легкоуражені складатимуть 35-40 % потерпілих, середнього та тяжкого ступеня – 20-25 %, найтяжчого ступеня – 20 %, та в термінальному стані – 20 %. Кількість потерпілих у разі катастрофи потяга, як й інших транспортних аварій, змінюється в значному діапазоні [26, 39, 160, 163, 170].

До числа транспортних катастроф на залізничному транспорті належать також аварії на метрополітені. Найкрупнішою катастрофою донедавна вважалась пожежа у паризькому метро у 1902 р., коли у дерев'яних вагонах згоріло 80 чол.

Але більш трагічний випадок стався 28.10.1996 р. метрополітені м. Баку. За декілька хвилин на перегоні між станціями «Улдуз» та «Наріманов» у отруйному диму внаслідок пожежі загинуло майже 300 чол., серед них 28 дітей. Фахівці вважають, що аналогічні випадки можливі й у інших країнах СНД, виходячи з однотипності побудови, обладнання і рухомого складу, наявності замкнutoї системи вентиляції у поїздах, та зростання навантаження за умови скорочення фінансування на ремонтні роботи [64].

Світова практика свідчить, що до основних видів ураження під час авіаційних катастроф належать механічні та опікові травми. Можливе також кисневе голодування внаслідок розгерметизації салону літака, що перебуває на великій висоті [26, 160, 163, 168].

У разі авіакатастроф розмір санітарних втрат може досягати 80-90 % від загальної кількості людей, які перебувають на повітряному судні. Серед потерпілих особи з механічними ушкодженнями можуть становити 90 %, у тому числі в стані шоку – 10 %, з черепно-мозковою травмою – 40 %, 10-20 % з комбінованими травмами та опіками. Близько половини потерпілих можуть мати тяжкий та дуже тяжкий ступінь травми. Через травми близько 40 % з них потребуватимуть накладання пов'язок на рани, 50-60 % – введення знеболюючих засобів, 35 % – іммобілізації переломів, 60-80 % – евакуації на ношах або підручних засобах.

У разі катастроф на водному транспорті розміри й структура санітарних втрат будуть залежати від характеру розвитку події та кількості пасажирів і членів екіпажу на судні. Про це свідчать такі випадки: катастрофа, що сталася в м. Ульяновську (1983) – загинуло 175 людей, а 81 – потребували медичної допомоги; катастрофа з теплоходом «Нахімов» (1986) – загинуло 424 людини і лише 26 врятованих потребували медичної допомоги; катастрофа на атомному підводному човні «Курськ» (2000) – загинуло 118 людей [26, 160, 164, 168].

У структурі санітарних втрат відзначалися потерпілі з механічними травмами, термічними опіками, а також захворюваннями, пов'язаними з переохолодженням і гострим стресом.

Таким чином, усе викладене свідчить, що в Україні існує потенційна загроза виникнення і збільшення кількості НС, які можуть мати значні негативні наслідки. Серед них першочергове значення має вплив цих подій на життя і здоров'я населення, яке потрапило до зони НС. При цьому може склалися ситуація, за якої виникає потреба у наданні невідкладної медичної допомоги значній кількості постраждалих у короткий проміжок часу [18, 39, 46, 55, 156, 171-173].

Це вимагає від органів управління охорони здоров'я відпрацювання алгоритмів організаційно-управлінських рішень, спрямованих на проведення комплексу заходів з медичного забезпечення населення адміністративних територій, що потерпіли. Ефективність цих заходів багато в чому визначається рівнем підготовленості, насамперед регіональної системи охорони здоров'я до ліквідації медико-санітарних наслідків різного виду НС.

Одним з елементів такої підготовки є складання заздалегідь науково обґрунтованих прогнозів найбільш імовірних варіантів медико-санітарної обстановки, що може спостерігатися в зоні катастрофи. При цьому найважливіше місце відводиться визначенню величини та структури реальних санітарних втрат як основи для складання оперативних планів медичного забезпечення діяльності ДСМК і її важливої складової лікарського забезпечення.

## **2.2. Стан нормативно-правової бази у сфері лікарського забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій**

Інтенсивне становлення і розвиток Державної служби медицини катастроф України починається з 90-х років ХХ ст., коли після крупних аварій і катастроф (Чорнобиль, Спітак) стало ясно, що не існує реальної сили, яка може організувати і забезпечити в повному обсязі медичну допомогу потерпілому населенню.

Зрозуміло, що надання медичної допомоги неможливо без лікарських

засобів і виробів медичного призначення, ефективного лікарського забезпечення, що в свою чергу, потребує відповідного нормативно-правового регулювання

Служба екстреної медичної допомоги, створення якої затверджене на початку 90-х років Постановою Ради Міністрів СРСР «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в условиях ЧС» и Приказом Министерства здравоохранения « О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в ЧС» [174, 175] стала прототипом сучасної служби медицини катастроф.

В Україні створення такої системи офіційно було започатковано Наказом міністра охорони здоров'я України № 209 від 29.12.90 р. Відповідно до нього були організовані центри екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях на базі республіканської станції санітарної авіації, в областях - на базі відділень екстреної та планово-консультативної допомоги обласних лікарень, у містах і районах - на базі станцій і відділень швидкої медичної допомоги. Для роботи служби було передбачено створення резерву медикаментів [176].

Аналіз законодавчої бази у зазначеному напрямку показує, що при розробці законів і підзаконних актів у сфері ЦЗ завжди присутні положення щодо ЛЗ при НС, на базі яких створюються нормативно-правові акти, що регламентують ці питання. Основу їх сьогодні складають більш ніж 10 Законів України, 20 Указів Президента України, Постанов та Розпоряджень Кабінету Міністрів, більш 15 наказів міністерств.

Розглядаючи в історичному ракурсі проблему нормативно-правового забезпечення, можна відзначити, що першим документом який утворює правове поле з організації і функціонування системи цивільної оборони (ЦО) був Закон України "Про Цивільну оборону України" від 03.02.1993 р. № 2974 [75], яким визначалось, що головним завданням ЦО є захист населення від небезпечних наслідків аварій і катастроф техногенного, екологічного, природного та воєнного характеру.

Положення про формування резервів для ЦО затверджує стаття 4 цього Закону, яка регламентує, що Кабінет Міністрів України створює резерви засобів

індивідуального захисту і майна ЦО, матеріально-технічних та інших фондів на випадок НС у мирний і воєнний часи, а також визначає їх обсяг і порядок використання, а джерела фінансування заходів ЦО проводяться за рахунок державного та місцевих бюджетів, а також коштів підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності і господарювання у випадках, передбачених актами законодавства.

Наказ МОЗ України від 03.04.1996 р. № 68 «Про створення резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення на випадок виникнення надзвичайних ситуацій» [177] затвердив «Перелік резерву ліків та перев'язочних засобів на випадок виникнення надзвичайних ситуацій», до номенклатури якого входить 96 найменувань. Цим наказом передбачено Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та керівникам управлінь охорони здоров'я адміністративних територій визначити за територіальними адміністративними районами (область, місто, район) заклади охорони здоров'я для надання допомоги необхідними ліками і виробами медичного призначення в екстремальних ситуаціях та створити у зазначених закладах охорони здоров'я резерви лікарських засобів та виробів медичного призначення відповідно до потреби області і забезпеченості бюджетним фінансуванням.

Виходячи із забезпечення гарантій безпеки населення і територій України ще в 1994 році була розроблена і затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 07.07.1995 р. № 501 «Про Концепцію створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації» [178]. Концепцією передбачалося прогнозування і виявлення потенційних джерел виникнення НС, створення, підтримка і забезпечення готовності системи реагування на НС, забезпечення ефективності дій у НС та організація ліквідації їх наслідків, розвиток і координація внутрішньодержавних і міжнародних дій у НС. Положення Концепції базувалися, перш за все, на принципах пріоритету охорони життя і здоров'я людей над будь-якими іншими інтересами в державі, компенсації збитків, завданих здоров'ю людей і навколишньому середовищу.



Наказом МОЗ України від 19.06.1996 р. № 175 затверджено Положення про станцію швидкої медичної допомоги (ШМД) [179]. На основі цього Положення для надання невідкладної медичної допомоги в НС кожна станція повинна мати постійний місячний запас медикаментів, перев'язочного матеріалу, виробів медичного призначення, які щомісячно поновлюються, а також аварійний запас медичного майна, носилок, апаратури, медичних ящиків-укладок та наборів для формування додаткових виїзних бригад швидкої медичної допомоги з метою використання як на даній території, так і для направлення в інші регіони.

Поряд з цим, прийнято Закон України «Про державний матеріальний резерв» 24.01.1997 р. № 51 [180], який визначає загальні принципи формування, розміщення, зберігання, використання, поповнення та освіження запасів державного матеріального резерву та регулює відносини в цій сфері. Закон регламентує, що державний резерв призначається для забезпечення першочергових робіт під час ліквідації наслідків НС, та визначає, що джерела фінансування системи державного резерву, які пов'язані із накопиченням (приростом) та утриманням матеріальних цінностей передбачаються в Державному бюджеті України окремим рядком. Порядок відпуску матеріальних цінностей з державного резерву можливо здійснювати лише за рішенням Кабінету Міністрів України. Відпуск матеріальних цінностей з державного резерву для ліквідації наслідків НС здійснюється центральним органом виконавчої влади, що здійснює управління державним резервом, за поданням міністерств, інших органів виконавчої влади, Ради міністрів автономної Республіки Крим, на які покладено функції щодо координації робіт з ліквідації наслідків НС за рішенням Кабінету Міністрів України. Але, підзаконних нормативних та директивних актів, які б розкривали механізм утворення, поповнення та використання медичного майна державного резерву силами ДСМК зі складу цього резерву на випадок НС мирного часу розроблено не було.

У 1999 р. Указом Президента України № 284/99 від 26 березня 1999 р. [181] була схвалена Концепція захисту населення і територій у разі загрози та

виникнення НС, що визначає стратегічні напрями та засоби вирішення проблем, реальне створення та забезпечення діяльності територіальних і функціональних підсистем Єдиної державної системи запобігання НС техногенного і природного характеру та реагування на них. Зокрема в Концепції розглядаються питання фінансового і матеріального забезпечення заходів захисту населення і територій. В ній наголошується, що одними з основних завдань захисту населення і територій під час НС є створення, раціональне збереження і використання резервів фінансових і матеріальних ресурсів, необхідних для запобігання НС та реагування на них, організація захисту населення (персоналу) та надання безкоштовної медичної допомоги. Медичний захист населення передбачає в тому числі накопичення медичних засобів захисту, медичного та спеціального майна і техніки.

Однак, не дивлячись на активізацію законотворчої діяльності в галузі захисту населення і територій від НС, до квітня 1997 року, Україна залишалася практично єдиною державою колишнього СРСР, в якій була відсутня спеціалізована служба медицини катастроф. В Україні таку державну службу створено за Постановою Кабінету Міністрів України від 14.04.1997 р. № 343 «Про створення Державної служби медицини катастроф» [106]. Цією ж Постановою введено в дію «Положення про координаційні комісії державної служби медицини катастроф». Наказом МОЗ України від 20.11.1997 р. № 334 [182] визначено склад сил та медичних закладів центрального рівня Служби.

Для вирішення проблем своєчасного та ефективного надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) і забезпечення безпечних умов життєдіяльності людей за умов НС, розвитку ДСМК видано Постанову Кабінету Міністрів України від 09.12.1997 р. №1379 «Про затвердження програми розвитку Державної служби медицини катастроф України на 1998-2001 роки» [183], а також в продовження розбудови Служби - Постанову Кабінету Міністрів України від 15.12.2001 р. № 174 «Про розвиток Державної служби медицини катастроф України на 2002-2005 роки» [184].

Постановою Кабінету Міністрів України від 09.12.1997 р. № 1379 «Про

затвердження програми розвитку ДСМК на 1998-2001 роки» [183] від Державного комітету з матеріальних ресурсів і ряду зацікавлених відомств вимагалось «підготувати в тримісячний термін проект постанови Кабінету Міністрів України щодо створення системи матеріально-технічного забезпечення служби медицини катастроф». Незважаючи на спроби фахівців ДСМК вирішити це питання, цей пункт постанови залишився невиконаним і на сьогоднішній день.

Пізніше Верховною Радою України був прийнятий Закон «Про аварійно-рятувальні служби» 14.12.1999 р. № 1281 [78], який вперше в нормативно-правових актах держави окреслив правове поле діяльності Державної служби медицини катастроф (ДСМК) як особливого виду державних аварійно-рятувальних служб. Згідно цього закону, "Основним завданням Служби є надання громадянам та рятувальникам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне та хімічне забруднення тощо) безоплатної медичної допомоги". Закон проголошує, що ДСМК складається з медичних сил і засобів та лікувальних закладів центрального та територіального рівнів незалежно від галузевої належності, визначених МОЗ України за погодженням з центральними органами виконавчої влади всіх відомств. МОЗ України здійснює організаційно-методичне керівництво ДСМК. На ДСМК поширюються обов'язки, права та гарантії рятувальників, введені цим законом.

Пізніше, 08.06.2000 р. був прийнятий Закон України № 1809 "Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій технічного та природного характеру" [74], що містить статтю "Медичний захист" та відносить медичний захист до сфери компетенції ДСМК. В ній перераховані заходи запобігання або зменшення ступеня ураження людей, своєчасного надання допомоги постраждалим та їх лікування, забезпечення епідемічного благополуччя в зонах НС, до яких відноситься зокрема і накопичення медичних засобів захисту, медичного та спеціального майна і техніки.

Логічним продовженням цього закону стала Постанова Кабінету Міністрів

України від 29.03.2001 р. №308 "Про порядок створення і використання матеріальних резервів до запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру та їх наслідків" [185]. В ній визначається основні принципи створення і використання матеріальних резервів у єдиній державній системі запобігання і реагування на НС техногенного і природного характеру.

Наказом МОЗ України «Про створення резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків» від 03.05.2001 № 165 [186] затверджено «Положення про відомчий, регіональний та місцевий резерви лікарських засобів та виробів медичного призначення на випадок виникнення НС». Згідно з цим Положенням матеріальні резерви МОЗ України медичних засобів, медичного та спеціального майна для запобігання ліквідації НС техногенного і природного характеру та їх наслідків створюються МОЗ України відповідно до закону України «Про захист населення і території від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру» та постанови КМУ від 29 березня 2001 року № 308 «Про порядок створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків».

Резерви призначені для проведення невідкладних робіт по наданню в екстремальних ситуаціях медичної допомоги громадянам для запобігання або зменшення ураження людей, забезпечення епідемічного благополуччя в зонах надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру.

Номенклатура та норми накопичення запасів резервів погоджуються з МНС і затверджуються головою Державної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій.

Створення, утримання та поповнення резервів здійснюються за рахунок коштів державного та місцевого бюджету.

Матеріальні цінності, що поставляються до резервів, повинні мати сертифікат відповідності на весь нормативний термін їх зберігання.

Придбання матеріальних цінностей, що поставляються до резервів, здійснюється на тендерній основі відповідно до законодавства.

Резерви розміщуються на Центральних складах спецмедпостачання МОЗ України та на складах баз спеціального медичного постачання управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій.

Зберігання та облік резервів здійснюється згідно з нормативними актами. Накопичення резервів здійснюється за встановленими нормами та відповідно до річних графіків.

Поповнення резервів, які використані під час ліквідації НС, здійснюється за рахунок коштів, передбачених у відповідних бюджетах для їх створення і накопичення.

Резерви використовуються для:

- здійснення запобіжних заходів у разі загрози виникнення НС;
- ліквідації НС техногенного і природного характеру та їх наслідків.

Залучення резервів здійснюється за рішенням керівників відповідних органів виконавчої влади, до компетенції яких належить створення, утримання та поповнення відповідних резервів.

Номенклатура, обсяг та норми накопичення лікарських засобів та виробів медичного призначення відомчого резерву МОЗ, регіональних резервів та номенклатура і порядок накопичення резервів медичних закладів затверджені Наказом МОЗ України «Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру» від 10.08.2001 р. № 331 [187]. Зокрема, цим наказом передбачається створення регіональних резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС відповідно до затверджених номенклатури і норм накопичення регіонального резерву, створення місцевого резерву здійснювати на підставі затвердженої номенклатури лікарських засобів і виробів медичного призначення резерву лікувально-профілактичних закладів, з

врахуванням профілю ліжкового фонду, можливого виду НС тощо. Мінімальні кошти для накопичення незнижувального місцевого резерву передбачити в розмірі 500 грн. на кожне додаткове ліжко.

Крім того, у цьому наказі, було запропоновано накопичувати резерви в закладах охорони здоров'я, що мають не менше 180 ліжок. При цьому обсяги резервів повинні забезпечити функціонування 10% додаткових ліжок. У зв'язку з цим обставинами більшість сільських районів не накопичують ніяких резервів, що ускладнює діяльність місцевих органів охорони здоров'я у випадках НС на їх територіях. Важливо й те, що наказом визначені терміни, протягом яких резерви мають бути створені та накопичені, надані розпорядження центральним структурам МОЗ України, щодо розміщення відомчого резерву лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання для запобігання та ліквідації медичних наслідків НС.

При цьому номенклатура та норми накопичення лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання відомчого резерву МОЗ України для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС включає 238 найменувань, регіональних резервів МОЗ України – 182 найменування, резерву медичних закладів – 134 найменування.

Подальше становлення ДСМК відбувалося у відповідності до Постанови Кабінету Міністрів від 11.07.2001 р. №827 [107], якою були прийнятий новий документ "Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф". В ньому до основних завдань Служби віднесено зокрема створення і раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів для здійснення заходів Служби на центральному і територіальному рівні.

Дії ДСМК та закладів охорони здоров'я у разі виникнення НС повинні бути спрямовані на забезпечення медичної допомоги населенню в умовах ліквідації наслідків НС. Порядок дій закладів охорони здоров'я в умовах виникнення НС викладений у Регламенті реагування закладів охорони здоров'я на виникнення НС природного та техногенного характеру, затвердженому Наказом МОЗ України № 493 від 26.12.2002 року «Про затвердження Регламенту реагування

закладів охорони здоров'я на виникнення НС природного та техногенного характеру», який виданий на виконання статті 13 Закону України «Про захист населення і територій від НС техногенного та природного характеру» та доручення Президента України від 29 вересня 2002 р. № 480/29626-01, відповідно до постанов Кабінету Міністрів України від 03.08.98 № 1198 «Про єдину державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру» та від 16.11.01 р. № 1567 «Про затвердження Плану реагування на надзвичайні ситуації державного рівня» [74, 98, 188, 189].

У медичних закладах, що формують бригади спеціалізованої постійної готовності першої черги, утворюється необхідний недоторканий запас медикаментів для автономної роботи усіх бригад, а також забезпечується необхідний рівень підготовки особового складу. Особовий склад бригад в повному обсязі повинен бути забезпечений засобами індивідуального захисту. Додаткове оснащення бригад проводиться за рахунок коштів, що виділяється із місцевих бюджетів.

Спеціалізовані бригади постійної готовності ДСМК першої черги територіального рівня, що створюються територіальними центрами екстреної медичної допомоги та відомчими лікувальними закладами ДСМК формуються та оснащуються медичною технікою, транспортними засобами та медикаментами на рівні бригади із складу ШМД.

Оснащення бригад ШМД в повсякденних умовах визначено директивними документами. Згідно Положення про виїзну бригаду ШМД, бригада забезпечується спеціальним санітарним транспортом, оснащення якого повинно відповідати Переліку обов'язкового і додаткового оснащення виїзної бригади ШМД. Номенклатура медичного майна спеціалізованої бригади постійної готовності державної служби медицини катастроф першої черги передбачена Тимчасовим табелем оснащення згідно до Положення про станцію ШМД.

24.06.2004 р. приймається Закон України № 1859 «Про правові засади цивільного захисту» [76], яким одними з основних заходів у сфері ЦЗ

визначаються медичний і психологічний захист населення та забезпечення епідемічного благополуччя в районах НС. В законі також відзначається, що функціональні підсистеми єдиної системи ЦЗ (до яких відноситься і ДСМК) створюються центральними органами виконавчої влади для організації роботи, пов'язаної із запобіганням НС та захистом населення і територій в разі їх виникнення. Організація, завдання, склад сил і засобів, порядок діяльності функціональних підсистем єдиної системи ЦЗ визначаються положеннями про ці підсистеми, затвердженими відповідними центральними органами виконавчої влади за погодженням із спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань ЦЗ.

Саме тому, згідно до наказу МНС України від 08.12.2004 р. № 219 "Про створення служби медицини катастроф МНС України", була створена відповідна служба у МНС України [190].

Пізніше Президентом України видано Указ «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 06.12.2005 р. № 1694/2005 [191], яким Президент України доручив Кабінету Міністрів України розробити та затвердити державну програму зі створення єдиної системи надання екстреної допомоги з метою забезпечення ефективного розвитку системи охорони здоров'я, збереження генофонду нації, проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу.

На виконання Указу Президента Кабінет Міністрів України видає розпорядження від 13 липня 2006 р. № 402-р «Про схвалення Концепції Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» [192]. Пізніше, з метою удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню України, в тому числі під час ліквідації медико-санітарних наслідків НС природного, техногенного характеру, терористичних актів, МОЗ України підписує наказ від 29.08.2008 № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні». Цим наказом затверджується 47 Примірних положень про: станцію



(підстанцію, пункт) ШМД, медичний та допоміжний склад станції (підстанції, пункту) ШМД, організаційні структури станції (підстанції, пункту) ШМД, перелік оснащення бригади станції (підстанції, пункту) ШМД, перелік форм журналів, первинної облікової та іншої документації станції (підстанції, пункту) ШМД [193].

На сьогодні базовим документом, що регламентує організаційно-правові засади здійснення екстреної медичної допомоги в НС, є Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 року та наказ МОЗ від 1 червня 2009 року № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги населенню України» [109, 194], яким вводяться в дію Положення про єдину систему надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги, Положення про відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарні, Порядок дій медичного персоналу швидкої медичної допомоги при ліквідації медичних наслідків НС (масового ураження людей) та ін. При цьому Система передбачає надання ЕМД з відповідним матеріально-технічним, в тому числі лікарським забезпеченням.

Так, Закон України «Про екстрену медичну допомогу» визначає компетенцію Центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, затверджувати примірні штатні розклади і табелі оснащення закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць; Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям забезпечувати фінансування видатків, спрямованих на організацію та функціонування системи екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, забезпечувати її необхідними матеріально-технічними ресурсами; забезпечувати систему екстреної медичної допомоги матеріально-технічними ресурсами, необхідними для її функціонування та своєчасного і якісного надання екстреної медичної допомоги [109].

Кодекс цивільного захисту України у ст. 8 п. 7 до основних завдань єдиної

державної системи цивільного захисту відносить створення, раціональне збереження і використання резерву матеріальних та фінансових ресурсів, необхідних для запобігання і реагування на НС та розглядає повноваження суб'єктів державного управління у сфері забезпечення цивільного захисту, зокрема в частині ресурсного забезпечення [77].

До основних повноважень Кабінету Міністрів України у сфері цивільного захисту (ст. 16) законодавець відносить створення резерву засобів індивідуального захисту та матеріальних резервів для запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, визначення їх обсягу і порядку використання.

До повноважень центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту (ст. 17) відносить ліквідацію медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій, надання екстреної медичної допомоги у зоні НС (осередку ураження) постраждалим та рятувальникам, заходи з медичного забезпечення (лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні, медичне постачання та санаторно-курортне лікування) осіб рядового і начальницького складу, ветеранів служби цивільного захисту (війни) та членів їхніх сімей;

До повноважень інших центральних органів виконавчої влади у сфері цивільного захисту належить (ст. 18) створення і використання матеріальних резервів для запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

До повноважень Ради міністрів Автономної Республіки Крим, місцевих державних адміністрацій у сфері цивільного захисту належить (Ст. 19) створення і використання матеріальних резервів для запобігання та ліквідації наслідків НС.

Крім того, згідно з вимогами ст. 16 п. 8, 9 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та ст. 23 п. 9 «Кодексу цивільного захисту України», що набув чинності з 01.07.2013 р., перестають існувати ДСМК та її центральний рівень, а завдання надання ЕМД покладаються на особливий вид аварійно-рятувальних служб СМК, які діють у складі територіальних центрів ЕМД та МК, тобто перестає існувати ДСМК узагалі й її центральний рівень особисто. П. 10 ст. 23 «Кодексу цивільного захисту України» стверджує, що статут або

положення про аварійно-рятувальну службу розробляється на підставі типового статуту (положення) і затверджується органом виконавчої влади, який утворив службу». Враховуючи, що діючі нормативні документи МОЗ України не нормують статусу, структури, складу та функціонування передбачених законодавством СМК ТЦ ЕМД та МК з метою зберегти створений і діючий з 1997 по 2012 р. потенціал формування, ліжкофонд та систему управління та інформації ДСМК територіального рівня, фахівцями, учасниками виконання на замовлення МОЗ України НДР щодо реформування концепції СМК, на вимогу ст. 23 п.п. 9, 10 «Кодексу...» розроблено проект Типового положення про СМК ТЦ ЕМД та МК, який подано на розгляд та затвердження наказом МОЗ України. Проект передбачає, що СМК ТЦ ЕМД та МК є особливим видом регіональної спеціалізованої аварійно-рятувальної медичної служби ТЦ ЕМД та МК Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, основним завданням якої є пошук і надання ЕМД постраждалому від НС техногенного, природного, воєнного та соціального характеру населенню в районі НС територіального рівня. Служба може мати статус окремого підрозділу ТЦ ЕМД та МК чи юридичної особи, йому підлеглої. До складу СМК входять: керівник служби, підрозділи управління службою в повсякденних умовах та за умов НС (штаб, оперативна група), інформаційно-аналітичне відділення медицини катастроф, основний вузол територіальної підсистеми МОЗ України Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій, медичні сили і засоби, виділений законним чином ліжко-фонд комунальних лікувально-профілактичних закладів та закладів інших форм власності. До медичних сил, засобів та лікувально-профілактичних закладів служби належать: визначені науково-дослідні медичні установи, лікувально-профілактичні заклади, які утворюють і утримують медичні формування та розгортають ліжковий фонд СМК. До медичних формувань служби мають належати медичні мобільні загони, медичні бригади постійної готовності першої черги (для надання ЕМД в зоні НС), бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги (для надання ЕМД за межами зони НС), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої

черги. Типові положення про формування служби мають затверджуватись МОЗ України. У проекті Типового положення про СМК ТЦ ЕМД та МК передбачені питання її правового статусу, складу, організації комплектування, підготовки, атестування СМК ТЦ ЕМД та МК, ведення реєстру рятувальників, формувань СМК та самих МСМК ЕМД та МК, дані пропозиції щодо коригування затверджених наказом МОЗ України від 07.12.2012 р. № 1018 «Про затвердження примірних штатних нормативів центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» штатних нормативів [52, 195].

Крім того, необхідно привести у відповідність Типове положення про СМК ТЦ ЕМД та МК і Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1019 «Про медичне забезпечення центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф», Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2012 № 132 Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1020 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2008 р. № 500» [196-198].

Проведене дослідження показало, що в Україні сформована певна нормативно-правова база, яка лежить в основі функціонування організаційно-правового механізму державного управління ЛЗ в умовах НС, та регламентує діяльність системи матеріально-технічного постачання, створення відповідних резервів, в тому числі, і лікарського забезпечення при виникненні НС.

У таблиці 2.1 представлена загальна характеристика основних етапів становлення нормативно-правової бази щодо формування резервів лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Але, на нашу думку, у проекті Типового положення відсутні відповідні складові, які пов'язані з лікарським забезпеченням в умовах НС, не прописаний склад і основні функції підрозділів СМК ТЦ ЕМД та МК, що опікуються ЛЗ (фармслужба СМК).

Крім того, потребує розробки і відповідне Положення про фармслужбу

СМК (сьогодні лікарське забезпечення здійснюється на основі Примірного положення про аптечне відділення станції швидкої медичної допомоги, яке затверджено наказом МОЗ України від 29 серпня 2008 р. № 500).

Таблиця 2.1.

**Послідовність етапів формування резервів лікарських засобів і виробів  
медичного призначення**

Правовий документ	Зміст
<i>1 етап - Становлення системи медицини катастроф і питання створення перших резервів (1990-1996 рр.)</i>	
Приказ МОЗ ССРСР от 14 мая 1990 р. № 193 «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях». (Наказ міністра охорони здоров'я України № 209 від 29.12.1990 р.)	У 1990 р. затверджується організація 6 центрів екстреної медичної допомоги. При кожному центрі створюється резерв медичної техніки, медикаментів, транспорту, засобів зв'язку та інших ресурсів, необхідних для надання допомоги постраждалим і проведення санітарно - протиепідемічних заходів у місцях аварій, катастроф, стихійних лих і масових захворювань. Проголошує одним з основних завдань єдиної державної системи попередження і ліквідації надзвичайних ситуацій - створення резервів фінансових і матеріальних ресурсів (Стаття 4). На центри екстреної медичної допомоги покладається відповідальність за накопичення, утримання та освіження резерву для надання екстреної медичної допомоги при НС.
<i>2 етап — Основи спеціалізації резервів (1996-2004 рр.)</i>	
Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2001 р. № 308 «Про порядок створення і використання матеріальних резервів до запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру та їх наслідків»	Резерв фінансових і матеріально-технічних ресурсів (медичного, санітарно-господарського, спеціального майна та обладнання) створюється : а) у складі державного резерву, призначеного для проведення першочергових робіт з ліквідації наслідків НС та надання термінової допомоги постраждалому населенню - Кабінетом Міністрів України за рахунок коштів державного бюджету; б) у складі оперативного резерву для оперативного реагування на НС та надання термінової невідкладної допомоги постраждалому населенню - за рахунок коштів державного бюджету через МНС України; в) у складі відомчого резерву (за специфікою

Правовий документ	Зміст
	<p>діяльності) для запобігання надзвичайним ситуаціям техногенного і природного характеру та ліквідації їх наслідків Мінагрополітики, Мінпаливенерго, МОЗ, Мінтрансом, Держводгоспом, Держкомзв'язку, Держкомлісгоспом, Держпромполітики за рахунок коштів державного бюджету через відповідні центральні органи виконавчої влади;</p> <p>г) у складі регіонального та місцевого резерву для виконання заходів, спрямованих на запобігання, ліквідацію НС техногенного і природного характеру та їх наслідків, і надання термінової допомоги постраждалому населенню Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними державними адміністраціями та виконками рад міст обласного значення; - за рахунок коштів бюджету Автономної Республіки Крим і місцевих бюджетів;</p> <p>д) у складі об'єктового запасу для запобігання, ліквідації НС техногенного і природного характеру та їх наслідків, проведення невідкладних відновних робіт суб'єктами господарської діяльності, у власності (управлінні) або у користуванні яких є об'єкти підвищеної небезпеки - за рахунок власних коштів підприємств.</p>
<i>3 етап - Регламентация питань роботи с резервами</i>	
<p>Наказ МОЗ України від 10.08.2001 р. №331 «Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру» Наказ МНС України від 08.12.2004 р. № 219 «Про створення служби</p>	<p>Вказує на створення на початку 2000 рр. ДСМК, до основних завдань якої віднесено зокрема створення і раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів для здійснення заходів Служби на центральному і територіальному рівні. Розглядає номенклатуру та норми накопичення лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання відомчого, регіонального та місцевого резервів для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС, а також номенклатуру лікарських засобів і виробів медичного призначення резерву лікувально-профілактичних закладів.</p>

Правовий документ	Зміст
медицини катастроф МНС України»	
<i>4 етап - Конкретизація питань роботи с резервами</i>	
<p>Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»</p> <p>Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1019 «Про медичне забезпечення центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф»</p>	<p>Визначає компетенцію і відповідальність органів державної влади та місцевого самоврядування, щодо організації системи ЕМД, забезпечення її необхідними матеріально-технічними ресурсами; забезпечувати систему екстреної медичної допомоги матеріально-технічними ресурсами, необхідними для її функціонування та своєчасного і якісного надання екстреної медичної допомоги.</p> <p>Розробляє табелі оснащення закладів охорони здоров'я системи ЕМД та їх структурних одиниць.</p>

Проведене в роботі дослідження нормативно – правової бази організації лікарського забезпечення при здійсненні екстреної медичної допомоги в НС показує, що не дивлячись на значну кількість документів більшість з них має декларативний характер. У них відсутні конкретні механізми впровадження тих, чи інших положень Законів, Постанов Кабінету Міністрів, Указів Президента України. Зокрема потребує розробки і правового закріплення диференційний підхід до організації надання ЕМД населенню відповідно типу уражень; механізм формування, раціонального використання ресурсів та їх контроль; розробка рекомендацій для включення лікарських препаратів в регулюючі

переліки для формування фармакотерапевтичних стандартів; впровадження формулярної системи для СМК; розробка основних принципів та методів формування запасів ЛЗ та механізмів їх оновлення у відповідності з термінами дії та можливостями використання у закладах охорони здоров'я; розробка принципів функціонування, взаємодії, та фінансування фармацевтичних і медичних закладів, при їх розміщені в різних адміністративно-територіальних районах країни при необхідності перерозподілу ресурсів уразі виникнення НС.

Крім того, аналіз нормативно – законодавчих документів, що регламентують обіг лікарських засобів, дозволив виявити відсутність єдиної політики в області організації і управління фармацевтичною службою в СМК. Необхідно розширення поняття фармацевтичної діяльності. Воно повинно включати не тільки оптову та роздрібну торгівлю, виготовлення ліків, а також діяльність, пов'язану з придбанням, зберіганням, відпуском, використанням, освіженням лікарських засобів в установах особливого типу (ТЦ ЕМД і МК), що займаються фармацевтичною діяльністю при ліквідації наслідків у разі НС та при наданні швидкої медичної допомоги, зокрема медичної допомоги при дорожньо-транспортних пригодах.

Потребують внесення змін Закони України “Про лікарські засоби” та “Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” щодо вдосконалення організації та контролю за здійсненням закупівель лікарських засобів, виробів медичного призначення та послуг за рахунок коштів Державного бюджету, узгодження питань функціонування формувань ДСМК України з новими тенденціями, що викладені у Кодексі цивільного захисту [129, 199].

Основою вибору стратегічних рішень із запобігання НС природного і техногенного характеру в загальнодержавному масштабі повинно стати напрацювання системи цільових програм, спрямованих на зниження ризику виникнення та кількості людських втрат від ймовірних НС і катастроф; подальшого розвитку ДСМК України з урахуванням нових видів небезпеки як тероризм і сепаратизм; приведення матеріально-технічного рівня забезпечення Служби до рівня, достатнього для надання допомоги великій кількості



постраждалих внаслідок НС природного або техногенного характеру, організації функціонування СМК не тільки на випадок виникнення НС, а й за умов особливого періоду.

### **2.3. Особливості системи лікарського забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій**

Один з основних напрямків лікарського забезпечення торкається кола питань пов'язаних з накопиченням, зберіганням та використанням лікарських засобів та виробів медичного призначення за умов виникнення НС.

Основним джерелом запасів матеріальних цінностей призначених для ліквідації наслідків НС, в тому числі лікарських засобів та виробів медичного призначення, є матеріальний резерв, який формується органами державної влади та місцевого самоврядування, а також суб'єктами господарювання:

- державний резерв (стратегічний резерв) – Кабінетом Міністрів України;
- оперативний резерв – ДСНС України;
- відомчі резерви – МОЗ України та іншими центральними органами виконавчої влади (відомств), ліквідація медико-санітарних наслідків НС на об'єктах яких передбачається здійснювати силами і засобами цих відомств;
- регіональний та місцевий резерви - Радою міністрів АР Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними державними адміністраціями та виконкомами рад міст обласного значення;
- об'єктовий запас – суб'єктами господарської діяльності, у власності (управлінні) або у користуванні яких є об'єкт підвищеної небезпеки.

Крім того, відповідно до Положення про Державну службу медицини катастроф окремо передбачається створення оперативних резервів лікувальних закладів ДСМК (оперативні резерви лікувальних установ ДСМК створюються згідно з Положенням про Державну службу медицини катастроф для виконання завдань Служби на центральному та територіальному рівні).

Державний резерв створюється Кабінетом Міністрів України для проведення першочергових робіт з ліквідації наслідків НС та надання допомоги потерпілому населенню. Він залучається для ліквідації наслідків НС на території держави за рішенням Кабінету Міністрів України.

Оперативний резерв створюється ДСНС України і залучається для ліквідації наслідків НС на території держави за рішенням Голови Служби. Оперативний резерв МНС складається з медичного майна, яке необхідне для надання ЕМД особовому складу аварійно-рятувальних загонів МНС потерпілому при ліквідації наслідків НС. У його склад входить табельне медичне майно (лікарські засоби, вироби медичного призначення, медичне обладнання, м'який інвентар, запаси продовольства тощо), необхідне для автономної роботи мобільного госпіталю МНС протягом 30 діб.

Відомчий резерв МОЗ України створюється для надання ЕМД постраждалому населенню та ліквідації медико-санітарних наслідків НС силами ДСМК центрального рівня. Він використовується за рішенням МОЗ України. Виходячи з аналізу медико-санітарних наслідків НС державного рівня, які сталися на Україні, науково обґрунтованого прогнозу, з урахуванням найбільш значущих ризиків виникнення НС і реальних можливостей бюджету МОЗ України, було прийнято рішення встановити обсяги відомчого резерву, виходячи їх умов забезпечення надання ЕМД одночасно 3000 постраждалим при НС природного і техногенного характеру з комбінованими ураженнями.

Крім відомчого резерву МОЗ аналогічні резерви створюються іншими центральними органами виконавчої влади (відомствами) для проведення заходів з ліквідації медико-санітарних наслідків НС на відомчих об'єктах: Міністерства оборони (на арсеналах, складах боєприпасів, у військових частинах), Мінпаливенерго (аварії в шахтах і т. п.), Мінтрансв'язку (аварії на судах і плавоб'єктах), Державного департаменту України з питань виконання покарань (НС у місцях відбування покарання тощо). Цей резерв утворюється в обсягах, виходячи з максимальної гіпотетичної (прогнозованої) НС, характерною для відомчих об'єктів та обсягу робіт з ліквідації медико-санітарних наслідків НС.

Регіональні резерви медичного майна створюються МОЗ АР Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської та Головним управлінням охорони здоров'я Київської міської держадміністрації для надання ЕМД постраждалому населенню та ліквідації медико-санітарних наслідків НС силами ДСМК територіального рівня. Вони використовуються за рішенням органів управління охорони здоров'я відповідної адміністративної території.

Номенклатура та обсяги резерву оперативного, відомчого та регіонального рівня погоджуються з ДСНС і затверджуються Головою Державної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій.

Місцеві резерви створюються в лікувально-профілактичних установах з певним ліжко-фондом для забезпечення додаткового розгортання ліжок при масовому надходженні постраждалих із зони НС. Ці резерви створюються в лікувальних установах районів, міст районного та обласного підпорядкування, що мають у своєму розпорядженні не менше 100 ліжко-місць і в центральних районних закладах охорони здоров'я незалежно від обсягу їх ліжко-фонду. При цьому розрахунок обсягу місцевого резерву, ґрунтується з можливості надання стаціонарної медичної допомоги при розгортанні 20 % додаткових ліжок. Кожним закладом охорони здоров'я, користуючись затвердженою номенклатурою лікарських засобів та виробів медичного призначення, розробляються власні номенклатури, обсяг і норми накопичення резерву медичного закладу для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС, виходячи з профілю ліжко-фонду і можливого виду НС, яка може виникнути на відповідній території. Для накопичення недоторканного резерву в лікувально-профілактичних установах передбачено виділяти з місцевого бюджету 500 гривень на кожне додаткове ліжко-місце. При цьому номенклатура, обсяги та норми накопичення ЛЗ та ВМП закладу затверджуються вищим органом управління охорони здоров'я.

Створення об'єктових резервів (запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення покладено на суб'єкти господарської діяльності, перш за все на ті, у власності яких є об'єкт підвищеного ризику. Вони формуються на

підприємствах та залучаються для ліквідації медико-санітарних наслідків НС на даному об'єкті.

Створення, утримання та поповнення резерву здійснюється за рахунок:

- оперативного – коштів державного бюджету через ДСНС;
- відомчого – коштів державного бюджету через відповідні центральні органи виконавчої влади;
- регіонального та місцевого – коштів бюджету АР Крим і місцевих бюджетів. З метою створити регіональний матеріальний резерв укладають угоди з підприємствами-виробниками, установами і організаціями про зберігання ними певного виду продукції відповідно до затвердженої номенклатури, яка може бути використана для ліквідації наслідків НС, з наступним відшкодуванням її вартості у визначені терміни за рахунок резервного фонду обласного бюджету;
- об'єктового – власних коштів підприємств. Створення, утримання та поповнення резервів усіх рівнів може здійснюватися також за рахунок добровільних пожертвувань фізичних і юридичних осіб, благодійних організацій та об'єднань громадян, інших, не заборонених законодавством джерел. Поповнення резервів, які були використані під час ліквідації НС, здійснюється за рахунок коштів, передбачених у відповідних бюджетах на їх створення і накопичення, та за рахунок власних коштів підприємств [185].

Номенклатура медичного майна і його кількість, необхідну для оснащення закладів та формувань, створення запасів на випадок НС різного характеру, встановлюються в результаті нормування.

Бригади спеціалізованої медичної допомоги, медичні заклади ДСМК укомплектовуються медичним майном відповідно до їхніх табелів.

У таблиці лікарські засоби перераховуються за фармакологічними, а медична техніка - по товарознавчим групам, інші предмети - за видами і групам, визначальним область їх застосування. У міру витрачання медичне майно поповнюється в залежності від реальної потреби, а по завершенні роботи в НС - до кількостей, зазначених у таблиці [197].

Наразі існують таблиці оснащення медичним майном бригад швидкої

медичної допомоги (ШМД) загального профілю, дев'ятнадцяти типів бригад спеціалізованої медичної допомоги (хірургічної, нейрохірургічної, травматологічної, опікової, психоневрологічної, дитячої, токсикологічної та ін., а також мобільного госпіталю. Комплектне обладнання кожної з бригад розраховане на надання спеціалізованої медичної допомоги певній кількості уражених. Медичне майно госпіталю згідно з табелем забезпечує надання кваліфікованої з елементами спеціалізованої медичної допомоги в обсязі його пропускної спроможності.

Для поповнення витраченого медичного майна бригадами спеціалізованої медичної допомоги, лікарнею, а також для надання медичної допомоги ураженим при центрах медицини катастроф зберігається необхідний його запас (резерв для НС) по нормі, установлюваної Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України.

Медичне майно, що використовується службою медицини катастроф, перш за все, поділяється на дві групи за призначенням: майно поточного постачання і запаси.

Запаси розрізняються за видами: медичне майно резерву та незнижувані запаси. До резерву відноситься медичне майно для оснащення закладів та формувань служби медицини катастроф, що використовується за рішеннями відповідних органів управління охороною здоров'я або керівників центрів медицини катастроф. До незнижуваного запасу відноситься медичне майно для оснащення дорозгортаємих і перепрофільованих ліжок лікувально-профілактичних установ і створюваних ними медичних формувань, призначене для використання в НС мирного і воєнного часу.

Медичне майно резерву накопичується і зберігається на медичних складах центрів медицини катастроф та інших складах, майно незнижувального запасу – на складах медичних установ, що мають завдання за планами медичної служби цивільного захисту [187, 200]. З метою підтримання медичного майна, що перебуває у запасах, в готовності до застосування і запобігання псуванню його замінюють до закінчення терміну придатності. Вилучені з запасів предмети

реалізуються для використання за призначенням, а замість них закладаються на зберігання предмети з великим запасом основного терміну придатності.

Резерви створюють заздалегідь. Номенклатура та норми накопичення запасів резервів у складі державного резерву затверджуються Кабінетом Міністрів України. Місця розміщення резервів, номенклатура, обсяги та норми накопичення визначаються керівниками відповідних центральних і місцевих органів виконавчої влади та підприємств і затверджуються відповідними рішеннями їх керівників. Резерви створюють виходячи з найгіршого варіанту прогнозованої НС, характерної для конкретної території, об'єкта, а також передбаченого обсягу робіт з ліквідації її наслідків.

На нашу думку, розрахункові норми лікарського забезпечення повинні складатися з наступних розділів, де визначені відповідні нормативи для:

- етапів надання першої, долікарської та першої лікарської допомоги;
- етапів надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги;
- етапів надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги;
- проведення екстреної профілактики в осередку бактеріального зараження та протиепідемічних заходів у зоні карантину.

Аналіз досвіду реагування на НС та ліквідації їх наслідків показує, для повного, своєчасного і безперебійного забезпечення медичних формувань і ЛПЗ необхідно не тільки утримувати запаси ліків промислового виробництва, що зосереджені безпосередньо поблизу можливих місць виникнення НС, а й бути готовим виготовляти велику кількість лікарських засобів і значний їх асортимент в аптеках, розгорнутих у зоні ліквідації наслідків НС. Це вимагає завчасної підготовки до оперативного розгортання аптек у зоні НС та їх відповідного оснащення технологічним обладнанням, відповідної підготовки фармацевтичного персоналу до роботи в екстремальних умовах та застосування правил воєнно-польової технології виготовлення ліків.

Санітарно-гігієнічне і протиепідемічне забезпечення населення в умовах ліквідації медико-санітарних наслідків НС покладається на сили і засоби санітарно-протиепідемічної служби держави. Резерв бактерійних препаратів

відповідно до затвердженої номенклатури відомчого резерву здійснюється Державним підприємством "Укрвакцина" МОЗ [117].

Накопичення і зберігання діагностичних, дезінфекційних препаратів та засобів індивідуального захисту відповідно до затвердженої номенклатури відомчого резерву здійснює Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. Медичні заклади, діяльність яких пов'язана з донорською кров'ю, її компонентами та препаратами, створено незнижувані резерви діагностичних тест-реагентів.

Окремим напрямом щодо лікарського забезпечення в умовах НС є створення резерву ЛЗ і ВМП та його використання формуваннями СМК для подолання медико-санітарних наслідків НС, а саме накопичення оперативних запасів медичних, матеріальних і технічних засобів для подолання медико-санітарних наслідків НС.

Організаційно, структура СМК передбачає два рівні управління: державний та територіальний. Державний рівень управління включає спеціально визначені до цього рівня медичні сили і засоби закладів системи МОЗ України, інших міністерств і відомств. Територіальний рівень управління охоплює медичні сили і засоби адміністративно-територіальних органів охорони здоров'я та розміщених на цій території медичних закладів інших міністерств і відомств, приватних чи громадських медичних закладів, що визначені для подолання медико-санітарні наслідки НС на даній території (АР Крим, області, міста центрального підпорядкування) [40, 182, 190].

Провідне місце у системі медичного постачання СМК, в тому числі їхнього лікарського забезпечення, займають територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ТЦ ЕМД та МК). За їх планами, затвердженими органами управління охороною здоров'я, здійснюється розподіл необхідних запасів засобів між іншими закладами, розробляється система доставки засобів до місць призначення в умовах НС. У структуру центрів входять склади нормативно-визначених запасів ЛЗ, медичної апаратури, інструментів, майна тощо. Центри накопичують майно, що становить основну

частину оперативного резерву медичного майна СМК. Так, у центрі накопичуються запаси табельного майна для:

1) спеціалізованих бригад постійної готовності СМК першої черги територіального рівня, утворених не в системі ШМД, для забезпечення їх автономної роботи протягом двох діб (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

2) спеціалізованих бригад постійної готовності СМК другої черги територіального рівня для забезпечення їх роботи в закладах госпітального етапу медичної евакуації без додаткового постачання протягом двох діб (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

3) забезпечення 70 % оперативного запасу для розгортання додаткового ліжкового фонду в умовах ліквідації наслідків НС (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

4) штатних спеціалізованих бригад постійної готовності СМК першої та другої черги територіального рівня, сформованих самим центром, для забезпечення їх роботи протягом трьох діб (накопичуються за рахунок місцевого бюджету);

5) оперативні запаси засобів СМК державного рівня за Планом медико-санітарного забезпечення населення держави в умовах НС, які накопичуються за рахунок державного бюджету [41, 52, 186, 189, 196, 201].

Спеціалізовані бригади постійної готовності СМК першої та другої черги (крім станцій ШМД) утворюються при ЛПЗ системи МОЗ України та адміністративних територій, інших міністерств, відомств, при науково-клінічних установах МОЗ та АМН України, визначених у складі ДСМК наказом МОЗ України за погодженням з відповідними органами державної влади. Для забезпечення роботи бригад за призначенням у перший період ліквідації наслідків НС в медичних закладах створюються запаси майна, яке використовується в подальшому для організації постачання відповідних формувань.

Оснащення бригади ШМД в повсякденних умовах визначено Положенням про виїзну бригаду ШМД, затвердженим наказом МОЗ України від 19.06.96 р. №



175. Згідно Положення, бригада забезпечується спеціальним санітарним транспортом, оснащення якого відповідає Переліку обов'язкового і додаткового оснащення виїзної бригади ШМД, затвердженому МОЗ України. На основі Переліку, розроблено Тимчасові таблиці оснащення медичним майном спеціалізованої бригади постійної готовності ДСМК першої черги. Оперативні запаси лікарських засобів для бригад постійної готовності ДСМК першої черги, що визначені зі складу інших медичних закладів (не станцій ШМД), накопичуються частково в закладах, які формують бригади (на 1 добу), і в територіальних центрах екстреної медичної допомоги (на 2 доби). Доставка медичного майна до осередку НС із запасів територіальних центрів здійснюється протягом першої доби НС за планами центрів. Для забезпечення функціонування в НС кожна станція ШМД повинна мати постійний місячний запас лікарських засобів, перев'язувальних засобів, виробів медичного призначення, які щомісячно поновлюються, аварійний запас медичного майна, нош, апаратури, медичних укладальних скриньок та наборів для формування додаткових виїзних бригад ШМД з метою використання як на місці, так і для направлення в інші регіони у разі виникнення НС [202].

Оперативні запаси медичного майна для забезпечення діяльності спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги накопичуються в закладах, які формують бригади (на 1 добу роботи), та в територіальних центрах екстреної медичної допомоги (на 2 доби роботи) на кожен бригаду. Доставка медичного майна до лікувального закладу госпітального етапу медичної евакуації в умовах НС із запасів територіальних центрів здійснюється протягом першої доби НС за планами центрів. Для розрахунку необхідних запасів використовують «Тимчасові таблиці оснащення медичним майном спеціалізованої бригади постійної готовності державної служби медицини катастроф другої черги». Для бригад постійної готовності ДСМК як першої, так і другої черги територіального рівня запаси накопичуються за рахунок місцевих бюджетів, а державного рівня — за рахунок державного бюджету.

Станції ШМД створюють оперативні медичні запаси табельного майна

спеціалізованих бригад постійної готовності ДСМК першої черги, що визначені зі складу станцій, в обсязі, який забезпечує автономну роботу бригад протягом трьох діб. Оперативний резерв ЛЗ утворюється із наявних на станції запасів, передбачених для забезпечення функціонування в умовах НС. При введенні в дію «Планів медико-санітарного забезпечення населення в екстремальних ситуаціях» територіального рівня витрачений резерв поновлюється за рахунок місцевого бюджету, при введенні в дію «Плану...» державного рівня – за рахунок державного бюджету [110, 203].

Структура резерву ЛЗ та ВМП до запобігання і ліквідації наслідків НС та джерел його формування в Україні показана на рис. 2.6.

Для забезпечення лікування уражених у період ліквідації наслідків НС у медичних закладах розгортається додатковий ліжковий фонд, ЛЗ, інвентар, продукти харчування, основне медобладнання згідно з чинними нормативами цього лікувального закладу для забезпечення роботи протягом семи діб. Фінансування накопичення запасів за рахунок спеціально виділених коштів місцевого бюджету.

З метою забезпечення розгортання визначеного ліжкового фонду і автономну роботу протягом трьох діб з повним плановим навантаженням, для кожного лікувального закладу складаються Табелі необхідного медичного майна.

Вони складаються безпосередньо лікувальним закладом разом з фахівцями територіального центру екстреної медичної допомоги з урахуванням реального стану забезпечення закладу медичним обладнанням та діагностичною апаратурою, відповідних запасів територіального центру, оперативного резерву спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги та затверджується органом управління охороною здоров'я адміністративної території.

З розглянутого видно, що резерви медичного майна використовуються для організації постачання медичних формувань, їхнього лікарського забезпечення, які залучені для надання допомоги постраждалим при виникненні НС.

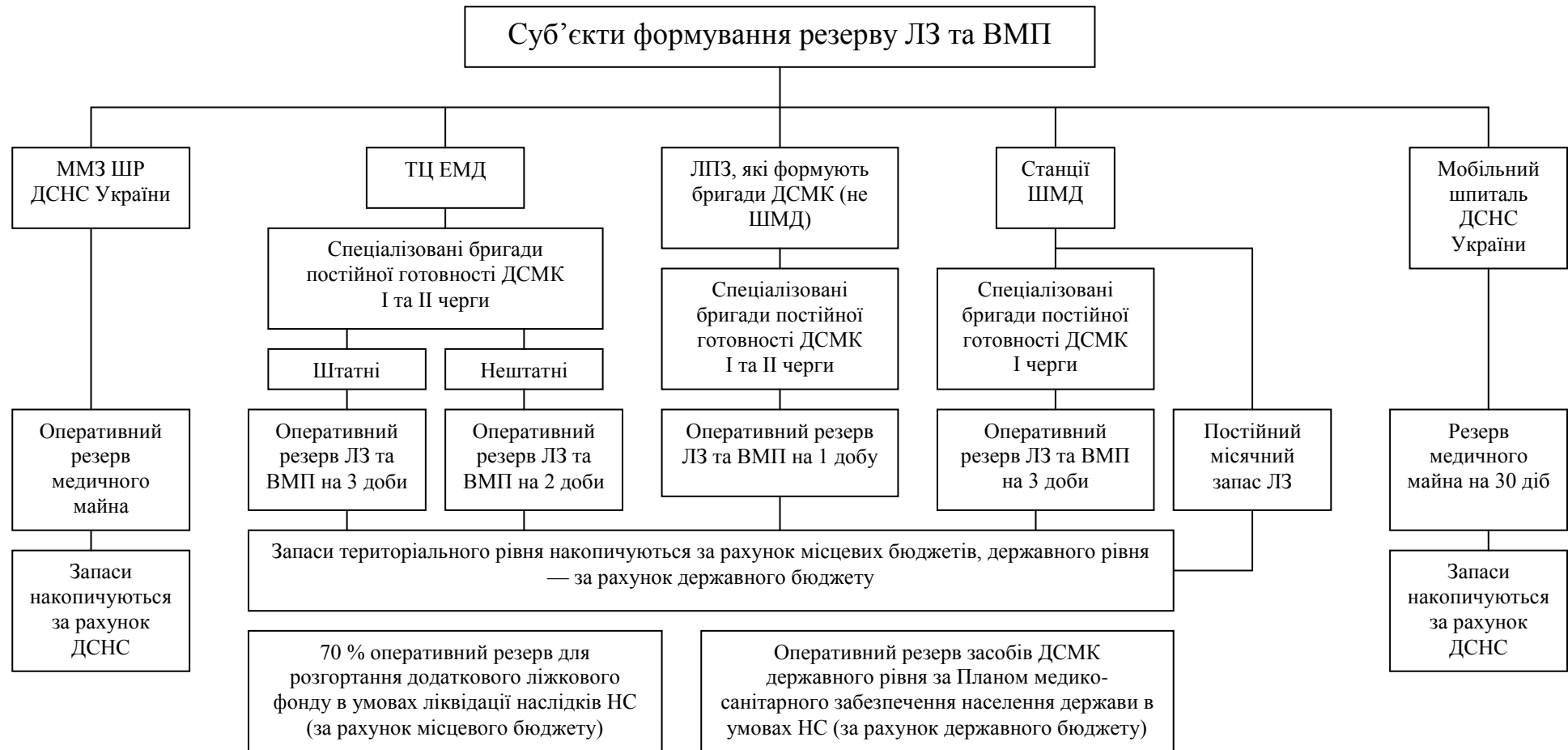


Рис. 2.6. Структура резерву ЛЗ та ВМП до запобігання і ліквідації наслідків НС та джерел його формування в Україні

Лікарське забезпечення формувань та закладів служби медицини катастроф організують органи медичного постачання. До них відносяться: відділи медичного постачання центрів медицини катастроф, аптеки і склади медичного майна.

Основні функції органів медичного постачання:

- визначення потреби в ЛЗ та ВМП, їхня заготівля, облік, зберігання;
- приготування ЛЗ;
- утримання запасів і резервів ЛЗ та ВМП в готовності до використання за призначенням;
- відпуск (доставка) ЛЗ та ВМП для повсякденного лікувально-профілактичної діяльності та накопичення запасів на випадок НС;
- контроль якісного стану хіміко-фармацевтичних і біологічних препаратів (матеріалів), і порядку їх використання;
- виконання наукових досліджень з аналізу і узагальнення досвіду медичного постачання в НС, удосконалення організаційно - штатної структури та діяльності органів медичного постачання, а також використання медичного оснащення служби медицини катастроф.

Залежно від підпорядкованості медичних формувань є наступні джерела ЛЗ та ВМП:

- резерви служби медицини катастроф – для формувань і установ, підпорядкованих центрам медицини катастроф ;
- незнижувальні запаси – для лікувально-профілактичних установ, що мають завдання на перепрофілювання ліжковою мережі для масового прийому уражених, і створюваних ними формувань (медичні загони, бригади спеціалізованої медичної допомоги постійної готовності та ін.).

Крім того, для надання медичної допомоги ураженим використовуються:

- запаси ЛЗ та ВМП лікувально-профілактичних закладів, що використовуються ними у своїй повсякденній лікувально-діагностичній роботі;
- поточні ЛЗ та ВМП аптекних закладів та майно, яке надходить від фармацевтичних підприємств та інших постачальників за договорами;

– медичне майно тривалого зберігання, що міститься на базах спецмедпостачання органів охорони здоров'я України (за особливим розпорядженням);

– ЛЗ та ВМП, які надходять з інших регіонів країни в порядку надання допомоги при ліквідації медико-санітарних наслідків НС;

– медичне майно, що надходить в результаті використання місцевих ресурсів народного господарства;

– ЛЗ та ВМП, що надійшли в якості гуманітарної допомоги [201].

Організацію і керівництво лікарським забезпеченням лікувально-профілактичних закладів, а також створених на їх базі формувань з надання екстреної медичної допомоги населенню, що постраждало у НС, здійснюють органи управління.

До органів управління лікарським забезпеченням належать виробничі об'єднання «Фармація», відділення «Медтехніка», фармацевтичні управління, створені в обласних центрах, а також органи управління фармацевтичних структур і формувань недержавної форми власності.

У містах обласного підпорядкування, міських і сільських районах функції органів управління покладені на завідувачів міськими (районними) аптеками.

У лікувально-профілактичних закладах і формуваннях екстреної медичної допомоги - це керівники аптек, а у формуваннях, де за штатом керівник аптеки не передбачений – посадова особа, призначена наказом керівника установи. У розпорядженні цих органів є бази, склади, аптеки, аптечні кіоски, магазини, заклади й організації медичного постачання.

У міських і сільських районах областей органами управління й одночасно установами медичного постачання є міські районні аптеки (МРА), центральні районні аптеки (ЦРА).

Основними завданнями органів управління лікарським забезпеченням є такі:

1) прогнозування, вивчення обстановки, планування постачання лікувально-профілактичних закладів і створених на їх базі формувань екстреної

медичної допомоги (санітарних дружин, бригад, загонів) лікарями та виробами медичного призначення; визначення потреби у них для здійснення закладами і формуваннями охорони здоров'я лікувально-евакуаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

2) нагромадження, збереження, поновлення запасів ЛЗ та ВМП, необхідного для оснащення медичних закладів і формувань охорони здоров'я, своєчасне його поповнення;

3) організація і здійснення заготівлі і закупівлі ЛЗ та ВМП, всебічне використання місцевих ресурсів (кисню медичного, води очищеної, засобів для здійснення дегазації, дезактивації, дезінфекції, перев'язувальних матеріалів тощо);

4) керівництво постачанням лікувально-профілактичних закладів, формувань охорони здоров'я населення в ході ліквідації медичних наслідків аварій, стихійних і екологічних лих;

5) здійснення контролю за ощадливою, дбайливою, раціональною витратою ЛЗ та ВМП в медичних закладах і формуваннях екстреної медичної допомоги;

6) ведення оперативного обліку ЛЗ та ВМП (у тому числі на складах, у медичних закладах охорони здоров'я), як того, що надходить за фондами від промисловості, так і того, що заготовлюється з місцевих ресурсів;

7) планування, організація і здійснення заходів щодо захисту ЛЗ та ВМП від дії шкідливих чинників навколишнього середовища;

8) навчання фармацевтичних кадрів, підготовка персоналу аптек до роботи в екстремальних умовах ;

9) вивчення й узагальнення досвіду медичного постачання закладів охорони здоров'я, формувань екстреної медичної допомоги і населення в складних умовах НС.

Джерелами постачання ЛЗ та ВМП є такі:

– запаси ЛЗ та ВМП оперативно-стратегічного резерву за планами територіальних органів охорони здоров'я, які зберігаються на складах і

призначаються для розгортання і постачання лікувально-профілактичних закладів і формувань служби екстреної медичної допомоги;

– запаси ЛЗ та ВМП оперативно-тактичного резерву, які нагромаджуються закладами охорони здоров'я для оснащення створених при них формувань служби екстреної медичної допомоги, а також перепрофільовані ліжка з урахуванням завдань у ліквідації медичних наслідків НС;

– непорушні запаси ЛЗ та ВМП в лікувально-профілактичних закладах і формуваннях екстреної медичної допомоги за встановленою номенклатурою;

– ЛЗ та ВМП поточного постачання, що зберігається в лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я, у тому числі, в аптечній мережі;

– ЛЗ та ВМП, що заготовлюється з місцевих ресурсів об'єктів народного господарства.

Це засоби повинні утримуватись у постійній готовності до використання за прямим призначенням за першої необхідності. Номенклатура і кількість ЛЗ та ВМП визначається табелями і нормами постачання з урахуванням роботи закладів і формувань по 12 годин на добу. У непорушних запасах ЛЗ та ВМП для потреб медичних закладів і формувань з надання потерпілим екстреної медичної допомоги має утримуватися не менше 50 % табельної потреби лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Номенклатура ЛЗ та ВМП для постачання медичних закладів і формувань охорони здоров'я велика і різноманітна. Вона постійно змінюється. З неї вилучаються застарілі засоби, включаються більш ефективні препарати і медичні предмети як вітчизняного, так і закордонного виробництва, що виправдали себе в ході медичного забезпечення в НС.

Відповідальність за створення непорушних ЛЗ та ВМП для закладів охорони здоров'я і створених на їх базі медичних формувань (санітарних дружин, бригад, загонів тощо) покладена на керівників цих закладів.

Питання організації медичного постачання і зокрема постачання ЛЗ та

ВМП відображені в планах медичного забезпечення населення в НС. Плани розробляються органами охорони здоров'я в масштабі районів, міст, областей. У планах, якими користується керівний склад органів охорони здоров'я, в окремих розділах зазначаються джерела медичного постачання закладів і формувань, терміни забезпечення їх майном, можливості надання медичної допомоги і лікування населення, що постраждало, порядок поповнення майна, яке було витрачене. Додатки до планів медичного забезпечення населення вміщують необхідні розрахунки розподілу майна по функціональних відділеннях закладів охорони здоров'я, а в масштабах районів і міст – розрахунки по закріпленню закладів за органами медичного постачання, дислокацію закладів охорони здоров'я і закладів медичного постачання.

У плануванні лікарського забезпечення закладів охорони здоров'я і створених медичних формувань керуються покладеними на них завданнями і прогнозованою можливою обстановкою, що може виникнути в НС. При цьому враховують багато чинників і особливості конкретного регіону, що можуть істотно впливати на організацію лікарського забезпечення населення і постачання потерпілих лікарськими засобами та виробів медичного призначення. Необхідно мати достовірні дані про кількість населення, його розподіл за групами і віковими категоріями, розміщення на територіях, що можуть бути піддані впливу вражаючих факторів в умовах НС [202].

Раціональне лікарське забезпечення неможливе без знання організаційної структури закладів охорони здоров'я і тих завдань, що на них покладені в разі виникнення надзвичайних ситуацій, а також наявних у них непорушних запасів майна.

Вихідними даними для планування лікарського забезпечення є характеристика закладів, кадрового складу, укомплектованості персоналом, оснащеності і можливостей роботи в екстремальних ситуаціях.

Заздалегідь мають бути вивчені місцеві ресурси, які можна залучити для оснащення закладів охорони здоров'я, а також природно-географічні й інші особливості регіону. Окремі предмети медичного майна, такі, як спирт



етиловий, розчин амоніаку 10 %-вий, кисень, кисневі балони, вода очищена, натрій двовуглецевокислий, дезінфікуючі засоби, хлорне вапно, вата, тканина бавовняна й інші можуть бути придбані на місці, заготовлені з місцевих джерел. Теж саме стосується очищеної (дистильованої) води та кисню. Відтак, необхідно запланувати їхнє постачання з підприємств народного господарства.

Потреба в лікарських засобів та виробів медичного призначення під час ліквідації наслідків НС складається з потреби, необхідної для надання потерпілим першої медичної допомоги в порядку само- і взаємодопомоги, долікарської, першої лікарської медичної допомоги, а також кваліфікованої та спеціалізованої допомоги потерпілим. Потреба розраховується, виходячи із можливої кількості санітарних втрат, кількості лікувально-профілактичних закладів і необхідності створення певних резервів. Номенклатура і кількість лікарських засобів та виробів медичного призначення визначаються таблицями оснащення закладів і формувань та нормами витрати.

Для організації і здійснення планування лікарського забезпечення в разі виникнення екстремальних ситуацій у лікувально-профілактичних закладах і формуваннях ЕМД закладам охорони здоров'я видаються плани-завдання на їх підготовку до роботи в НС і створення відповідних медичних формувань із зазначенням завдань та термінів їх готовності до роботи. Діставши завдання, керівники установ (а вони наділені правом розпоряджатися грошовими і матеріальними засобами, які виділяються бюджетом) своїми наказами визначають шляхи реалізації завдання, порядок і терміни накопичення непорушних запасів ЛЗ та ВМП, призначають виконавців, відповідальних за впорядкування заявок, отримання, збереження й поновлення майна.

Зберігання ЛЗ та ВМП у відділеннях лікувально-профілактичних закладів і медичних формувань організується з урахуванням можливості його швидкого отримання і доведення до робочого стану в терміни готовності закладів і формувань до роботи. Обов'язковим є дотримання вимог зберігання лікарських засобів за групами з урахуванням фізико-хімічних і фармакологічних властивостей.

Поновлення ЛЗ та ВМП непорушних запасів покладається на матеріально-відповідальних осіб медичних складів.

Заявки на ЛЗ та ВМП непорушних запасів на кожне відділення і формування готуються, опрацьовуються завідувачами аптек лікувальних закладів (або іншими, призначеними наказами особами), підписуються головними лікарями, бухгалтерами і рекомендуються вищим органам управління. Заміна табельних найменувань припускається тільки за узгодженням із заявником і за умови, якщо це не призводить до зниження можливостей і ефективності надання медичної допомоги і лікування уражених (потерпілих) і хворих в умовах екстремальної обстановки.

Видача непорушних запасів здійснюється згідно з розпорядженням про доведення до готовності медичних закладів і формувань у терміни, передбачені планами для кожного закладу, формування.

ЛЗ та ВМП непорушних запасів, що зберігаються в закладах охорони здоров'я, відділеннях і формуваннях, видаються матеріально-відповідальним особам, визначеним наказом по медичному закладу, на основі заздалегідь відпрацьованих документів, підписаних керівниками закладів.

Поповнення запасів ЛЗ та ВМП лікувально-профілактичних закладів і формувань ЕМД під час ліквідації медичних наслідків аварій, катастроф, стихійних лих здійснюють медичні склади, бази, аптеки переважно за принципом «від себе». Для їхнього транспортування використовуються автофургони, аптечні летючки, вантажний і пристосований транспорт.

Формування інфекційного профілю забезпечуються бактеріальними препаратами з місцевих СЕС (СЕЗ) або інших закладів, на базі яких вони сформовані.

Забезпечення індивідуальними засобами медичного захисту населення, що евакуюється, здійснюється зі складів ЦЗ, а також з аптек, що знаходяться на маршрутах евакуації і місць тимчасового розселення. За їхньої відсутності використовують аптечні летючки й автофургони.

Медичне постачання населення та лікувально-профілактичних закладів

під час організації лікарського забезпечення ліквідації наслідків стихійного лиха здійснюється на основі аналізу захворюваності населення та прогнозу виникнення і розвитку характерного для певного регіону стихійного лиха.

Медичне постачання здійснюється головним чином за рахунок структур органів і закладів медичного постачання, наявних в системі охорони здоров'я (аптечні склади, бази, аптеки тощо). Їх завдання полягає в забезпеченні медичних формувань та лікувальних закладів необхідними лікарськими засобами та виробами медичного призначення для роботи в зонах стихійних лих, здійсненні ефективних заходів щодо їхнього захисту від дії негативних факторів стихійного лиха, організації контролю за витратами і доцільністю його використання та поповнення в ході роботи.

Враховуючи те, що запаси ЛЗ та ВМП для формувань і лікувальних закладів обмежені і вимагають постійного поповнення, система постачання передбачає використання, у першу чергу, ресурсів аптечних закладів, розташованих поблизу, а вже потім – термінового підвезення медичного майна з інших баз постачання.

Поповнення ЛЗ та ВМП формувань, що працюють безпосередньо в осередку стихійного лиха, здійснюється «аптечними летючками», які створюються за допомогою сил і засобів відповідних органів постачання.

У разі виникнення значного за масштабами осередку стихійного лиха в організації медичного постачання використовують матеріальні резерви інших адміністративних районів, областей, а в деяких випадках і державний резерв. У цьому разі необхідно здійснювати маневр ресурсами майна з максимальним використанням усіх джерел постачання даного району і тільки потім використовувати міжобласну або державну допомогу.

Забезпечення ліками евакуйованого населення здійснюється через наявну аптечну мережу. Усі питання, пов'язані з лікарським забезпеченням у разі виникнення стихійного лиха, розробляються завчасно і відображаються в плані медичного забезпечення населення [55, 156, 159, 203].

Таким чином, в Україні, розроблена певна організаційна система

державного управління лікарським забезпеченням в умовах виникненні НС, але поряд з тим є необхідність вирішення задач, що дозволять підвищити ефективність її роботи:

- потребує розробки єдиний підхід до управління ресурсами для надання лікарської допомоги на усіх рівнях державного сектора охорони (управління запасами ліків, контроль термінів придатності і т. д.) здоров'я;

- засадами створення резервів медичного майна повинні стати чітко прогнозовані величини і структури ураження населення, епідемічні розрахунки (очікувана кількість пацієнтів по кожній нозології), на основі яких повинен бути розроблений механізм визначення потреби у ЛЗ, виконуватись планування їхнього руху;

- для підвищення ефективності функціонування системи медичного забезпечення в умовах НС, потрібна розробка медико-економічних стандартів, які включають поелементний список усіх необхідних витратних матеріалів і ЛЗ на кожен лікувально-діагностичний захід, а також опис устаткування, яке потрібно для проведення лікування;

- швидкість змін у номенклатурі ЛЗ потребує постійного корегування Переліку ЛЗ та виробів медичного призначення резерву медичних закладів для запобігання НС та ліквідації їх медико-санітарних наслідків і відповідно розрахункових норм накопичення медичного майна;

- вимагає підвищення рівня фінансування державний сектор охорони здоров'я; вдосконалення контролю за ростом цін на ЛЗ, завчасне виділення грошових коштів для децентралізованої заготівлі лікарських препаратів, медичних виробів, запасних частин і ремонтних матеріалів;

- одним з раціональних і економічно доцільних підходів до медичного постачання – оптимальне поєднання номенклатури готових і екстемпоральних ЛЗ, що виготовляються в умовах аптек. У зв'язку з цим важливим елементом вдосконалення є переоснащення аптек сучасним технологічним устаткуванням;

- органи управління ліквідацією наслідків НС повинні мати постійну і точну інформацію про наявність, рух, якісний стан медичного майна і його

потребу для кожного медичного формування і медичного закладу, які здійснюють надання медичної допомоги і лікування постраждалого населення.

Сьогодні, в Україні побудована певна система державного управління створенням резервів (незнижуваних запасів) ЛЗ та ВМП для надання допомоги при виникненні НС. Але, у зв'язку з важким економічним станом держави, матеріально-технічне забезпечення системи охорони здоров'я у цілому і СМК особливо, не задовольняють реальних потреб в ЛЗ та ВМП, спеціалізованих транспортних засобах тощо для надання якісної екстреної медичної допомоги в умовах НС. Саме це потребує удосконалення системи державного управління утворенням відповідних матеріальних резервів.

Ці проблеми можуть бути успішно вирішені лише за умов об'єднання зусиль органів управління, державної влади та місцевого самоврядування разом з органами охорони здоров'я на усіх рівнях, починаючи з району, закінчуючи державою.

### **Висновки до другого розділу**

Дослідження організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС показало:

1. На побудову і функціонування організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС, в першу чергу, здійснюють вплив НС, кількісні і якісні показники їхніх наслідків.

2. Не дивлячись на те, що в Україні, в останні роки з'явилася тенденція зменшення НС, кількість їх залишається досить високою. Крім того існує потенційна загроза виникнення і збільшення кількості НС природного характеру та НС на техногеннонебезпечних об'єктах, які можуть мати значні негативні медико-санітарні наслідки, що потребує надання невідкладної медичної допомоги значній кількості постраждалих у короткий проміжок часу і відповідного лікарського забезпечення.

3. Проведене в роботі дослідження нормативно-правової бази організації

лікарського забезпечення при здійсненні екстреної медичної допомоги в НС показує, що не дивлячись на значну кількість документів більшість з них має декларативний характер. У них відсутні конкретні механізми впровадження тих, чи інших положень нормативно-правових документів. Крім того, аналіз нормативно-законодавчих документів, що регламентують обіг лікарських засобів, дозволив виявити відсутність єдиної політики в області організації і управління фармацевтичною службою в СМК, що вимагає внесення змін у існуючі та розробки нових документів, і перш за все, це стосується розробки концептуальних засад (Концепції) лікарського забезпечення в умовах НС.

4. Пріоритетними напрямками подальшого вдосконалення нормативно-правового забезпечення підсистеми медичного захисту як складової єдиної системи ЦЗ є включення функції медичного захисту в роботу органів центральної виконавчої влади, що займаються питаннями попередження і реагування на НС, запровадження механізмів злагодженої системи співробітництва між міністерствами, що мають у своєму складі медичні формування.

5. До сьогодні не створено механізму об'єднання та системи управління резервами різних видів та рівнів для оперативного вирішення питань при ліквідації медико-санітарних наслідків НС, відсутній облік усього медичного майна, що є в державі, обсяг та склад резервів не має чіткого наукового обґрунтування, не відпрацьований механізм взаємодії відомчих структур для використання існуючих у державі резервів, не налагоджена взаємодія між органами розпорядниками резерву та органами управління СМК, відсутні підзаконні нормативно-правові акти, які б розкривали порядок погодження номенклатури медичного майна, механізм утворення, поповнення, використання, вилучення та отримання медичного майна державного резерву силами СМК на випадок НС, крім того, якість та відповідність вмісту резерву сучасному рівню медицини також викликає сумнів.

6. Хоча в Україні розроблена певна організаційна система державного управління лікарським забезпеченням в умовах виникненні НС, одним із

важливих напрямків роботи якої є державне управління формуванням і використанням резервів ЛЗ та ВМП на випадок виникнення НС, але відсутні структури та механізми діяльності Територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, а саме фармацевтична служба, як основний елемент лікарського забезпечення і координації діяльності структурних підрозділів СМК у цій області, яка повинна стати не тільки органом управління, а й базою постачання медичним майном СМК.

### *РОЗДІЛ 3*

## **НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

### **3.1. Інструментарій правового забезпечення діяльності закордонних національних систем екстреної медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, місце в них фармацевтичного сектору**

Найважливішою функцією будь-якої держави є забезпечення безпеки своїх громадян, у тому числі в умовах НС природного і техногенного характеру або при виникненні військових конфліктів. У більшості країн світу, для вирішення завдань попередження та ліквідації НС, а також завдань цивільної оборони (ЦО) створено спеціалізовані державні системи [33-36, 204-207].

Їх основними завданнями є: організація і здійснення заходів щодо профілактики природних і техногенних катастроф, підготовці до їх можливого виникнення, ліквідації наслідків аварій, катастроф, стихійних лих, а також застосування можливим противником сучасних засобів ураження, надання медичної допомоги потерпілим [208-216].

З більшості зарубіжних країн, саме Сполучені штати Америки, мають великий трагічний досвід у ліквідації наслідків НС: це і події атаки світового торгового центру 11 вересня 2001 [217], випадки поширення спор сибірської виразки, ураган «Katrina» [218, 219] різні терористичні акти [220].

У США проблема захисту та надання медичної допомоги населенню вирішується в залежності від потенційно можливих НС в країні - військових конфліктів, стихійних лих, терористичних актів та ін. Заходи з надання допомоги при НС здійснюються, насамперед, по лінії ЦО, Міністерства охорони здоров'я, Національної протипожежної адміністрації, а також медичної служби Збройних сил.

Для організації робіт в ЦО в 1979 р. створено центральний урядовий



орган - Федеральне агентство з управління країною в надзвичайних умовах (Federal Emergency Management Agency-FEMA), яке підпорядковується президенту [221]. Головний обов'язок агентства полягає в плануванні та організації заходів щодо захисту населення у разі ядерної війни, а також координації ефективної взаємодії між різними міністерствами, відомствами та установами, відповідальними за попередження і боротьбу з наслідками стихійних лих і катастроф у мирний час.

Для вирішення подібних завдань та для виконання схожих функцій у сфері протидії інцидентам у США розроблено національну систему реагування на інциденти (National Incident Management System - NIMS) [222-225].

У 1981 р. створена спеціальна медична система для надання допомоги постраждалим при національних лихах (National Disaster Medical System-NDMS). У разі необхідності вона покликана об'єднувати можливості та засоби медичної служби Міністерства оборони, Міністерства охорони здоров'я, медичних установ штатів, а також приватних організацій та установ, що діють в області охорони здоров'я. Система передбачає планування організаційних, медичних та евакуаційних заходів і вступає в дію у всіх випадках, коли кількість осіб, що потребують медичної допомоги перевищує можливості лікувальних установ району катастрофи або окремого штату. Важлива роль системи полягає в тому, що вона в повсякденній ситуації організовує на базі цивільних лікувальних установ додатковий (резервний) ліжковий фонд, а також мережу спеціально створюваних госпіталів, призначених для лікування майбутніх жертв стихійних лих і катастроф [213].

Національний план на випадок катастроф передбачає створення загонів спеціалізованої медичної допомоги, які розгортають евакуаційні відділення на 240 ліжок. 15 таких відділень можуть надати допомогу 10000 постраждалих. Крім того, планом передбачено використання столичних лікарняних центрів на 2500 і більше ліжок і 340 регіональних центрів. В цілому резерв для лікування постраждалих складає близько 100000 ліжок (майже 15 % всього наявного ліжкового фонду) [214].

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

Служба ШМД в США, як і в більшості країн світу, укомплектована переважно парамедиками. Підготовка парамедиків (техніків невідкладної медицини – ЕМТ) в цій країні проводиться з 1966 р. З 1970 р. фахівці ЕМТ були внесені в офіційний перелік медичних спеціальностей. Здійснюється підготовка двох категорій ЕМТ (ЕМТ-I, ЕМТ-P). ЕМТ-I освоює методи розпізнавання загрозливих для життя станів і надання невідкладної медичної допомоги. ЕМТ-P готуються як більш кваліфіковані фахівці з надання допомоги із застосуванням методів інтенсивної терапії [214].

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

Досвід ліквідації наслідків НС показує, що рівень і ефективність лікарського забезпечення і фармацевтичні кадри відіграють істотну роль у критичній ситуації [226-228].

В даний час в США діє Американське товариство фармацевтів системи охорони здоров'я (The American Society of Health -System Pharmacists (ASHP)), яке законодавчо затверджує обов'язки фармацевтичного персоналу при ліквідації наслідків НС федерального, регіонального, територіального та місцевого рівнів [229, 230].

Крім того, в США діє ціла система резервів лікарських засобів і виробів медичного призначення [231, 232].

Перший етап становлення даної системи відноситься до 1999 р., коли

конгрес США прийняв рішення про створення резервів. Конгрес поклав обов'язки з формування Федерального фармацевтичного резерву (National Pharmaceutical Stockpile) на міністерство охорони здоров'я США (Department of Human and Health Services) і центри з контролю й профілактики захворювань (Centers of Disease Control and Prevention).

Головною метою Федерального фармацевтичного резерву було забезпечення медичних технологій в умовах НС, що відбуваються на території США.

Після терористичної атаки 2001 Міністерство внутрішньої безпеки США (Department of Homeland Security) взяло на себе управління федеральним фармацевтичним резервом і перейменувало його в стратегічний національний резерв (Strategic National Stockpile – SNS) [233].

SNS є національним сховищем антибактеріальних засобів, антидотів, імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення, медичної техніки, засобів зв'язку [234]. У разі виникнення НС, 50 – ти тонні пакети – укладки медичних товарів, розраховані на 12 годин роботи медичного персоналу можуть бути доставлені в будь-який штат США.

Стратегічний національний резерв не є резервом догоспітального етапу, який буде використовуватися в осередку ураження в першу чергу (first - response asset). Його розгортання передбачається в тому випадку, коли місцеві резерви вичерпані або в разі НС федерального характеру. Розгортання можливо після письмового запиту губернатора штату в міністерство охорони здоров'я США (Department of Human and Health Services) і центри з контролю й профілактики захворювань (Centers of Disease Control and Prevention) [235] та оформлення відповідного розпорядження.

У разі прийняття позитивного рішення про розгортання, доставка SNS може відбуватися по-різному. У разі, якщо невідомі причини виникнення НС, широкий асортимент фармацевтичної продукції може прибути у осередок ураження протягом 12-36 годин з SNS управління (SNS Management Inventory). Однак якщо причина НС відома, то в осередок ураження доставляються тільки

конкретні лікарські засоби та ВМП.

Якщо в пакеті – укладці відсутній необхідний лікарський засіб, то SNS Management Inventory може просити органи державної влади забезпечити потрібну закупівлю, через систему товарно – матеріальних запасів постачальників (Vendor Managed Inventory), яка також здатна доставити в осередок ураження лікарські засоби і антидоти.

Кожен штат має план розміщення ресурсів SNS і площі для їх зберігання, узгоджені ще до виникнення НС. Додатково до плану кожен штат має координатора розгортання SNS, який виконує функції, пов'язані з організацією та отриманням SNS майна.

Одночасно з пакетом – укладкою в осередок ураження висувається команда технічної консультативної підтримки (Technical Advisory Response Unit – TARU). Ця команда складається з фармацевтичного персоналу, логістів, фахівців - техніків, які прибувають на місце трагедії для того, щоб забезпечити фармацевтичний порядок при передачі пакету і технічну допомогу при його розгортанні.

Крім SNS резерву на території США створений Федеральний резерв медичної техніки (National Medical Equipment and Supplies Stockpiles - NME), який містить необхідне в умовах НС медичне обладнання та витратні матеріали для його обслуговування [236, 237].

У 2004 р. конгресом США була підтримана ініціатива затвердження у великих містах і штатах програми з ліквідації наслідків атаки біологічними агентами (Cities Readiness Initiative - CRI) [238]. У рамках даної програми охорони здоров'я, США затвердив плани дій при біотерористичної загрози та механізм розподілу антибактеріальних засобів протягом 48 годин [239].

SNS і CRI програми гарантують громадянам США своєчасне і якісне лікарське забезпечення [216, 223]. Лікарські засоби в резервах регулярно оновлюються і щокварталу підлягають контролю якості у всіх 12-ти годинних пакетах - укладках при 100% інвентаризації.

Додатково до описаних вище резервів у США існують резерви

регіонального (State Pharmaceutical and Supply Stockpiles), муніципального (Local Pharmaceutical and Supply Stockpiles) і об'єктового рівнів (Private Pharmaceutical and Supply Stockpiles).

Навчання роботі в структурі SNS – це частина загальнонаціональної підготовки медичних, фармацевтичних працівників, чиновників відділів охорони здоров'я будь-якого рівня. Дане навчання дозволяє не тільки зрозуміти цілі і завдання даних програм, але навчитися діяти в умовах НС, приймати рішення, складати плани і нести відповідальність за розподіл і доставку лікарських засобів.

Для надання медичної допомоги на госпітальному етапі в США в рамках національної системи управління в умовах НС (National Incident Management System - NIMS) [222, 224, 225] діє система плану розгортання сил і засобів лікарень та закладів охорони здоров'я (NIMS Implementation Plan for Hospitals and Healthcare Facilities) [221, 225].

Кожна лікарня, згідно певним медичним технологіям, має свій план на розгортання матеріальних ресурсів і приймання хворих в умовах НС. У своїй діяльності лікарні керуються прийнятими стандартами охорони здоров'я – JCAHO Accreditation Standards and Disaster Preparedness [240, 241].

У 2007 р. президент Дж. Буш видає президентську директиву про національну безпеку № 21 (HSPD-21), яка регламентує план розгортання сил і засобів лікарень в умовах НС [242]. Дана директива підкреслює важливість створення запасів фармацевтичних товарів, а також їх розподілу протягом 48 годин [243]. Особлива увага приділяється розвитку схем доставки пакетів – укладок, дотримання якості комплектування, зберігання, перевезення фармацевтичних препаратів, регламентації джерел фінансування.

У цілому загальні принципи, на яких будується робота фармацевтів у США можна виразити в такому:

1. Залежно від рівня освіти та досвіду, фармацевтичні кадри відіграють ключову роль у забезпеченні населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в умовах НС.

2. При виникненні НС громадяни США з фармацевтичною освітою підлягають призову для роботи у осередку ураження для:

2.1. Надання допомоги в постановці діагнозу і аналізі санітарних втрат.

2.2. Відпуск (видача) фармацевтичних препаратів з федерального, регіонального, територіального або місцевого резервів залежно від рівня НС.

2.3. Забезпечення якості належної упаковки, маркування, зберігання, розподілу фармацевтичних препаратів.

2.4. Забезпечення відповідного розгортання аварійних джерел живлення для зберігання термолабільних лікарських засобів і препаратів крові.

2.5. Консультації лікарів і осіб, які потрапили в зону лиха з питань застосування та використання лікарських засобів.

3. Фармацевтичний персонал в умовах НС має відстежувати несприятливі побічні реакції, токсичність, канцерогенні, мутагенні, тератогенні ефекти, протипоказання, ефективність альтернативних фармацевтичних препаратів, можливість розвитку стійкості інфекційних агентів.

4. У разі НС особи з фармацевтичною освітою зобов'язані співпрацювати з медичним персоналом та іншими особами, передбаченими законодавством для забезпечення правильної і індивідуальної лікарської терапії.

У незалежності від рівня освіти та займаної посади фармацевти при виникненні НС повинні здійснити такі дії [244]:

1. Добровільно зареєструватися в товаристві охорони здоров'я при небезпеці (Disaster Health Care Volunteer) [219]. Професіонали, що працюють у цьому товаристві, займаються організацією роботи добровольців під час НС та стихійних лих. Після реєстрації на сайті даного товариства вам присвоюється статус волонтера згідно Вашим знанням.

2. Необхідно зв'язатися з County Level (органами влади на території, де сталася НС) для забезпечення ефективної взаємодії при розгортанні запасів лікарських засобів і виробів медичного призначення.

3. Приєднатися до медичного корпусу запасу (Medical Reserve Corps), чинного на Вашій території. Дане формування відрізняється від товариства

Disaster Health Care Volunteer тим, що має в своєму складі спеціалізовані медичні формування, які навчені наданню допомоги в період стихійного лиха, спалаху інфекційних захворювань, землетрусів, повеней, пожеж, терористичних актів та ін.

4. Зареєструватися на сайті колегії фармацевтів штату Каліфорнія (California State Board of Pharmacy's e - mail Notification list) для отримання своєчасних повідомлень про НС.

Таким чином, у законодавстві США чітко прописаний порядок дій і взаємодія фармацевтичного персоналу в умовах НС.

Для попередження НС, а в разі їх виникнення - для ліквідації наслідків, забезпечення безпеки населення і зменшення збитків економіки в Російській Федерації (РФ) у 1995 р. створена Російська система попередження та дій у НС мирного і воєнного часу (РСНС). Вона об'єднує органи управління, сили і засоби федеральних органів виконавчої влади, органів виконавчої влади суб'єктів РФ, органів місцевого самоврядування та організацій, в повноваження яких входить вирішення питань захисту населення і територій від НС. РСНС складається з територіальних і функціональних підсистем [245].

У 1990 р. в рамках РСНС в РФ була створена служба екстреної медичної допомоги. З 1994 року постановою Уряду РФ регламентовано створення Всеросійської служби медицини катастроф (ВСМК), яка призначена для проведення комплексу заходів щодо попередження та зменшення медико-санітарних наслідків стихійних лих, аварій, катастроф та медико-санітарного забезпечення населення в НС [174, 246].

ВСМК являє собою систему, функціонально об'єднує сили органів, установ і формувань охорони здоров'я всіх міністерств і відомств Росії для спільних дій по захисту життя і здоров'я громадян при виникненні НС та ліквідації їх наслідків.

У відповідності зі структурою Єдиної державної системи попередження і ліквідації надзвичайних ситуацій, ВСМК має 5-рівневу структуру. На федеральному, регіональному, територіальному та-місцевому рівнях створені і

функціонують відповідні міжвідомчі координаційні комісії, а на об'єктовому рівні - штаб медичної служби цивільної оборони та НС об'єкта. До складу ВСМК входять Всеросійський центр медицини катастроф "Захист" МОЗ РФ, усярмійський центр медицини катастроф, установи федерального підпорядкування МВС, МНС РФ та інших міністерств і відомств, клінічні та наукові бази, призначені для участі та ліквідації медико-санітарних наслідків НС; регіональні центри медицини катастроф Санкт-Петербурга, Самари, Ростова-на-Дону, Єкатеринбурга, Новосибірська, Красноярська, Чити, Хабаровська, формування і установи регіону, що входять до їх складу; територіальні центри медицини катастроф, центри Держсанепіднагляду територіального рівня з формуваннями, що входять в них, установи, клінічні бази; формування Міноборони, МВС, МНС РФ та інших міністерств і відомств, призначені для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків НС; формування і установи медицини катастроф населених пунктів, призначені для ліквідації медико-санітарних наслідків НС; формування служби медицини катастроф конкретних об'єктів (санітарні пости, санітарні дружини і ін.), призначені для участі в ліквідації наслідків НС.

Перед ВСМК в НС стоять такі основні завдання:

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

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

– забезпечення санітарного благополуччя населення у районах катастроф, попередження поширення масових інфекцій серед населення в районах катастроф та на території прилеглої до них;

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



– службово-медична експертиза загиблих, що включає встановлення причини смерті і судово-медичного огляду[47, 212, 247, 248].

Розрахунковими нормами передбачаються номенклатура і кількість медичного майна для ліквідації медико-санітарних наслідків НС певного характеру – землетруси, аварії на хімічно або радіаційно небезпечних об'єктах, масові інфекційні захворювання тощо.

Бригади спеціалізованої медичної допомоги, госпіталі служби медицини катастроф укомплектовуються медичним майном відповідно до їх табелів.

У таблиці лікарські засоби перераховуються за фармакологічними, а медична техніка – по товарознавчим групам, інші предмети - за видами і групам, визначальним область їх застосування. У міру витрачання медичне майно поповнюється залежно від реальної потреби, а по завершенні роботи в НС - до кількості, зазначених у таблиці [249].

В даний час існують таблиці оснащення медичним майном дев'ятнадцяти типів бригад спеціалізованої медичної допомоги (хірургічної, нейрохірургічної, травматологічної, опікової, акушерсько-гінекологічної, дитячої хірургічної, токсикологічної і т.д.), а також польового багатопрофільного госпіталю. Табельну майно кожної з бригад розраховане на надання спеціалізованої медичної допомоги певній кількості уражених. Медичне майно госпіталю згідно з таблицею забезпечує надання кваліфікованої з елементами спеціалізованої медичної допомоги в обсязі його пропускної спроможності - 200-250 чол./доб.

Для поповнення витраченого медичного майна бригадами спеціалізованої медичної допомоги, госпіталем, а також для надання медичної допомоги ураженим при центрах медицини катастроф зберігається необхідний його запас (резерв для НС) за нормою, що встановлюється Міністерством охорони здоров'я РФ [250].

Медичне майно, що використовується службою медицини катастроф, перш за все, підрозділяється на дві групи по призначенню: майно поточного постачання і запаси.

Запаси розрізняються за видами: медичне майно резерву і незнижуваного запасу.

До резерву відноситься медичне майно для оснащення закладів та формувань служби медицини катастроф, використовуване за рішеннями відповідних органів управління охороною здоров'я або керівників центрів медицини катастроф.

До незнижуваного запасу відноситься медичне майно для оснащення дорозгортаємих і перепрофільованих ліжок лікувально-профілактичних установ і створюваних ними медичних формувань, призначене для використання в НС мирного і воєнного часу.

Медичне майно резерву накопичується і зберігається на медичних складах центрів медицини катастроф та інших складах, майно незнижувального запасу – на складах медичних установ, що мають завдання за планами МСЦО. З метою підтримки медичного майна, що перебуває у запасах, в готовності до застосування та попередження псування його замінюють до закінчення терміну придатності. Вилучені з запасів предмети реалізуються для використання за призначенням, а замість них закладаються на зберігання предмети з великим запасом основного терміну придатності.

Для того щоб полегшити реалізацію медичного майна, вилученого з резерву, Постановою Уряду Російської Федерації від 01.07.1996 р. № 786 встановлено розміри зниження вільних відпускних цін на лікарські засоби та інше медичне майно з встановленими термінами придатності. Витрачання медичного майна резерву та незнижуваного запасу дозволяється тільки для надання медичної допомоги ураженим в НС, після чого обсяги запасів повністю відновлюються [251].

В окрему групу слід виділити комплекти ( набори ) медичного майна. Призначенням комплекту визначається його наповнення. У нього можуть входити лікарські засоби і медична техніка різних груп та інше майно.

Хірургічні інструменти до складу оснащення формувань (установ) служби медицини катастроф входять в основному у вигляді наборів.

Можуть бути набори загальнохірургічних і спеціалізованих інструментів, наприклад: перев'язувальний, операційний, травматологічний, стоматологічний та ін. Склад комплекту і набору визначається їх описами.

Постачання комплектами медичного майна має ряд переваг у порівнянні з постачанням окремими предметами. Завдяки комплектам реалізуються основні вимоги, які пред'являються оснащенню медичних формувань служби медицини катастроф у НС: досягається оперативність в доставці медичного майна у вогнища масових санітарних втрат; забезпечується швидкість розгортання і згортання функціональних підрозділів етапів медичної евакуації, а також зручність у роботі завдяки заздалегідь передбаченому асортименту різних предметів; зберігання хірургічних інструментів у вигляді наборів для виконання певних видів хірургічних втручань полегшує і прискорює підготовку до їх виконання (нейрохірургічний, урологічний, гінекологічний і т.п.; значно скорочується робота зі складання заявок на медичне майно тощо. Крім того, комплекти зручні для транспортування, зберігання в польових умовах, їх вміст певною мірою захищене від несприятливого впливу зовнішнього середовища, механічних пошкоджень і вражаючих факторів.

Поповнення витраченого майна в комплектах проводиться поштучно по мірі отримання його з аптек та медичних складів. Виняток становлять комплекти перев'язувальних засобів і шин, сумки санітарних дружинниць, які поповнюються цілком комплектами [252, 253].

Постачання медичним майном служби медицини катастроф здійснюється відповідно до вимог Положення з організації медичного постачання служби медицини катастроф, затвердженого Міністерством охорони здоров'я Росії 11.03.97. Крім того, формування та установи служби медицини катастроф у своїй практичній діяльності в усіх режимах функціонування керуються вимогами документів, що регламентують організацію роботи аптек та аптечних складів МОЗ Росії [254].

Постачання медичним майном формувань та установ служби медицини катастроф організовують органи медичного постачання.

До них відносяться: відділи медичного постачання центрів медицини катастроф, аптеки і склади медичної техніки підлеглих їм установ.

Обсяг і зміст завдань, що вирішуються органами медичного постачання, залежать від режиму функціонування служби медицини катастроф.

При повсякденній діяльності особлива увага приділяється підготовці до роботи в НС [246].

Для отримання права на виконання заходів щодо забезпечення медичним майном центри медицини катастроф, підпорядковані їм установи та формування, які мають статус юридичної особи, проходять акредитацію і отримують в установленому порядку ліцензії на відповідний вид фармацевтичної діяльності. Окремо оформляються ліцензії на види діяльності, пов'язані з обігом (отриманням, зберіганням, відпуском, витрачанням тощо) наркотичних і психотропних лікарських засобів, і на використання об'єктів і приміщень, де здійснюється діяльність з їх обігом [255, 256].

Положеннями про центри медицини катастроф затверджено типову структуру відділів медичного постачання. Загальне керівництво забезпеченням медичним майном центру медицини катастроф, підпорядкованих йому формувань та установ здійснює його директор безпосередньо або через одного із заступників. Відповідно до його рішеннями заходи з постачання медичним майном виконує начальник відділу медичного постачання за допомогою персоналу відділу. Він здійснює планування, організовує забезпечення центру медичним майном і несе відповідальність за цю ділянку роботи центру [257].

Завдання відділів медичного постачання центрів медицини катастроф відрізняються від традиційних, характером органів управління фармацевтичною діяльністю. Тому на відділи медичного постачання покладаються, крім управлінських, завдання, властиві медичним складам: прийом медичного майна, що надходить для потреб служби медицини катастроф; накопичення, утримання медичного майна (у тому числі отруйних лікарських засобів списку А, наркотичних і психотропних), видача (відвантаження, доставка – за рішеннями директора центру медицини

катастроф)); структура резерву; формування комплектів; контроль термінів придатності (експлуатації) медичного майна, органолептичний контроль якості лікарських засобів та їх своєчасне освіження; технічне обслуговування та метрологічний контроль медичних засобів вимірювань, що знаходяться на зберіганні, у тому числі в резерві [258].

Таким чином, відділ медичного постачання центру медицини катастроф є не тільки органом управління, а й базою постачання медичним майном.

Серед формувань служби медицини катастроф особливе місце займають польові шпиталі. Їх забезпечення під час автономної роботи лікарськими засобами здійснює аптека, медичною технікою та іншими предметами медичного призначення - відділ матеріально-технічного забезпечення [248].

При направленні у зону НС бригади або групи бригад спеціалізованої медичної допомоги для автономної роботи зі складу бригади призначається матеріально відповідальна особа. У його функції входить забезпечення діяльності бригади медичним майном.

Незалежно від режиму функціонування служби медицини катастроф відпуск медичного майна підрозділами медичного постачання проводиться у встановленому порядку. Особлива увага приділяється дотриманню правил поводження з лікарськими засобами списку А, наркотичними та психотропними препаратами.

З метою забезпечення збереження медичного майна в якісному і кількісному відношенні його зберігання в підрозділах формувань та установ служби медицини катастроф організується у відповідності до Інструкції з організації зберігання в аптечних установах різних груп лікарських засобів і виробів медичного призначення від 13.11.1996 р. № 377, затвердженої наказом МОЗ Росії, та Положенням з організації медичного постачання служби медицини катастроф МОЗ Росії (затверджено Міністерством охорони здоров'я Росії 14.03.1997 р.) [254, 258].

Заготівля медичного майна для потреб служби медицини катастроф здійснюється централізовано і децентралізовано. Централізоване придбання

медичного майна здійснюється через федеральні і муніципальні органи управління фармацевтичною діяльністю, децентралізоване – на підприємствах і в організаціях постачання лікарськими засобами, медичною технікою та іншим медичним майном різних форм власності.

У плановому порядку медичне майно заготовлюється з розрахунку забезпечення фактичної потреби на один рік. Виникаюча протягом цього періоду додаткова потреба забезпечується шляхом разових закупівель. Окремі лікарські засоби з обмеженими термінами придатності можуть купуватися в міру необхідності в роздрібній аптечній мережі.

З метою раціонального використання коштів медичне майно набувається, по можливості, минаючи посередницькі організації. Взаємовідносини сторін при закупівлях медичного майна та наданні послуг з ремонту медичної техніки тощо встановлюються відповідно до Цивільного кодексу Російської Федерації і оформляються договорами [259].

Для задоволення екстрено виникаючих потреб і в НС закупівля окремих ті предметів для надання медичної допомоги ураженим, терміновий ремонт медичної техніки та метрологічну перевірку медичних засобів вимірювання дозволяється проводити в роздрібних аптечних та інших установах, ремонтних майстернях, які мають державні ліцензії на право займатися відповідним видом діяльності, без оформлення договорів.

На лікарські засоби, що надходять від промисловості та інших постачальників різних форм власності, повинен бути представлений сертифікат відповідності. Їхня закупівля проводиться на аптечних складах, базах, в аптеках та інших установах, що реалізують лікарські засоби і у яких є в наявності Всеросійський сертифікат відповідності та висновок про якість або Регіональний протокол відповідності та аналітичний паспорт.

Фінансування придбання медичного майна для накопичення в резервах служби медицини катастроф здійснюється за рахунок коштів, одержуваних на ці цілі з декількох джерел, встановлених Постановою Уряду Російської Федерації від 28.02.96 № 195 «Питання Всеросійської служби медицини

катастроф» [246].

Фінансування заготовок медичного майна для незнижуваного запасу медичного майна проводиться місцевим бюджетом.

Відомо, що від рівня забезпеченості медичних установ і формувань медичним майном залежать своєчасність і ефективність надання медичної допомоги ураженим. Тому питання медичного постачання в НС є предметом постійної уваги не тільки органів медичного постачання, а й усіх категорій керівників служби медицини катастроф РФ.

У європейських державах також створено відповідні формування. Так, за оцінками фахівців надзвичайно ефективною є система швидкої медичної допомоги SAMU, створена у Франції у 1956 р., яка функціонує за регіональним принципом, в межах департаменту. В ній близько 100 пунктів. До складу бригади ШМД входять лікар, який отримав спеціальну підготовку в системі швидкої допомоги, лікар-стажист або медична сестра з догляду, водій та радіооператор. Два останніх члена бригади - чоловіки, як правило, поліцейський або пожежний, що виконують за сумісництвом обов'язки санітарів-носіїв. У проведенні медичних маніпуляцій та при транспортуванні потерпілих у зоні катастрофи в системі SAMU парамедики участі практично не беруть. Вони перебувають у постійній готовності до надання невідкладної терапевтичної та хірургічної допомоги на місці події та під час транспортування постраждалих до шпиталю. Система укомплектована фахівцями, постійно працюючими в інших установах (медичних та навчально-медичних, пожежних, поліцейських, транспортних тощо) і пройшли спеціальну підготовку по 400-годинній програмі. Навчання проводиться в спеціально обладнаних центрах, оснащених найсучаснішим обладнанням. Рятувальники одержують спеціальне посвідчення і щорічно підтверджують на іспиті рівень своїх знань і практичних навичок [260].

За законодавством Франції існуюча система захисту населення від різних аварій і катастроф побудована на основі пожежної служби (кадрових фахівців-рятувальників – 30 тис., добровольців 200 тис., з них 5 тис. лікарів) і

контролюється центральним апаратом Громадської безпеки (ГБ). Крім мережі пожежних центрів служба ГБ має ряд спеціальних підрозділів швидкого реагування, загін ліквідації авіакатастроф (50 осіб, термін готовності 3 год.) передовий загін оперативної координації (17 осіб), технічний загін, підрозділи, що об'єднують спеціалізовані служби порятунку, при певних типах катастроф (радіологічні, сейсмологічні та ін.), медичну колону – підрозділи, що об'єднують медичні засоби. Разом з підрозділами ДБ часто випереджаючи їх, допомогу постраждалим надає медична служба Збройних сил Франції, яка у 1964 році створила формування швидкого реагування (EMIP), що складаються з парашутно-десантної групи модульного автомобільного госпіталю, спеціального загону посилення. Це формування чисельністю 78 осіб (створено в 1982 р.) включає групу управління, дві хірургічні, одну терапевтичну, дві госпітальні групи (по 50 ліжок), а також групи супроводу для повітряної евакуації, транспорту і зв'язку. Формування може діяти автономно як у повному складі, так і в складі окремих груп.

Рішенням французького уряду в 1986 році створено військові сили швидкого реагування для надання гуманітарної допомоги іншим країнам, такі ж військово-медичні формування для надання допомоги іншим країнам створені в Норвегії, США, Німеччині та інших країнах [209, 210].

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

В системі ШМД ФРН медична допомога при загрозливих станах, в умовах катастроф входить до компетенції спеціально підготовлених лікарів, але допускається надання такої допомоги та парамедиків. Виділяють два варіанти роботи служби ШМД в умовах катастроф. Основний, постійно діючий варіант



– цілодобове чергування бригад та їх виїзд з лікарень в зону катастрофи. До складу бригади входять спеціально підготовлений лікар, парамедик, медсестра з догляду і санітари. Другий (резервний) варіант вводиться в дію при виникненні надзвичайних обставин, тобто в якості засобу посилення надсилається бригада, обладнана за типом рухомих станцій інтенсивної терапії. Для доставки спеціалізованих бригад в зону катастрофи може використовуватися авіація.

Крім того, для керівництва всією медичною службою в умовах катастрофи, в кожному регіоні передбачена штатна посада провідного лікаря. Він призначається після 4-річного стажу роботи у зазначеній системі. Попередньо провідний лікар регіону повинен пройти спеціальну підготовку, мати теоретичний і практичний досвід в даній області, добре знати організаційно-штатну структуру підвідомчих йому установ і рятувальних служб, брати постійну участь у вдосконаленні та уточненні планів попередньої готовності до дій в умовах можливих катастроф [261].

Усі системи служб медицини катастроф мають відповідне лікарське забезпечення.

Поряд з державними установами в роботі по наданню допомоги потерпілим велика роль відводиться приватним та громадським організаціям.

Американська асоціація ЦО об'єднує осіб різних спеціальностей, пов'язаних з проблемами ЦО (лікарі, радіологи, інженери тощо), а також громадсько-політичних діячів, часто є і спонсорами. Великий вплив серед населення має громадська організація "Лікарі за підготовку до лих", як офіційно зазначено у програмі організації її завданням є порятунок життя і зменшення страждань осіб, травмованих при НС. Цій організації належить важна роль у пропаганді серед медичних працівників необхідності вдосконалення знань та вмінь, надання медичної допомоги в складних умовах.

У РФ також діють багато громадських організацій в сфері реагування на НС, так звані громадські організації цивільної оборони. Наприклад Загальноросійська громадська організація рятувальників "Російський союз

рятівників" («РОССОЮЗСПАС»), яка створена з метою консолідації зусиль суспільства у вирішенні проблем безпеки та порятунку населення в умовах НС, підвищення ролі рятувальників у розвитку аварійно-рятувальної справи в Російській Федерації та участі у заходах з захисту і порятунку населення, об'єктів і територій у разі виникнення НС.

У Німеччині є добровільні помічники по захисту від катастроф, вони приходять з пожежних команд, робочих з самаритянські спілок, Баварського Червоного Хреста, Служби допомоги при нещасних випадках, допоміжної служби Malther Німецького товариства порятунку життя [261]. Аналогічні організації є у Швейцарії, Франції, Швеції та ін.

Отже, аналіз літературних джерел зарубіжного досвіду ліквідації наслідків НС показав, що в закордонних державах добре розвинена багаторівнева система надання медичної допомоги постраждалим від стихійних лих, катастроф і аварій, з відповідними структурами по створенню резервів й постачання ЛЗ та ВМП на випадок НС.

### **3.2. Концепція та стратегічні підходи до проблем державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій**

Державне регулювання у сфері обігу лікарських засобів та виробів медичного призначення (далі «лікарське забезпечення» – ЛЗ) є невід'ємною складовою системи надання медичної допомоги в країнах з ринковою економікою.

Сьогодні вітчизняний фармацевтичний ринок характеризується різноманіттям проблем, таких як недосконалість нормативно-правової бази, відсутність чіткої вертикалі управління, розвиток недержавних аптечних мереж, зниження платоспроможності населення тощо, подолання яких можливо завдяки удосконаленню функціонування системи управління і самого процесу прийняття управлінських рішень на рівні органів виконавчої влади

України у сфері ЛЗ [262].

Як вже було зазначено, особливої актуальності питання лікарського забезпечення, в рамках медичної допомоги, набувають у разі виникнення НС, в умовах раптовості, можливої одночасної великої кількості потерпілих, обмеженості ресурсів та ін., що, у свою чергу, вимагає створення і організації чіткої роботи складових системи лікарського забезпечення, пов'язаних з постачанням (накопиченням, зберіганням та використанням) ЛЗ та ВМП.

Побудова та вдосконалення системи лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС можливі тільки на основі єдиної теоретичної й методичної бази.

Тому на основі Концепції Загальнодержавної цільової програми розвитку цивільного захисту на 2009–2013 роки, Концепції Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, Закону України «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги», враховуючи основні принципи служби медицини катастроф, системного аналізу, було розроблено принципи лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС і можливості їх реалізації.

Різні словники та наукові літературні джерела дають визначення терміна «принцип», сутність якого зводиться до наступного. Принцип (лат. *princĭpium* – початок, основа, походження, першопричина) – підстава деякої сукупності фактів або знань, вихідний пункт пояснення або керівництва до дій, або коротше – керівна ідея, основне правило діяльності.

Тому під поняттям принципів лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС розуміємо основні підходи та правила діяльності установ та підрозділів СМК по забезпеченню постраждалих ЛЗ та ВМП при виникненні НС і ліквідації їхніх наслідків [263].

До основних принципів ми віднесли такі:

– загальнодержавний характер. Лікарське забезпечення є елементом служби медицини катастроф – загальнодержавної служби, яка є складовою частиною загальнодержавної системи з попередження і ліквідації НС. СМК

забезпечує надання екстреної медичної допомоги при різних видах НС мирного і воєнного часу;

– централізація і децентралізація управління. Централізація управління передбачає координацію взаємодії сил і засобів центрального рівня з силами і засобами територіального рівня. Децентралізація управління здійснюється шляхом прийняття рішення кожним елементом системи організації лікарського забезпечення з урахуванням економічних, медико-географічних та інших особливостей регіону чи адміністративної території та самостійного виконання завдання з надання медичної допомоги постраждалим у НС;

– територіально-виробничий принцип. Організація лікарського забезпечення в умовах НС проводиться за територіальним принципом з урахуванням економічних та регіональних особливостей на базі існуючих аптечних та фармацевтичних установ і виробництв;

– плановий характер. Плановий характер передбачає завчасне вивчення можливих потреб, порядку створення, обліку, контролю, оновлення і використання резервів (незнижуваного запасу) лікарських засобів та виробів медичного призначення, санітарно-господарського та спеціального майна для установ і формувань різного рівня, які надають медичну допомогу при НС;

– двоетапний підхід до лікарського забезпечення постраждалих. ЛЗ постраждалих здійснюється у вогнищі (зоні) ураження або на кордоні вогнища (зони) – засобами бригад швидкого реагування і в медичних стаціонарних установах поточними та плановими резервами лікарських засобів та виробів медичного призначення;

– мобільність, оперативність і постійна готовність лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС. Це досягається своєчасним створенням і раціональним розміщенням резервів (незнижуваних запасів) ЛЗ та ВМП, табельного оснащення необхідним медичним, санітарним і спеціальним майном установ і формувань, що беруть участь у ліквідації медико-санітарних наслідків НС, готових у будь-який момент надати фармацевтичну допомогу постраждалим;

– єдність фармацевтичної науки і практики, медичного та лікарського забезпечення, що передбачає використання новітніх досягнень вітчизняної та зарубіжної науки в практиці надання допомоги постраждалим;

– збереження функцій аптечних і фармацевтичних установ. Функції аптечних і фармацевтичних установ та організація їх роботи в умовах НС повинна проводитися без суттєвої їх перебудови, а забезпечення населення ЛЗ та ВМП в умовах НС зберігається у відповідності з організаційною структурою яка працює у режимі повсякденної діяльності;

– принцип само- та взаємодопомоги. Він полягає у навчанні населення правилам надання першої медичної і лікарської допомоги у вигляді само- та взаємодопомоги і адекватної поведінки при різних видах катастроф;

– принцип уніфікації розробки запасів ЛЗ та ВМП для установ та формувань, що беруть участь у ліквідації наслідків НС. Формування запасів ЛЗ та ВМП проводиться на основі єдиних вимог і нормативів споживання;

– принцип професіоналізму і відповідальності фармацевтичних та аптечних працівників, задіяних у наданні лікарської допомоги ураженим. Механізм реалізації принципу закладається в процесі навчання фармацевтичних працівників для роботи в умовах НС, в законодавчих актах і підзаконних актах.

Наведені принципи забезпечують ефективність, доступність і своєчасність надання лікарської допомоги в екстремальних умовах і повинні реалізовуватися при організації діяльності СМК та її підрозділів медичного постачання, і стали теоретичною основою для розробки моделі Концепції державного управління організацією лікарського забезпечення в умовах НС.

У загальному вигляді концепція (від лат. *conceptio* – розуміння, система) – це певний спосіб розуміння, трактовки будь-яких явищ, основна точка зору, керівна ідея для їх висвітлення; керівний задум, конструктивний принцип різних видів діяльності [264].

Основна мета розробки концепції – забезпечення належної якості лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС. Критеріями якості в

концепції є своєчасність, доступність, ефективність й оптимальність лікарського забезпечення. Для досягнення поставленої мети було визначено основні напрямки формування і реалізації концепції, представлені в роботі у вигляді концептуальної моделі, які включають методичне, організаційне, інформаційне та ресурсне забезпечення.

Методичне забезпечення включає формування вимог та підходів до створення резервів (незнижуваних запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення, табельного оснащення для установ і формувань, які надають медичну допомогу у НС; методики районування територій за ризиком для здоров'я населення; формування переліку фармацевтичних засобів необхідних у НС; програму навчання фармацевтичних працівників з питань ЦЗ і НС.

До організаційного забезпечення відноситься таке:

- 1) проект розміщення резервів (незнижуваних запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- 2) організація своєчасної їхньої доставки до споживача;
- 3) розробка нормативів споживання і резервів (незнижуваних запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення для надання медичної допомоги при різних видах поразок;
- 4) оптимізація діяльності фармацевтичних і медичних закладів, що обслуговують уражених;
- 5) навчання фармперсоналу для роботи в умовах НС;
- 6) виявлення територій і об'єктів ризику для здоров'я населення.

Інформаційне забезпечення складається з: проекту розміщення резервів (незнижуваних запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення; програми забезпечення обліку, розміщення і комплектації резервів (незнижуваних запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення для установ і формувань, що беруть участь у наданні медичної допомоги; інформаційно-довідкового забезпечення пошуку лікарських засобів по найменуванню та за призначенням; програми оцінки територій і об'єктів підвищеного ризику для здоров'я населення; логічних схем ЛЗ споживача.

В умовах обмежених матеріальних і фінансових ресурсів охорони здоров'я, екологічної нестабільності, зростання рівня захворюваності та смертності, значною неконтрольованою міграцією населення, різної економічної ситуації регіонів, природних, техногенних і соціальних катастроф необхідно проведення економічної, медико-географічної та епідеміологічної, соціальної діагностики регіонів, комплексних досліджень асортиментної політики та пропозиції, з урахуванням рівня фінансування лікувально-профілактичних установ і цін на лікарські засоби для забезпечення територіальної доступності медичної та лікарської допомоги населенню в надзвичайних умовах. Ресурсне забезпечення включає визначення джерел фінансування та постачання лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Узагальнена структура концепції державного управління організацією ЛЗ в умовах НС показана на схемі (рис. 3.1). Запропонована концептуальна модель відображає основний зміст концепції, шляхи та напрямки її реалізації, що дозволяє сформулювати загальні підходи до формування, зберігання та використання резервів (не знижуваних запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення різного рівня, а також надає можливість підвищити рівень надання медичної допомоги постраждалим при НС і зменшити від них медико-санітарні втрати.

При цьому, з урахуванням особливостей регіонів України і переходу країни до ринкових відносин, підвищуються роль і відповідальність територіальних органів влади за забезпечення безпеки населення, захисту навколишнього середовища від наслідків антропогенних катастроф, підготовку регіону до виникнення НС. Тому з урахуванням загальнодержавної концепції організації ЛЗ уражених в умовах НС, планування рятувальних заходів повинно проводитися з максимальним урахуванням географічних, економічних, екологічних і господарських особливостей кожного регіону, його промислового потенціалу, можливості виникнення різних аварій і катастроф, прогнозу медичних наслідків, виявлення просторових взаємозв'язків між людьми, природним та географічним середовищем [263].

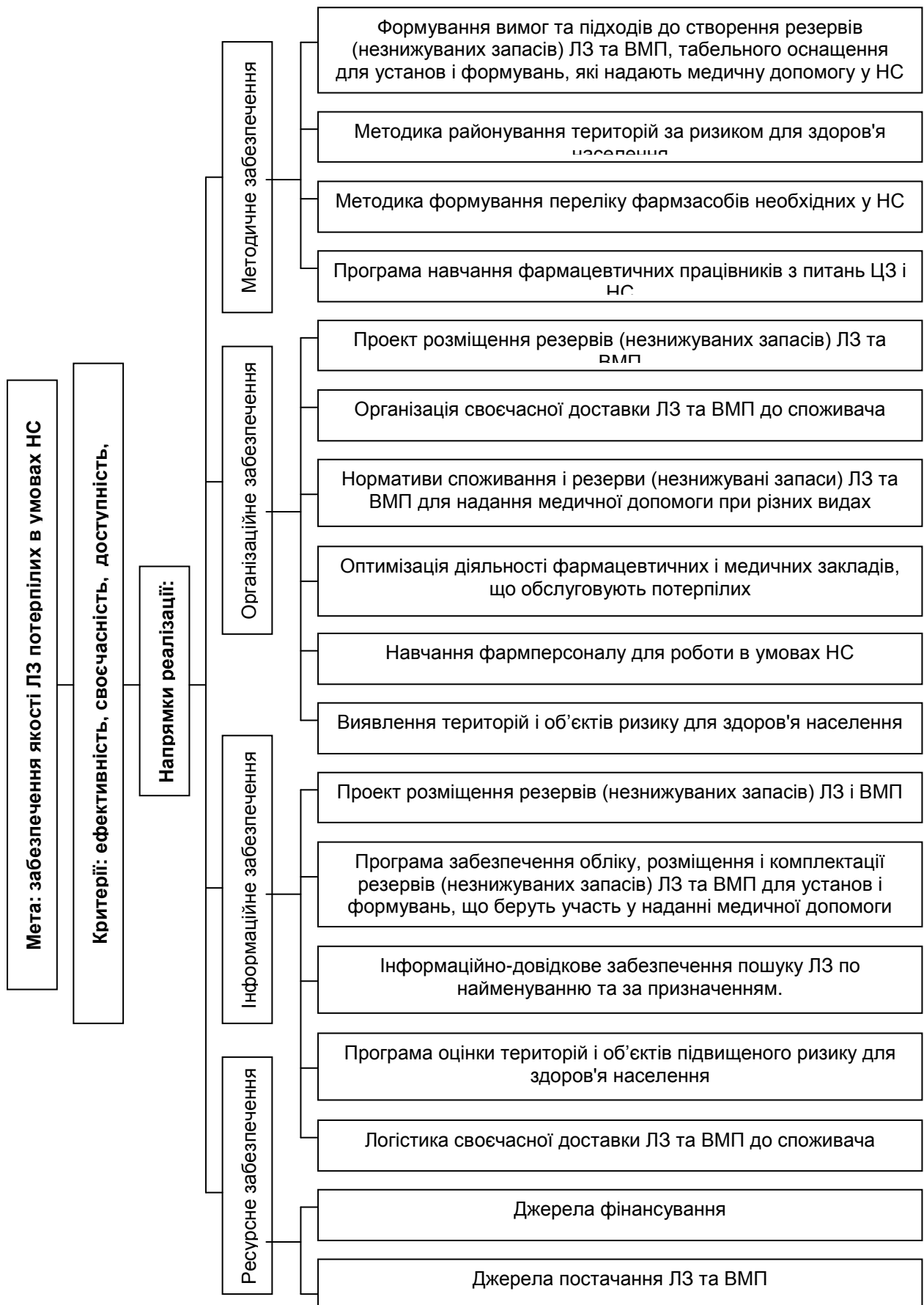


Рис. 3.1. Концептуальна модель державного управління організацією лікарського забезпечення в умовах НС



Концепція є основою організації діяльності фармацевтичних спеціалістів медицини катастроф, яка, у свою чергу, вимагає дотримання таких базових принципів:

- 1) державних гарантій забезпечення постраждалого населення доступними і якісними ліками;
- 2) забезпечення ліками у відповідності з цілями і задачами фахівців служби медицини катастроф;
- 3) удосконалення і уніфікація нормативно-правової бази, медико-економічна стандартизація в галузі фармації и медицини катастроф.

Концепція спрямована на вирішення проблем забезпечення якості лікарського забезпечення у фармацевтичній службі медицини катастроф, які пов'язані з розумінням завдань фармацевтичної діяльності в різних режимах роботи, затвердженням процедур приймання товару, документів, що описують процедуру контролю придатності на резервному складі, критеріїв вибору постачальників, вимог до закупівлі товару для забезпечення роботи в умовах НС та в умовах повсякденної діяльності при роботі по лінії швидкої медичної допомоги, допомоги потерпілим при ДТП.

Крім того, Концепції є основою для розробки нормативно-правових документів, які регламентують механізм організації зовнішнього фармацевтичного контролю за зберіганням і використанням медикаментів у центрах медицини катастроф на складах-резервах, ліцензування діяльності фармацевтичні служби ТЦ ЕМД і МК, оскільки, називаючись відділеннями медичного постачання і не маючи ліцензії, вони не є об'єктами фармацевтичної діяльності, у зв'язку з чим, звільнені від державного фармацевтичного нагляду за використанням ЛЗ, дотриманням умов зберігання, термінів придатності, наявності документів, що підтверджують якість товару.

Існуючі сьогодні методичні вказівки з організації контролю за дотриманням ліцензійних вимог і умов в аптеці ЛПУ не дозволяють повною мірою простежити за діяльністю створюваних аптечних відділень територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Концепція висуває вимоги до загальної побудови системи нормативно-правового забезпечення, яка має включати таке:

1. Дозвільну діяльність, пов'язану з ліцензуванням фармацевтичної діяльності, що здійснюється установами особливого типу, якими є ТЦ ЕМД і МК.

2. Дозвільну діяльність, пов'язану з встановленням норм і правил з метою створення єдиної нормативної бази в галузі медицини катастроф й управління та економіки фармації.

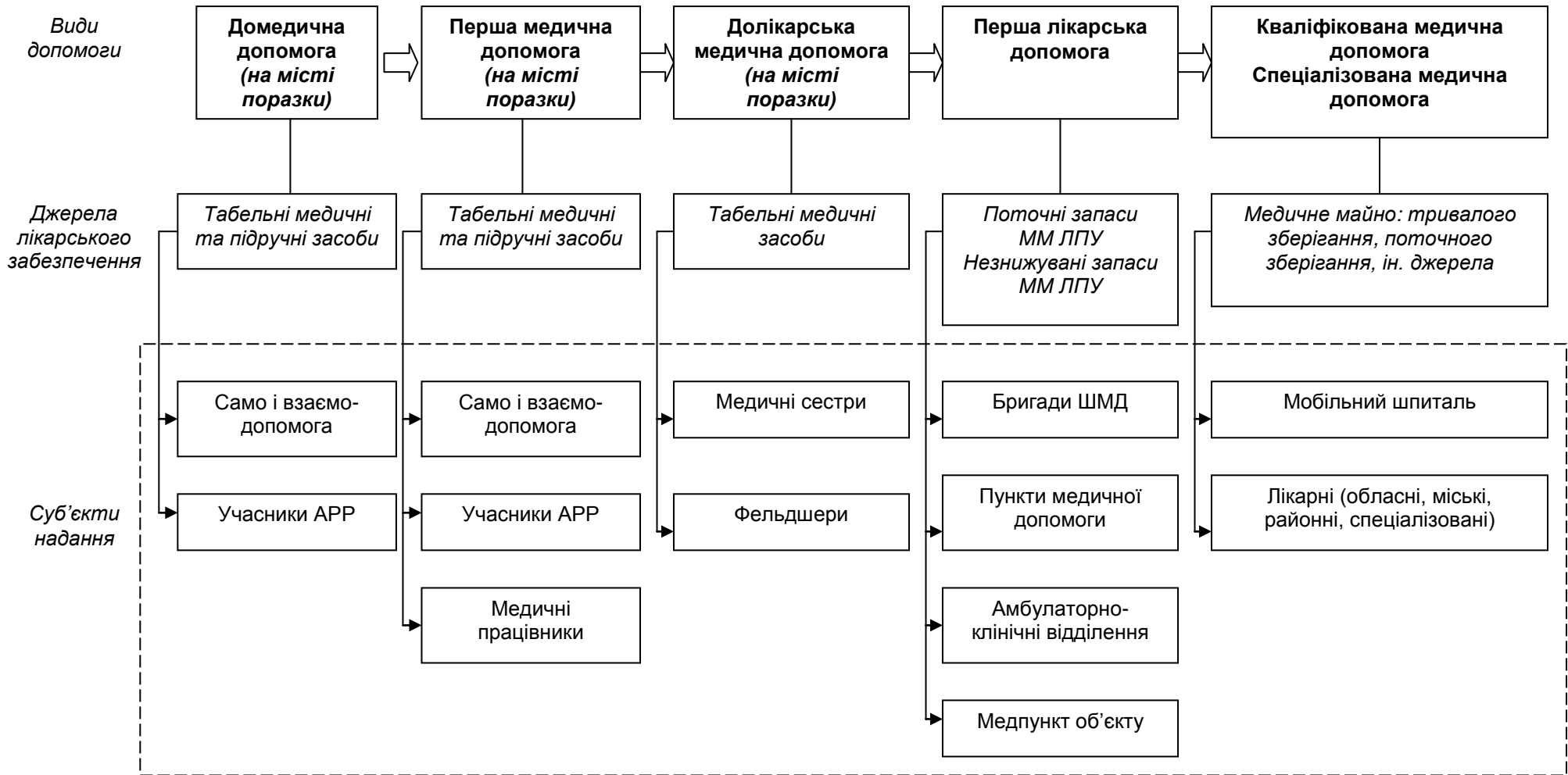
3. Контрольну діяльність, пов'язану з перевіркою в установленому порядку виконання ліцензійних умов та дотримання ліцензійних вимог ТЦ ЕМД і МК з урахуванням специфіки їх роботи.

Концепція включає в себе і інші напрямки забезпечення державного управління організацією ЛЗ в умовах НС представлені в розроблені моделі, які спрямовані на забезпечення належної якості лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС.

Для прийняття обґрунтованих управлінських рішень у сфері лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС необхідно чітко уявляти етапи і концепцію надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС, яка може бути основою для удосконалення як правової, так і організаційної компоненти механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС і дозволяє побудувати моделі, які стануть основою для подальшого розвитку системи державного управління медичною допомогою постраждалим при НС.

На рис. 3.2 у загальному вигляді показана модель структури надання медичної допомоги при НС та джерел лікарського забезпечення при НС.

Представлена модель включає в себе три основні складові: види медичної допомоги, до яких відносяться: перша медична допомога та долікарська медична допомога, перша лікарська допомога та кваліфікована і спеціалізована медична допомога; послідовність її надання; джерела ЛЗ медичної допомоги та суб'єкти надання медичної допомоги на її конкретних етапах.



АРР – аварійно-рятувальні роботи;  
 ММ – медичне майно;  
 ШМД – швидка медична допомога

Рис. 3.2. Модель структури надання медичної допомоги та джерела лікарського забезпечення при НС

Надання будь-якого виду медичної допомоги супроводжується відповідним ЛЗ, на яке впливає таке:

а) зовнішня ринкова середа: асортимент фармацевтичних товарів, попит, конкурентоздатність, фірми, що поставляють на ринок лікарські засоби, самі лікарські засоби; споживачі, їхні потреби;

б) ресурси (природні та продукція, що виробляється в регіоні промисловими підприємствами, випуск якої, при необхідності, можна розширити, і яку можливо використовувати при виникненні НС);

в) НС, від характеру яких залежать потреби в лікарських засобах та виробках медичного призначення для комплектування підрозділів ДСМК і надання медичної допомоги постраждалим;

г) можливості медичного обслуговування: діагностика, лікування, профілактика захворювань, перепрофілювання або розгортання додаткових спеціалізованих ліжок для надання медичної допомоги ураженим при НС;

д) фінансові ресурси: фінансування лікувально-профілактичних установ, цільових програм охорони здоров'я населення, в тому числі створення незнижуваного запасу на випадок НС;

е) фармацевтичні кадри - підготовка та перепідготовка спеціалістів - провізорів до професійної діяльності і адаптація їх до роботи по ЛЗ населення при НС;

ж) міжвідомчі координаційні комісії, у компетенцію яких входить зокрема узгодження:

– складу й порядку використання в разі НС медичних сил і засобів, що входять до складу служби медицини катастроф - планів медико-санітарного забезпечення населення на випадок виникнення НС;

– планів заходів щодо забезпечення постійної готовності служби медицини катастроф до виконання покладених на неї завдань;

– заходів щодо підготовки фахівців для служби медицини катастроф, планів координаційної роботи стосовно створення й використання резервів, медичних і матеріально-технічних ресурсів служби медицини катастроф на

відповідному рівні. За результатами аналізу факторів, що впливають на ЛЗ населення нами побудована модель системи лікарського забезпечення при НС (рис. 3.3).

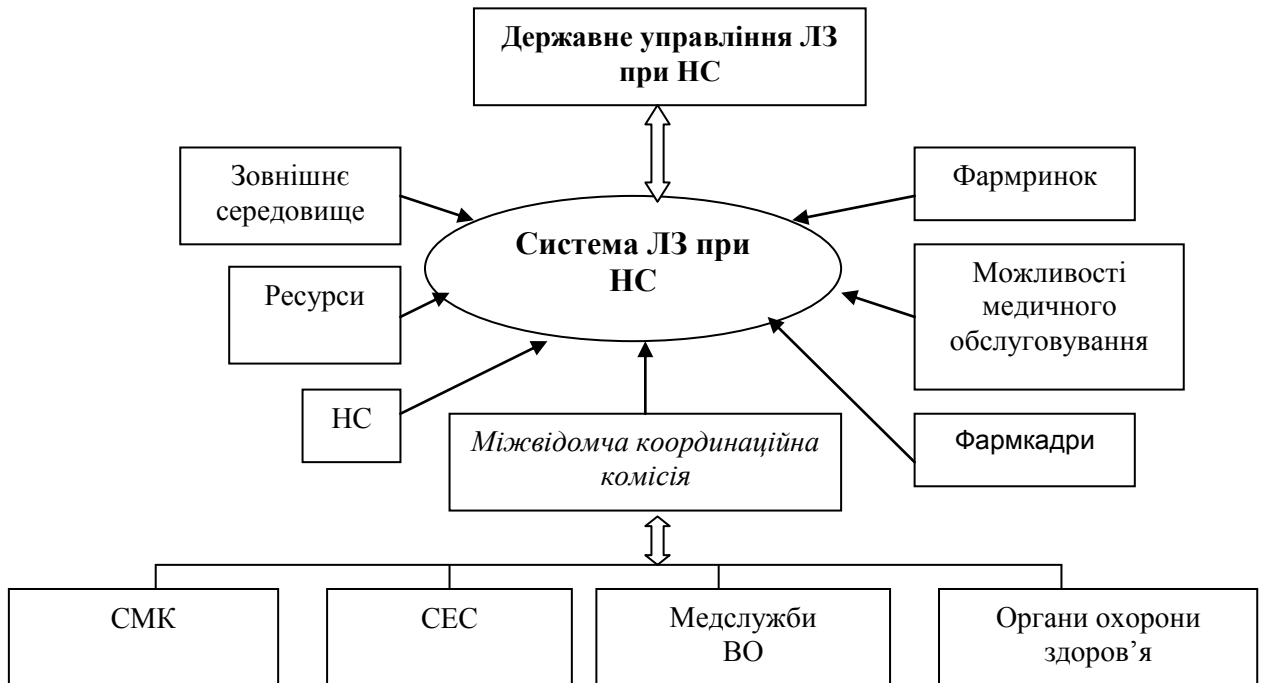


Рис. 3.3. Модель системи лікарського забезпечення при НС

Розробка і прийняття управлінських рішень, що приводить до підвищення якості лікарського забезпечення, перш за все, передбачає всебічну оцінку проблеми. Фактори та критерії оцінки, що формують певний рівень якості лікарського забезпечення, є вельми численними і неоднорідними, тому процес підвищення якості лікарського забезпечення потребує чіткої інформації, наявність якої можлива тільки при взаємодії всіх підрозділів фармацевтичної служби організацій і установ, що пов'язані з лікарського забезпечення й впровадження автоматизованих систем управління в рамках єдиного інформаційного простору.

Необхідність створення саме автоматизованих систем збору, аналізу і передачі інформаційних даних зумовлена цілим рядом специфічних особливостей фармацевтичної інформації. Вивчення показало, що для

фармацевтичної інформації характерно таке:

- багато джерел інформації та її користувачів;
- велика чисельність виробників і постачальників лікарських засобів, а також аптечних організацій, зайнятих їх оптовою та роздрібною реалізацією;
- необхідність контролю за номенклатурою лікарських засобів, сортування їх по фармакотерапевтичним та іншим групам;
- потреба постійного оновлення різних переліків і в цілому асортименту лікарських засобів за рахунок реєстрації нових та виключення з номенклатури застарілих і неефективних лікарських засобів;
- постійна потреба в об'єктивних даних з оцінки якості, безпеки та ефективності лікарських засобів;
- необхідність накопичення і зберігання численної і різноманітної інформації;
- потреба швидкого пошуку інформації за оперативними запитами різних груп користувачів.

Однією з таких систем може стати Система управління лікарським забезпеченням (далі – СУЛЗ), основним призначенням якої є автоматизація процесів управління лікарським забезпеченням, моніторинг використання лікарських засобів та виробів медичного призначення, організація збору і обробки електронної інформації з усіх регіонів України, надання накопиченої інформації учасникам системи охорони здоров'я і зацікавленим організаціям у відповідності з діючим законодавством, а також своєчасне інформування відповідальних підрозділів Міністерства охорони здоров'я.

Основними задачами СУЛЗ можуть бути такі:

- формування державного реєстру лікарських засобів, виробів медичного призначення і медичної техніки;
- формування масиву інформації про побічні дії лікарських засобів;
- моніторинг державних закупівель та використання лікарських засобів;
- формування масиву інформації про використання лікарських засобів

в Україні;

- формування масиву інформації про раціональне застосування і правильне зберігання лікарських засобів;
- моніторинг імпорту / експорту лікарських засобів;
- моніторинг цін та ін.

Проведений аналіз показав, що будь-які організації і установи, які пов'язані з лікарським забезпеченням, одночасно є джерелами інформації про показники, що характеризують лікарське забезпечення. Тому розробка і прийняття управлінських рішень, спрямованих на підвищення якості лікарського забезпечення при НС, повинні складатись з інформаційних потоків, що надають та використовують зацікавлені підрозділи, надійних каналів зв'язку між ними, сучасних комп'ютерних технологій.

Крім того, уся інформація повинна концентруватися у відповідному територіальному органі виконавчої влади у сфері фармацевтичної діяльності (Держлікслужбі), наприклад в *Центрі фармацевтичної інформації* (основним елементом СУЛЗ), з подальшою передачею через фармслужби Територіальних центрів екстреної медичної допомоги і медицини катастроф (ТЦ ЕМД і МК), за встановленими формами, за допомогою Урядової інформаційно – аналітичної системи з питань НС, на центральний рівень управління лікарським забезпеченням. При цьому координація діяльності ТЦ ЕМД і МК повинна здійснюватись загальнодержавним центром управління (ЦУ), окремі функції якого до останнього часу виконував УНПЦ ЕМД і МК.

Такий підхід дозволить координувати питання лікарського забезпечення при виникненні НС як на центральному, так і на територіальному рівні державного управління, організувати вчасне постачання потрібної кількості медичного майна, шляхом концентрації (при необхідності), у зону НС.

Порядок взаємодії між структурними елементами, в рамках системи державного управління лікарським забезпеченням при НС, може бути

представлений у вигляді моделі організаційно-функціональної структури державного управління лікарським забезпеченням при НС (рис.3.4).

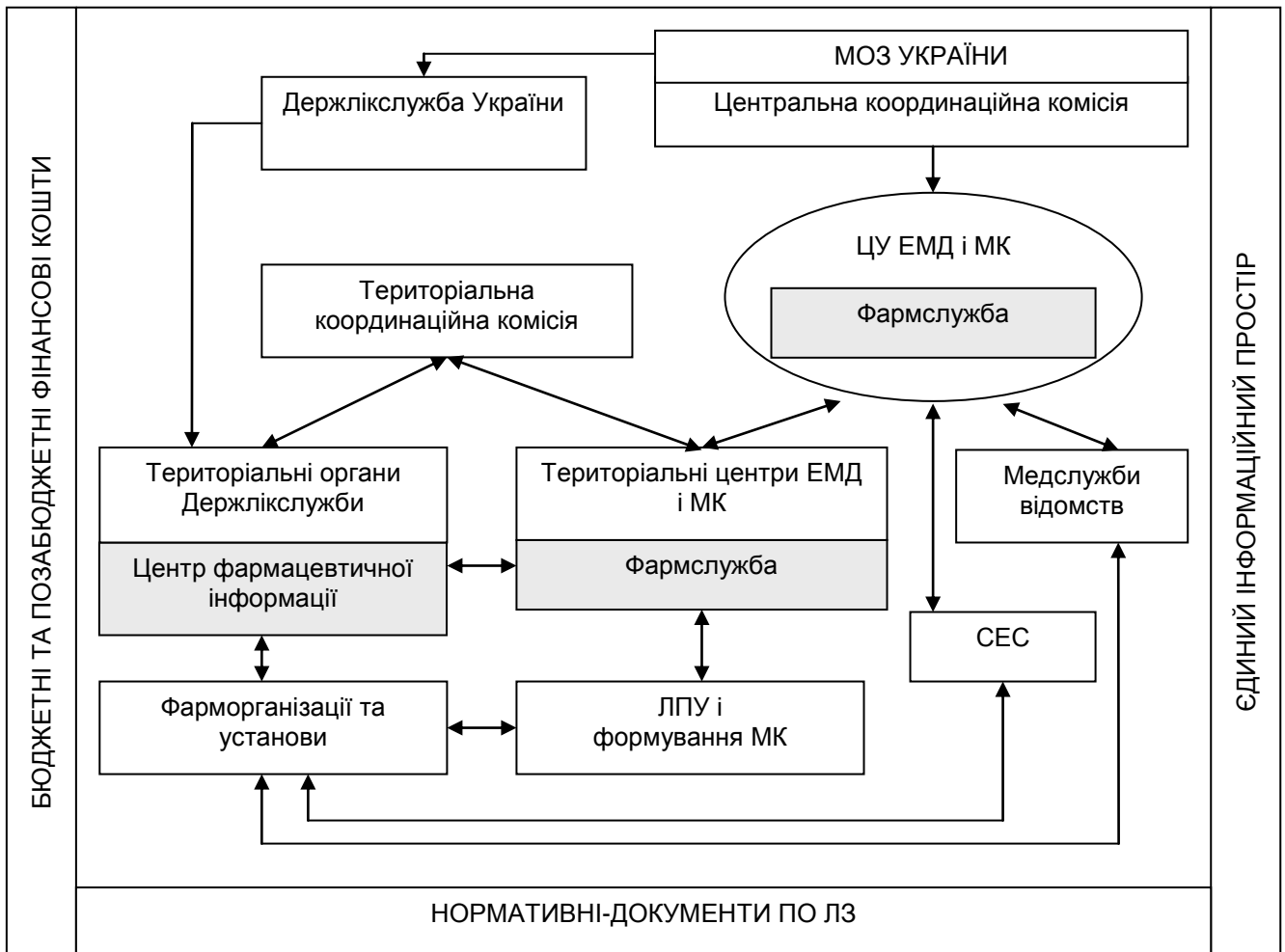


Рис. 3.4. Модель організаційно-функціональної структури державного управління лікарським забезпеченням при НС

Сформована саме таким чином модель здатна забезпечити чіткий інформаційний взаємозв'язок всіх суб'єктів, що беруть участь в ЛЗ при виникненні НС і забезпечити ефективне надання медичної допомоги постраждалим [264].

Таким чином, за результатами аналізу факторів, що впливають на процеси державного управління лікарським забезпеченням при НС, побудовані моделі і визначені перспективні напрями підвищення якості ЛЗ при НС.



Пропоновані моделі дозволяють економічно обґрунтовано вирішувати завдання формування лікарської політики: оптимізувати перелік лікарських засобів, що використовуються в лікуванні окремих хвороб або їх груп, створити необхідні бази для прогнозування потреби в ліках, підвищити якість забезпечення лікарських засобів та виробів медичного призначення на усіх рівнях управління лікарським забезпеченням постраждалих при НС.

### **3.3. Шляхи вдосконалення організаційно-правового забезпечення діяльності фармацевтичної служби територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф**

Розглядаючи підходи до організації медичної допомоги постраждалим в умовах НС, було визначено, що сьогодні основними підрозділами СМК які здійснюють таку допомогу, залишаються Територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ТЦ ЕМД і МК), на які безпосередньо покладені функції лікарського забезпечення та організації діяльності аптечних установ при виникненні НС.

Крім того, у структурі станцій ШМД, які входять у склад ДСМК, згідно з наказом МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 створені аптечні відділення станції швидкої медичної допомоги, які організовують забезпечення підстанцій лікарськими засобами, перев'язувальними матеріалами, виробами медичного призначення, медичним обладнанням та апаратурою з метою надання екстреної медичної допомоги пацієнтам на догоспітальному етапі [193, 198].

Згідно з наказом МОЗ від 7 грудня 2012 року № 1018 [195] штатами територіального центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф було передбачено створення аптечного відділення центру. Наказом № 899 від 12.12.2011 р. було затверджено положення про аптечне відділення центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Але менш чим за

півроку цей наказ було скасовано на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я № 324 від 03.05.2012 р. [264]. І хоча, на нашу думку, це положення не досконале, воно було необхідне для регулювання діяльності фармацевтичної компоненти Державної служби медицини катастроф, структури, яка є невід'ємною часткою організації лікарського забезпечення в умовах НС.

Сьогодні тільки аптечні відділення станції ШМД можливо рахувати підрозділами СМК, які здійснюють лікарське забезпечення на випадок виникнення НС. ТЦ ЕМД і МК, що створені при територіальних ЛПЗ, як правило користуються аптеками саме цих закладів і не мають власної фармацевтичної служби.

Дослідження функціональної структури аптечних відділень станції ШМД показали, що до основних їхніх видів діяльності відносяться такі:

- підготовка вимог-замовлень у базову аптеку, подання заявок на фірми-постачальники по придбанню лікарських засобів, перев'язувальних матеріалів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та апаратури та отримання від постачальника медичної продукції;

- приймання від підстанцій вимог-замовлень на лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, вироби медичного призначення тощо;

- відпуск підстанціям лікарських засобів, перев'язувальних матеріалів, виробів медичного призначення, дезінфекційних засобів, медичного обладнання тощо;

- контроль за зберіганням, термінами придатності, потребами підстанцій у лікарських засобах та виробих медичного призначення;

- контроль за організацією та оновленням на підстанціях необхідної кількості лікарських засобів на випадок великої кількості потерпілих та забезпечення останніми при виникненні надзвичайних ситуацій;

- доведення до відома медичних працівників станції інформації про наявність в аптечному відділі лікарських засобів, надходження нових лікарських засобів або їх виключення з оснащення;

– ведення організаційно-методичного керівництва та контроль за веденням облікової документації старшими фельдшерами підстанцій по медикаментозному забезпеченню станції;

– проведення вхідного контролю якості лікарських засобів та виробів медичного призначення тощо, які надійшли в аптечне відділення. Інформування Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів про виявлення неякісних та фальсифікованих лікарських засобів та товарів у відповідні терміни за встановленим порядком.

Крім того, відділення повинно мати у розпорядженні лікарські засоби та інші товари аптечного асортименту, відповідно до встановлених нормативів, та проводити закупівлю ЛЗ та ВМП, згідно з затвердженим формуляром.

На погляд автора сучасні види діяльності фармацевтичної служби в структурі медицини катастроф відрізняються від видів діяльності аптечних відділень станції ШМД, залежать від режиму роботи служби і повинні одночасно вирішувати завдання, пов'язані як з фармацевтичними товарами, так і з питаннями раціонального їх використання.

Діяльність, пов'язана з фармацевтичними товарами включає діяльність, що пов'язана із закупівлею лікарських засобів, придбанням наркотичних засобів і психотропних речовин, прийманням, зберіганням, обліком, відпуском, освіженням, знищенням, передачею, забезпеченням якості лікарських засобів.

Діяльність, пов'язана з питаннями раціонального використання ліків включає діяльність, пов'язану з аналізом структури НС, динаміки надання швидкої медичної допомоги, допомоги постраждалим при ДТП, складанням стандартів лікарського забезпечення, формуванням номенклатури резерву, формуляра, переліку лікарських засобів, інформуванням лікарів про появу нових лікарських засобів.

Проведене дослідження, дозволило систематизувати сучасні види діяльності, які, на наш погляд, повинні здійснюватися фармацевтичною

службою ТЦ ЕМД і МК при різних режимах функціонування центру і представити результати у вигляді таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

### Види діяльності фармслужби ТЦ ЕМД і МК

№ з/п	Вид діяльності	Режими		
		НС	Підвищеної готовності	Повсякденної діяльності
<i>Діяльність, пов'язана з фармацевтичним товаром</i>				
1	Закупка лікарських засобів з загального списку, в т.ч. сильнодіючих отруйних речовин (СДОР)	-*	+/-	+
2	Придбання наркотичних засобів (НЗ) і психотропних речовин (ПР)	-*	+/-	+
3	Приймання ЛЗ, СДОР, НЗ і ПР	+	+	+
4	Зберігання ЛЗ, СДОР, НЗ і ПР	-	+/-	+
5	Облік ЛЗ, СДОР, НЗ і ПР	-	+/-	+
6	Відпуск (видача) ЛЗ, СДОР, НЗ і ПР відділенням центру для надання допомоги при ДТП та інших надзвичайних подіях	-	-	+
7	Відпуск (видача) ЛЗ, СДОР, НЗ і ПР відділенням центру для надання допомоги при НС	+	+	-
8	Оновлення, закладка, вилучення ЛЗ, СДОР, НЗ і ПР зі складів резерву	-	+/-	+
9	Знищення НЗ і ПР	-	-	+
10	Забезпечення та перевірка якості ЛЗ	+	+	+
11	Передача медичного майна при необхідності на базу ЛПУ в зоні НС	+	-	-
12	Передача ЛЗ та майна медичного призначення, що виведені із резерву на базу ЛПУ для подальшого використання в умовах повсякденної діяльності	-	-	+

№ з/п	Вид діяльності	Режими		
		НС	Підвищеної готовності	Повсякденної діяльності
<i>Діяльність, пов'язана з питаннями раціонального використання ЛЗ</i>				
1	Аналіз структури НС, прогнозування медико-санітарних наслідків (МСН), складання разом з лікарями стандартів ЛЗ для надання медичної допомоги в умовах НС та в умовах повсякденної діяльності	-	+/-	+
2	Складання на основі стандартів та прогнозу МСН номенклатури резерву ЛЗ та визначення їхньої потреби	-	-	+
3	Фармако-економічний аналіз номенклатури резерву, вибір торгового найменування	-	+/-	+
4	Аналіз структури надання спеціалізованої медичної допомоги та допомоги потерпілим при ДТП. Складання стандартів лікарського забезпечення для надання ЕМД в рамках ШМД	-	-	+
5	Фармако-економічний аналіз схем лікарського забезпечення, з метою раціонального використання лікарських засобів	-	+/-	+
6	Складання формуляру лікарських засобів, переліку для надання допомоги постраждалим у ДТП	-	-	+
7	Інформування медичного персоналу про схеми фармакотерапії, про течію та ускладнення при використанні лікарських засобів.	+	+	+
8	Інформування лікаря про можливі заміни лікарських препаратів	+	+	+
9	Надання формулярній комісії	+	+	+

№ з/п	Вид діяльності	Режими		
		НС	Підвищеної готовності	Повсякденної діяльності
	інформації про нові лікарські препарати, про можливості їхнього використання			
10	Контроль фармацевтичного порядку в відділеннях та підрозділах центру	+	+	+

+ - здійснення діяльності;  
 - діяльність не здійснюється;  
 +/- діяльність здійснюється у випадку необхідності;  
 -\* здійснення діяльності можливе, але не необхідне на дошпитальному етапі, оскільки у разі витрачання ЛЗ будуть поступати з установ шпитального етапу, що мають план-завдання на здійснення діяльності в умовах НС та від фірм-поставників, на базі яких розміщені замовлення за процедурою попереднього відбору.

На співробітників служби покладається прийняття аналітичних рішень, що пов'язані з аналізом функціонування медицини катастроф, як складної системи (наприклад, прогнозування кількості НС і ліків необхідних для їх ліквідації та ін.), організаційних фармацевтичних рішень спрямованих на ліквідацію або попередження недоліків функціонування системи (наприклад, оптимізація номенклатури та кількості товарних запасів, як для ліквідації наслідків НС, так і для роботи в умовах повсякденної діяльності), оперативних рішень, що пов'язані з безпосередньо поточним управлінням діяльністю фармслужби (наприклад, рішення щодо закупки, оновлення, списання медичного майна) та ін.

Із аналізу даних, представлених в таблиці випливає, що види діяльності фармацевтичної служби в структурі медицини катастроф відрізняються від видів діяльності звичайних аптечних установ. Відмінність, насамперед, в тому, що фармацевтична служба функціонує в трьох різних режимах роботи: в умовах НС, в умовах підвищеної готовності і в умовах повсякденної діяльності, з завданнями характерними для кожного режиму роботи.

Виконання таких видів діяльності як закупка, організація належних

умов приймання та зберігання, організація відпуску у відділення центру, надання формулярній комісії інформації про лікарські засоби, фармако-економічний аналіз схем лікарського забезпечення, який виконується задля раціонального використання лікарських засобів, тобто (за визначенням ВООЗ, 1988) такого їх застосування, коли хворі отримують препарати відповідно до клінічної необхідності, в дозах, що відповідають індивідуальним потребам, впродовж адекватного періоду часу і з найменшими витратами для себе і суспільства, загальними для фармацевтичної служби ТЦ ЕМД і МК і аптеки ЛПУ.

Освіження резерву лікарських засобів, передача медикаментів в умовах НС здійснюється тільки фармацевтичної службою ТЦ ЕМД і МК.

Як видно з аналізу, характер діяльності та перелік функцій, які здійснюють аптечні відділення станції ШМД не відповідають вимогам до підрозділу, який пов'язаний з лікарським забезпеченням в системі СМК.

З огляду на це, виникає необхідність у створенні фармацевтичної служби ТЦ ЕМД і МК.

Перш за все, потребує розробки нормативно-правова база функціонування фармацевтичної служби, яка може включати в себе різні документи.

З метою організації гарантованого лікарського забезпечення постраждалим при наданні медичної допомоги у нашій роботі запропонована модель стандарту по організації роботи фармацевтичної служби ТЦ ЕМД і МК, на основі якого можуть бути розроблені: положення про фармацевтичну службу ТЦ ЕМД і МК, штатний розклад, посадові інструкції, інструкції, що враховують особливості дотримання трудового і санітарно-епідеміологічного законодавства та ін., що не входить у завдання нашого дослідження.

У структуру розробленої моделі стандарту нами запропоновані такі модулі:

*Розділ I. Вступна частина: вступ, загальні положення.*

Розглядається Концепція лікарського забезпечення громадян, які

опинилися в зоні впливу несприятливих факторів, що виникли внаслідок НС, постраждалих при дорожньо-транспортних пригодах, або вимагають надання швидкої медичної допомоги фахівцями медицини катастроф.

Метою даної концепції є організація фармацевтичної служби медицини катастроф на певній території для стабілізації показників здоров'я населення шляхом реалізації заходів, спрямованих на поліпшення лікарського забезпечення медичних технологій фахівців медицини катастроф.

Концепція побудована на принципах, головні з яких поєднання спільних заходів з надання медичної допомоги та лікарського забезпечення громадян фахівцями медицини катастроф, багаторівневий підхід до організації фармацевтичної служби медицини катастроф.

#### *Розділ II. Введення стандарту.*

Регламентує, що цілями і завданнями Стандарту є захист прав та інтересів, а також визначення державної політики в галузі лікарського забезпечення громадян при використанні технологій медицини катастроф. Стандартом затверджується право громадян на безкоштовне медикаментозне забезпечення при відшкодуванні шкоди, заподіяної їх здоров'ю внаслідок катастрофи, при дорожньо-транспортній пригоді, або у випадках, що вимагають надання швидкої медичної допомоги.

У даному розділі даються такі поняття як: медична допомога в умовах НС, лікарське забезпечення громадян, які зазнали впливу несприятливих факторів, що виникли внаслідок надзвичайної ситуації, постраждалих при дорожньо-транспортних пригодах, або вимагають надання швидкої медичної допомоги, фармацевтична служба медицини катастроф.

#### *Розділ III. Положення про організацію діяльності фармацевтичної служби центру медицини катастроф.*

Описуються загальні положення та необхідні умови для здійснення діяльності фармацевтичної служби, місце ФС в структурі ТЦМК, поділ ФС на відділи.

Матеріально-господарське забезпечення (вимоги до приміщень,



обладнання, технічного оснащення), безпеку праці, протипожежні заходи, вимоги до охорони праці. Санітарний режим, санітарні вимоги до приміщень фармацевтичної служби .

*Розділ IV. Вимоги до організації процесів, пов'язаних з фармацевтичною діяльністю.*

Описуються і законодавчо регулюються питання, пов'язані із закупівлею лікарських препаратів і виробів медичного призначення, розділяється закуп у залежності від режимів роботи фахівців медицини катастроф. Регламентуються вимоги, пов'язані з організацією процесу приймання в залежності від способу доставки вантажів, окрема увага приділяється прийманню наркотичних засобів і психотропних речовин.

Регулюються особливості організації зберігання товарно-матеріальних цінностей у відділах повсякденній діяльності і на складі резерву. Порядок відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення включає технології, пов'язані з відпуском відділення центру в умовах повсякденної діяльності, випуском, освіженням, передачею товарно-матеріальних цінностей зі складу резерву.

У стандарті докладно описується порядок обліку та звітності фармацевтичної служби, вимоги до фармацевтичного персоналу.

Таким чином, результатом проведених нами досліджень можуть стати узагальнені в комплекті нормативних та методичних матеріалів стандарту «Фармацевтична служба медицини катастроф». Головною метою, якого є забезпечення належної якості лікарського забезпечення медичних технологій фахівців медицини катастроф в різних режимах роботи.

Цей стандарт визначає роль фармацевтичної служби в системі медицини катастроф, роль фармацевтичного працівника при наданні медичної допомоги постраждалим в умовах НС, при наданні швидкої медичної допомоги, медичної допомоги постраждалим при дорожньо-транспортних пригодах.

Він спрямований на забезпечення медичних технологій при наданні

допомоги потерпілим якісними, безпечними лікарськими засобами, забезпечення раціонального застосування лікарських препаратів. Запропонована нами модель стандарту призначається для організації діяльності фармацевтичної служби медицини катастроф на територіальному рівні державного управління і дозволяє змоделювати на її основі організаційну структуру фармацевтичної служби ТЦ ЕМД і МК, у вигляді, Який наведено на рис. 3.5.

Фармслужба ТЦ ЕМД і МК – підрозділ центру, який повинен здійснювати фармацевтичну діяльність і відповідати за організацію лікарського забезпечення, як в умовах НС, так и в умовах повсякденної діяльності при наданні ШМД.

На наш погляд, організаційно структура фармацевтичної служби центру медицини катастроф повинна складатися з двох підрозділів, підрозділу по забезпеченню роботи центру в умовах повсякденної діяльності і підрозділу по забезпеченню роботи в умовах НС.

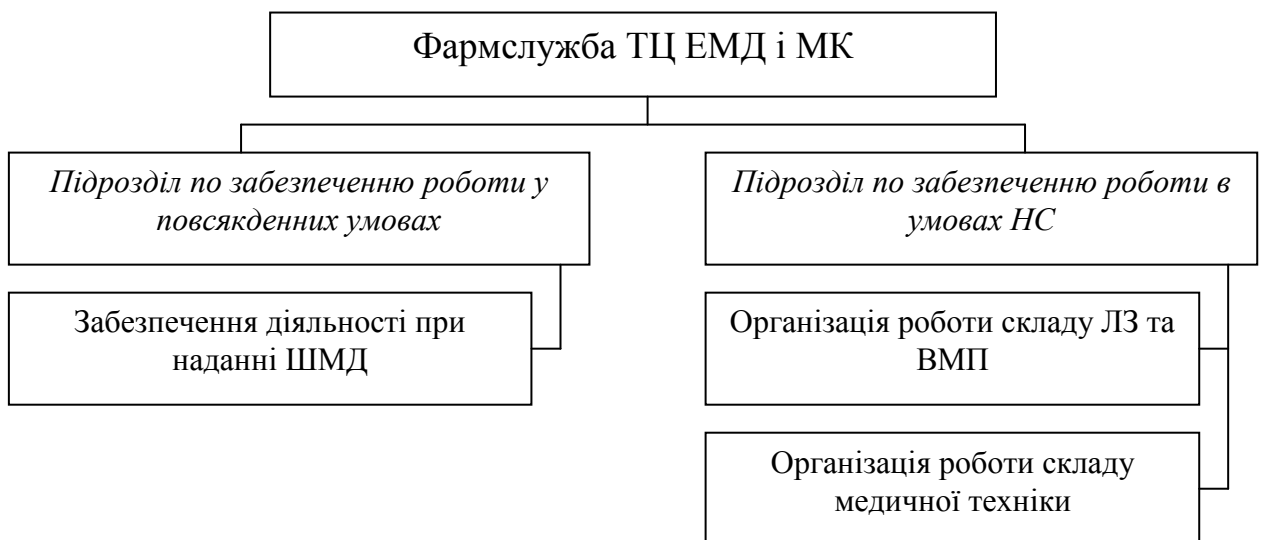


Рис. 3.5. Модель фармацевтичної служби ТЦ ЕМД і МК

Підрозділ по забезпеченню роботи центру в умовах повсякденної діяльності відповідає за лікарське забезпечення медичних технологій по лінії

швидкої медичної допомоги для надання екстреної медичної допомоги як при надзвичайних подіях, в умовах повсякденної діяльності, так і в умовах НС.

Для організації лікарського забезпечення постраждалих при НС, коли для надання медичної допомоги постраждалим залучається велика кількість ЛЗ та ВМП, повинні бути підрозділи складу-резерву ЛЗ та ВМП призначення і складу медичної техніки.

Фахівцями фармацевтичної служби складаються схеми лікарського забезпечення. В результаті формується асортимент лікарських засобів та виробів медичного призначення (рис. 3.6).

Особливістю сучасного фармацевтичного ринку є наявність великого асортименту лікарських засобів та їх аналогів. Тому одним з основних етапів формування асортименту лікарських засобів та виробів медичного призначення для надання допомоги постраждалим в умовах НС є вивчення фармацевтичного ринку з метою виявлення конкурентоспроможних лікарських засобів та виробів медичного призначення за рівнем задоволення потреби, терапевтичної ефективності і вартості.

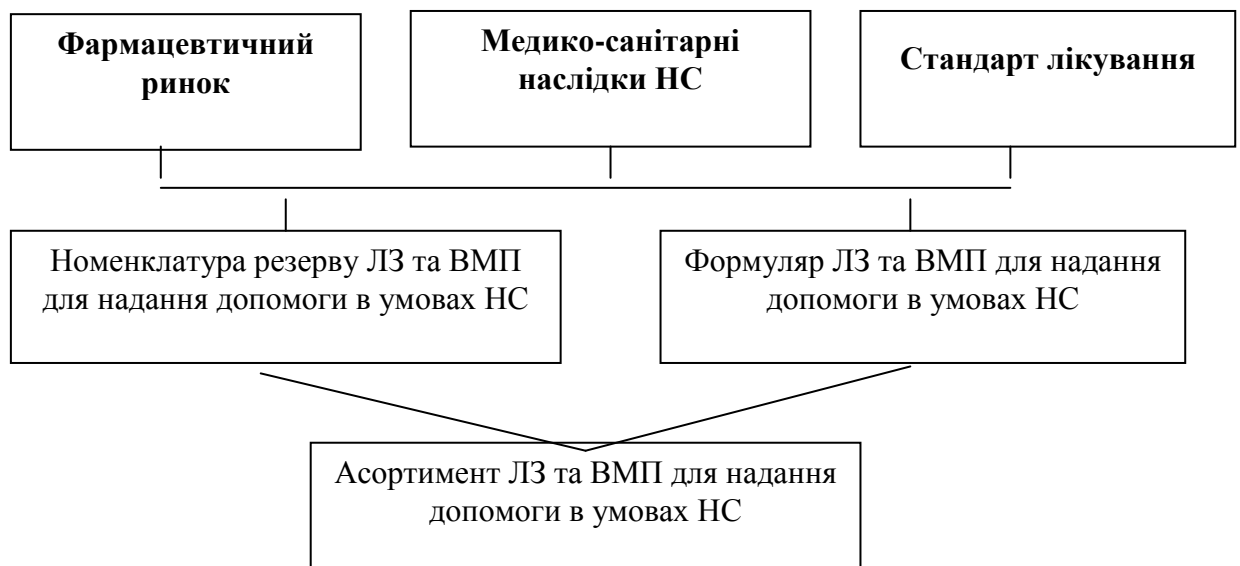


Рис. 3.6. Модель формування асортименту лікарських засобів та виробів медичного призначення необхідного для роботи спеціалістів СМК

Другим фактором, що впливає на формування асортиментної політики є характер та величина медико-санітарних втрат від НС та їхніх наслідків, які визначають адекватність функціонування системи ЛЗ характеру НС і впливають на кількісний і якісний склад резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Залежно від виду НС та дії основного вражаючого фактора структура санітарних втрат може бути різною, але для кожного виду НС характерні свої фактори уражень, які приводять до однотипних специфічних ушкоджень постраждалих, що дозволяє застосування типових переліків виконуваних медичних заходів та методів лікування (стандартів, протоколів), з використанням типових для даної нозології переліків лікарських засобів (формулярів).

Відповідно до запропонованої моделі асортиментна політика повинна будуватися на концепції «доказової медицини» за допомогою ABC і VEN - аналізів, фармакоекономічному аналізі, заснованого на використанні затратно-ефективного методу (вартість-ефективність), що дозволяє перерозподіляти фінансові кошти з урахуванням важливості закупуваних лікарських засобів і оптимізувати лікувальний процес при наданні медичної допомоги постраждалим при НС. Стосовно вибору номенклатури медичного майна, то він здійснюється виходячи зі змісту існуючих методик діагностики та лікування постраждалих, а кількісні визначаються нормативним методом.

Таким чином, проведені дослідження по створенню фармслужби ТЦ ЕМД і МК позначило проблеми, пов'язані з відсутністю сучасної законодавчої бази у даній області, зокрема щодо створення організаційно-розпорядчої документації для фармслужби, обґрунтування номенклатури ЛЗ та ВМП, опис процесів фармацевтичної діяльності та ін., наявністю адміністративних бар'єрів.

Тому, забезпечення створення й ефективного функціонування фармацевтичної служби полягає в розробці та реалізації програми її розвитку і передбачає приведення нормативно-правової бази, організаційної

структури, механізмів управління, ресурсного та наукового забезпечення служби, організації її діяльності відповідно до завдань служби, характерними для кожного режиму роботи.

Окрему увагу при побудові фармслужби ТЦ ЕМД і МК треба приділити подоланню адміністративних бар'єрів, які пов'язані з:

– фармацевтичною діяльністю, а саме відсутність у діючому законодавстві нормативних документів, пов'язаних з питаннями ліцензування резервів; відсутність у діючому законодавстві документів, що регламентують номенклатуру посад фармпесоналу; відсутність у діючому законодавстві наказів про облік територіальних центрів медицини катастроф;

– діяльністю з наркотичними та психотропними препаратами, коли відсутній у діючому законодавстві механізм виїзної роботи з даними препаратами і роботи з даними препаратами на базі іншого ЛПЗ;

– обігом лікарських засобів в умовах НС: відсутність документа, що регулює процес списання лікарських засобів, які були використані у НС із певного резерву.

Крім того, сьогодні, відповідно до раніше описаної концепції лікарського забезпечення, для функціонування фармслужби ТЦ ЕМД і МК, необхідно забезпечити:

1. Чітке розуміння функцій фармацевтичної служби медицини катастроф як функціональної підсистеми медичної допомоги, її роль в лікарському забезпеченні постраждалих у НС.

2. Удосконалення законодавчої бази в галузі медицини катастроф, ліквідацію адміністративних бар'єрів, що перешкоджають діяльності фармслужби.

3. Впровадження наукових розробок, пов'язаних з визначенням потреби у лікарських засобах та виробках медичного призначення для роботи в умовах НС, по лінії надання швидкої медичної допомоги та медичної допомоги постраждалим у ДТП.

4. Регулювання та охорону праці фахівців фармацевтичної служби, в

тому числі при роботі в осередку поширення особливо небезпечних інфекційних захворювань, токсичних речовин, радіаційному ураженні.

5. Чіткий опис видів фармацевтичної діяльності в структурі медицини катастроф.

Зазначені підходи до побудови фармслужби ТЦ ЕМД і МК нададуть можливість створити службу, яка буде відповідати вимогам сьогодення і дозволить здійснювати лікарське забезпечення постраждалих від НС на сучасному рівні.

### **Висновок до третього розділу**

Виконане дослідження дозволило зробити висновки і запропонувати напрями вдосконалення державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС, в основу яких покладений відповідний організаційно-правовий механізм державного управління:

1. Визначено, що у більшості країн світу, для вирішення завдань цивільної оборони, боротьби з НС техногенного та природного характеру створено спеціалізовані державні системи. На більшість із них, разом із залученням органів державної влади і місцевого самоврядування, покладено реалізація функцій надання медичної допомоги та ліквідації медико-санітарних наслідків НС. Для виконання зазначених функцій у розпорядження таких систем надаються матеріально-технічні ресурси із резервів різного рівня, які включають в себе і ЛЗ та ВМП.

2. Побудова та вдосконалення системи лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС можливі тільки на основі єдиної теоретичної й методичної бази, в основу якої закладені принципи лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС, під якими розуміємо основні підходи та правила діяльності установ та підрозділів СМК по забезпеченню постраждалих ЛЗ та ВМП при виникненні НС і ліквідації їхніх наслідків.

3. На основі запропонованих принципів в роботі розроблена Концепція

державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС, яка представлена у вигляді моделі і стала підґрунтям нормативно-правової складової організаційно-правового механізму.

4. У свою чергу, запропонована концептуальна модель стала основою для розробки організаційної складової організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС і дозволила побудувати різного рівня організаційно-функціональні моделі пов'язані з предметом дослідження.

5. Організація медичної допомоги постраждалим в умовах НС передбачає наявність певних органів і структур державного управління, до числа яких, у першу чергу, відносять Територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Діяльність ТЦ ЕМД та МК по наданню медичної допомоги повинна супроводжуватись відповідним лікарським забезпеченням. Після ряду реорганізацій, які відбулися у СМК в останній час, були ліквідовані аптечні відділення Центру, а їхні функції по лікарському забезпеченню покладені на аптеки ЛПЗ та аптечні відділення станції ШМД, види діяльності яких не відповідають в повній мірі видам діяльності які повинні здійснювати фармацевтичні (аптечні) підрозділи ТЦ ЕМД та МК, що може викликати труднощі з організацією ефективної і своєчасної медичної допомоги постраждалим при виникненні НС великого масштабу.

6. З метою приведення у відповідність з завданнями СМК систему державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС в роботі розроблено концепцію стандарту по організації роботи фармацевтичної служби ТЦ ЕМД і МК, який може стати основою для розробки відповідної нормативно-правової бази функціонування фармслужби.

7. Крім того, в роботі запропонована модель організаційно-функціональної побудови сучасної фармслужби ТЦ ЕМД і МК та організації її роботи по формування асортименту лікарських засобів та виробів медичного призначення необхідного для роботи спеціалістів СМК.

## ВИСНОВКИ

У монографії вирішено конкретне наукове завдання, яке полягає в обґрунтуванні теоретичних положень державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС, а також розробці практичних рекомендацій з удосконалення організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС природного й техногенного характеру. Отримані в ході дослідження результати дозволяють сформулювати такі висновки та пропозиції:

1. Узагальнення літературних джерел за темою монографії дозволило надати власні визначення базовим поняттям. Під державним управлінням лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій розуміється ресурсна складова державного управління медичною допомогою, що включає в себе комплекс заходів, які здійснюються органами державної влади та посадовими особами щодо організації всебічного й повного забезпечення підрозділів служби медицини катастроф і лікувальних закладів лікарями при виникненні НС. Основу державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС становить його організаційно-правовий механізм. З урахуванням напрацювань науковців у галузі державного управління у роботі під організаційно-правовим механізмом державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС розуміється система нормативно-правових актів, які регулюють лікарське забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій, і спеціально уповноважених державних органів, які здійснюють реалізацію вимог правових норм шляхом проведення превентивних і ліквідаційних заходів.

Доведено, що державне управління в умовах НС можна розглядати в широкому і вузькому розумінні. Так, у широкому розумінні державне управління в умовах НС виступає як діяльність держави (всіх гілок влади), спрямована на захист особи, суспільства й держави від надзвичайних



ситуацій, забезпечення їх життєдіяльності та стійкого розвитку. У вузькому розумінні державне управління в умовах НС – це вид діяльності органів державної влади та посадових осіб, на які покладені функції управління в умовах НС, спрямовані на захист населення, територій, матеріальних і духовних цінностей і докiлля від надзвичайних ситуацій.

2. Установлено, що однією з найважливіших складових державного управління в умовах НС є ресурсна складова, функціонування якої спрямоване на матеріально-технічне забезпечення реагування й ліквідації наслідків НС, зокрема на надання медичної допомоги постраждалим, яка, у свою чергу, потребує лікарського забезпечення й відповідної системи державного управління. Дослідження сутності державного управлінням лікарським забезпеченням в умовах НС показує, що це – ресурсна складова державного управління медичною допомогою, що включає в себе комплекс заходів, які здійснюються органами державної влади та посадовими особами щодо організації всебічного й повного забезпечення підрозділів СМК та лікувальних закладів лікарями при виникненні НС, в основу функціонування якої покладено організаційно-правовий механізм державного управління.

3. Проведене дослідження показало, що в Україні сформовано певну нормативно-правову базу, яка регламентує діяльність системи матеріально-технічного постачання, створення відповідних резервів і лежить в основі функціонування організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС. Утім, незважаючи на значну кількість документів, більшість з них має декларативний характер. У них відсутні конкретні механізми впровадження тих чи інших положень нормативно-правових актів. І перш за все це стосується документів щодо правового закріплення диференційного підходу до організації надання ЕМД населенню відповідно типу уражень; механізму формування, раціонального використання ресурсів і їх контролю; розробки рекомендацій для включення лікарських препаратів у регулюючі переліки для формування фармакотерапевтичних стандартів; упровадження формулярної системи для СМК; розробки основних

принципів і методів формування запасів лікарських засобів і механізмів їх оновлення відповідно до термінів дії та можливостей використання в закладах охорони здоров'я; розробки принципів функціонування, взаємодії та фінансування фармацевтичних і медичних закладів при їх розміщенні в різних адміністративно-територіальних районах країни за необхідності перерозподілу ресурсів у разі виникнення НС. Визначено, що у більшості країн світу, для вирішення завдань цивільної оборони, боротьби з НС техногенного та природного характеру створено спеціалізовані державні системи. На більшість із них, разом з залученням органів державної влади і місцевого самоврядування, покладено реалізація функцій надання медичної допомоги та ліквідації медико-санітарних наслідків НС. На підставі цього, запропоновано удосконалити національне законодавство в частині запровадження принципів діяльності та структури ТЦ ЕМД і МК

4. В Україні розроблено певну організаційну систему державного управління ресурсним забезпеченням медичної допомоги й, зокрема, лікарським забезпеченням в умовах виникненні НС. У недалекому минулому резерви медичного майна накопичувалися різними відомчими структурами: закладами й установами МОЗ України центрального підпорядкування та обласними (Автономної Республіки Крим) управліннями охорони здоров'я, міністерствами й відомствами держави, на які було покладено завдання СМК, системою установ і закладів державного резерву тощо, але конкретного механізму об'єднання цих запасів для оперативного вирішення при ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій мирного часу не було. З огляду на це для ліквідації наслідків НС в умовах сьогодення виникає необхідність поєднати медичні резерви держави з усіма його складовими частинами незалежно від відомчого підпорядкування. Доцільним є налагодження обліку всього медичного майна, яке є в державі, відпрацювання механізму взаємодії відомчих структур для використання існуючих у державі резервів, а поповнення резервів довести до оптимальних, науково обґрунтованих обсягів. Ці завдання можуть бути успішно вирішені

лише за умов об'єднання зусиль органів управління державної влади й органами охорони здоров'я на всіх рівнях (район, місто, область, держава).

5. За результатами проведеного дослідження на основі сформульованих принципів лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС запропоновано підходи до створення Концепції державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС, яка стала підґрунтям нормативно-правової складової організаційно-правового механізму. Основна мета розробки Концепції – забезпечення належної якості лікарського забезпечення постраждалих в умовах НС. Критеріями якості в концепції є своєчасність, доступність, ефективність й оптимальність лікарського забезпечення.

Для досягнення поставленої мети було визначено основні напрями формування й реалізації концепції, які включають методичне, організаційне, інформаційне й ресурсне забезпечення.

Запропонована концептуальна модель стала основою для розробки організаційної складової організаційно-правового механізму державного управління лікарським забезпеченням в умовах НС і дозволила побудувати організаційно-функціональні моделі, які пов'язані з предметом дослідження.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Аверьянов В. Б. Державне управління: теорія і практика / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. В. Б. Аверьянова. – К. : Юрінком Інтер, 1998. – 432 с.
2. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К. : Факт, 2003. – 384 с.
3. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления : курс лекцій / Г. В. Атаманчук. – М. : Юрид. лит., 1997. – С. 38.
4. Бакуменко В. Д. Формування державно-управлінських рішень: Проблеми теорії, методології, практики : монографія / В. Д. Бакуменко. – К. : Вид-во УАДУ, 2000. – С. 6-8.
5. Державне управління : словник-довідник / [уклад. В. Д. Бакуменко (кер. творчого кол.), Д. О. Безносенко, І. М. Варзар, В. М. Князєв, С. О. Кравченко, Л. Г. Штика; за заг. ред. В. М. Князєва, В. Д. Бакуменка. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – С. 63.
6. Державне управління : навч. посіб. / [А. Ф. Мельник, О. Ю. Оболенський, А. Ю. Васіна, Л. Ю. Гордієнко]; за заг. ред. А. Ф. Мельник. – К. : Знання-Пресс, 2003. – С. 328.
7. Нижник Н. Р. Державне управління в Україні: проблеми і перспективи / Н. Р. Нижник // Вісн. УАДУ. – 1996. – №1. – С. 102-116.
8. Нижник Н. Р. Безпека людини в умовах громадянського суспільства / Н. Р. Нижник, Г. П. Ситник // Формування громадянського суспільства в Україні: стан, проблеми, перспективи : зб. наук. пр. УАДУ / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князєва. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – С. 138-166.
9. Нижник Н. Р. Системний підхід в організації державного управління / Н. Р. Нижник, О. А. Машков. – К. : Вид-во УАДУ, 1998. – С. 6-8.
10. Нижник Н. Р. Про державне управління, об'єкт і предмет його теорії / Н. Р. Нижник, С. П. Мосов // Вісн. УАДУ. – 2000. – №3. – С. 56-61.
11. Державне управління в Україні: організаційно-правові засади / за

заг. ред. Н. Р. Нижник. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – С. 157.

12. Нижник Н. Р. Національна безпека України. (методологічні аспекти, стан, тенденції розвитку) : навч. посіб. / Н. Р. Нижник, Г. П. Ситник, В. Т. Білоус : за заг. ред. П. В. Мельника, Н. Р. Нижник. – Ірпінь, 2000. – 304 с.

13. Ситник Г. П. Державне управління національною безпекою (теорія і практика) : монографія / Г. П. Ситник. – К. : Вид-во НАДУ, 2004. – С. 281.

14. Ситник М. Г. Щодо введення в науковий обіг поняття “надійність функціонування системи державного управління” / М. Г. Ситник, Н. Г. Клименко // Актуальні проблеми державного управління у сфері забезпечення національної безпеки України : матер. інтеракт. семінару, кафедра нац. безпеки Академії, м. Київ, 15 листопада 2005 р. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – С. 34–38. (Бібліотека НАДУ. – Інв. № 2066).

15. Білинська М. М. Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні : монографія / М. М. Білинська. – К. : Вид-во НАДУ, 2004. – 248 с.

16. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку / [М. М. Білинська, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова] // Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. - 396 с.

17. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні навч.-наук. вид. / авт. кол. М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. М. М. Білинської. – К.; Львів : НАДУ, 2012 – 240 с.

18. Гур'єв С. О. Задачі кризового менеджменту та управління надзвичайними ситуаціями в державному управлінні / С. О. Гур'єв, Я. Ф. Радиш, А. В. Терент'єва // Університетські наукові записки : наук. зб. – № 2 (30). – Хмельницький : ХМУПУ, – 2009. – С. 285-290.

19. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: (державно-

управлінські аспекти) : монографія / Д. В. Карамишев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.

20. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія / Д. В. Карамишев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2006. – 304 с.

21. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.

22. Андреєв С. О. Організаційно-правовий механізм державного управління Цивільним захистом України на регіональному рівні : дис. ... на здобуття наук. ступеня к-та наук з держ. упр. : 25.00.02 “Механізми державного управління” / С. О. Андреєв. – Х., 2009. – 174 с.

23. Воробьев Ю. Л. Международные механизмы снижения риска социально-политических последствий катастроф (российский опыт) / Ю. Л. Воробьев ; отв. ред. М. А. Шахраманьян, Г. Л. Кофф. – М. : Изд-во РЭФИА, 1997. – 118 с.

24. Оценка последствий чрезвычайных ситуаций / [Г. Л. Кофф, А. А. Гусев, С. Н. Козьменко, Ю. Л. Воробьев] // РАН; Междунар. акад. информатизации. – М. : Изд-во РЭФИА, 1997. – 364 с.

25. Учебник спасателя / [С. К. Шойгу, М. И. Фадеев, Г. И. Кириллов и др.] ; под общ. ред. Ю. Л. Воробьева. – 2-е изд. – Краснодар : “Сов. Кубань”, 2002. – 528 с.

26. Домбровська С. М. Державне управління у сфері цивільного захисту в Україні : нормативно-правовий аспект: [монографія] / В.П. Садковий, А.В. Ромін, О.О. Остороверх, С.М. Домбровська. – Х. : ТОВ “Оберіг”, 2013. –190 с.

27. Жукова Л. А. Удосконалення термінологічної системи державного управління у сфері цивільного захисту / Л. А. Жукова // Вісн. НАДУ. – 2005. – № 1. – С. 50-56.

28. Клименко Н. Г. Особливості державного управління в умовах

надзвичайних ситуацій: теоретичний та історичний аспекти : дис. ... к. держ. упр. : 25.00.01 / Н. Г. Клименко. – К. : наду, 2008. – 225 с.

29. Клименко Н. Г. Особливості державного управління в умовах надзвичайних ситуацій: теоретичний та історичний аспекти / Н. Г. Клименко // Вісн. НАДУ. – 2007. – № 3. – С. 117-127.

30. Государственное управление в сфере национальной безопасности : словарь-справочник / состав. : Г. П. Сытник, В. И. Абрамов, В. Ф. Смоляник и др. ; под общ. ред. Г. П. Сытника. – К. : НАДУ, 2012. – С. 113-115.

31. Порфирьев Б. Н. Государственное управление в чрезвычайных ситуациях / Б. Н. Порфирьев. – М. : Наука, 1991. – 136 с.

32. Тищенко В. О. Механізм державного управління у сфері цивільного захисту України : автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня к-та наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 “Механізми державного управління” / В. О. Тищенко. – К. : НІСД. – 22 с.

33. Труш О. О. Досвід побудови та функціонування систем цивільного захисту країн-членів Європейського Союзу Західної Європи / О. О. Труш // Теорія та практика державного управління : зб. наук. праць. – Вип. 4 (27). – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2009. – С. 441-447.

34. Труш О. О. Досвід побудови та функціонування систем цивільного захисту країн-членів Європейського Союзу Північної Європи та Норвегії [Електронне видання] / О. О. Труш // Державне будівництво. – 2009. – №2. – Режим доступу : [www.kbuara.kharkov.ua](http://www.kbuara.kharkov.ua)

35. Труш О. О. Досвід побудови та функціонування систем цивільного захисту країн-членів Європейського Союзу Південної Європи / О. О. Труш // Теорія та практика державного управління : зб. наук. праць. – Вип. 1 (28). – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2010. – С. 407-417.

36. Труш О. О. Досвід побудови та функціонування систем цивільного захисту країн-членів Європейського Союзу Центральної Європи / О. О. Труш // Теорія та практика державного управління : зб. наук. праць. – Вип. 2 (29). – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2010. – С. 454-462.

37. Волошин С. М. Загальні особливості виникнення надзвичайних ситуацій в Україні у 1997-2007 роках / С. М. Волошин, Ю. Ю. Колесніченко, В. І. Середа // Матер. X Міжнар. наук.-практ. конф. “Організація управління в надзвичайних ситуаціях”. – К., 2008. – С. 114–122.

38. Волошин В. О. Наукові підходи визначення основ санітарних втрат постраждалого населення при катастрофічному затопленні / В. О. Волошин, П. Б. Волянський // Надзвичайна ситуація. – 2001. – № 1. – С. 30-34.

39. Організація медичного забезпечення населення України при природних і техногенних катастрофах / під заг. ред. В. О. Волошина, В. Ф. Торбіна. – К. : “Медекол” УкрРНВФ “Медицина-екологія”. – 1998. – 152 с.

40. Медичні сили і заклади Державної служби медицини катастроф України територіального рівня та їх визначення : методичні рекомендації / [Г. Г. Рошін, В. О. Волошин, П. Б. Волянський та ін.] // УНПЦ ЕМД та МК, 1998. – 40 с.

41. Територіальні центри екстреної медичної допомоги у складі Державної служби медицини катастроф України. Правові і нормативні акти : довідковий посіб. / [Г. Г. Рошін, В. О. Волошин, А. П. Картиш та ін.] // УНПЦ ЕМД та МК, 1998. – 147 с.

42. Москаленко В. Ф. Організація лікувально-профілактичних та санітарно-епідемічних заходів для ліквідації наслідків повеней : навч. посіб. / В. Ф. Москаленко, В. О. Волошин, І. М. Рогач. – Ужгород : Ужгород. нац. мед. ун-т, 2001. – 94 с.

43. Галицкий В. Ф. Разработка организационно-функциональной модели оптимального управления лекарственным обеспечением при чрезвычайных ситуациях в Южном Федеральном округе : автореф. канд. фарм. наук : спец. 15.00.01 “Технология лекарств и организация фармацевтического дела” / В. Ф. Галицкий. – Пятигорск, 2005. – 21 с.

44. Гончаров С. Ф. Медицинские последствия землетрясений и организация их ликвидации (сообщение первое) / С. Ф. Гончаров, Г. П.



Лобанов, Е. Г Лобанова // Военно-медицинский журнал. – 2000. – № 6. – С. 23-35.

45. Гончаров С. Ф. Медицинские последствия землетрясений и организация их ликвидации (сообщение второе) / С. Ф. Гончаров, Г. П. Лобанов, Е. Г Лобанова // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 19-29.

46. Гончаров С. Ф. Основные направления совершенствования готовности здравоохранения субъектов Российской Федерации к ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и пути ее повышения / С. Ф. Гончаров // Медицина катастроф. – 2009. – № 1. – С. 6-9.

47. Гончаров С. Ф. Организация управления Всероссийской службы медицины катастроф / С. Ф. Гончаров, Г. П Лобанов., И. И. Сахно // Избранные вопросы медицины катастроф. – М. : Минздравмедпром, 1994. – С. 97-106.

48. Гур'єв С. О. Мобільні формування Державної служби медицини катастроф : монографія / С. О. Гур'єв, П. Б. Волянський, С. М. Миронець, А. В. Терент'єва, Г. Г. Рошін, Ф. М. Новіков, С. П. Сацик, П. В. Танасієнко, Н. І. Іскра, І. І. Назаренко. – К. : [б. в.], 2009. – 348 с.

49. Державна служба медицини катастроф України як головний компонент системи медичного захисту за умов надзвичайних ситуацій / Г. Г. Рошін, С. О. Гур'єв, А. В. Терент'єва // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1 (33). – С. 151-153.

50. Управління комплексним процесом подолання наслідків катастрофічних повеней : монографія / [С. О. Гур'єв, П. Б. Волянський, С. М. Миронець та ін.]. – К. : [б.в.], 2009. – 290 с.

51. Організація та управління процесом надання медичної допомоги постраждалим внаслідок землетрусів / [С. О. Гур'єв, П. Б. Волянський, А. В. Терент'єва та ін.]. – Переяслав-Хмельницький : "СКД", 2008. – 188с.

52. Служба медицини катастроф територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф [Електронний ресурс] / [С. О. Гур'єв, Г. Г. Рошін, М. Д. Близнюк, М. М. Михайловський] // Медицина

неотложных состояний. – №4 (51). – 2013. – С. 106-107. – Режим доступа: [irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21CO](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21CO).

53. Ибрагимова Г. Я. Методологические основы организации фармацевтической помощи, пораженным в условиях чрезвычайных ситуаций на территориальном уровне : автореф. дис. ... на соиск. ученой степени д-ра фарм. наук : спец. 15.00.01 “Технология лекарств и организация фармацевтического дела” / Г. Я. Ибрагимова. – Уфа, 2007. – 34 с.

54. Охорона праці та безпека життєдіяльності населення у надзвичайних ситуаціях : навч. посіб. для студ. вищ. мед. закл. освіти I-IV рівнів акредитації / [І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко та ін.]. – К. : Здоров'я, 2005. – 430 с.

55. Кочін І. В. Медицина катастроф / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, І. П. Сидоренко. – К. : Здоров'я, 2008. – 724 с.

56. Мельникова О. А. Современные теоретические и методологические основы формирования фармацевтической службы медицины катастроф территориального уровня (на примере Свердловской области) : автореф. дис. ... на соиск. учёной степени д-ра фарм. наук : спец. 14.04.03 “Организация фармацевтического дела” / О. А. Мельникова. – Пермь, 2011. – 38 с.

57. Насыров Р. В. Проектирование системы оказания лекарственной помощи, пораженным в чрезвычайных ситуациях на территориальном уровне (на примере Республики Башкортостан) : автореф. дис. ... на соиск. ученой степени канд. фарм. наук : спец. 15.00.01 “Технология лекарств и организация фармацевтического дела” / Р. В. Насыров. – Уфа, 2005. – 22 с.

58. Роцін Г. Г. Участь українських медиків в міжнародних гуманітарних акціях під час ліквідації наслідків потужних землетрусів в центрально-азійському регіоні (повідомлення перше) / Г. Г. Роцін, Я. С. Кукуруз, А. В. Терент'єва // Укр. журнал екстр. медицини ім. Г. О. Можасва. – 2008.– Т. 9. – № 1. – С. 39-45.

59. Роцін Г. Г. Участь українських медиків в міжнародних

гуманітарних акціях під час ліквідації наслідків потужних землетрусів в центральньо-азійському регіоні (повідомлення друге) / Г. Г. Рошчін, Я. С. Кукуруз, А. В. Терент'єва // Укр. журнал екстр. медицини ім. Г. О. Можасва. – 2008. – Т. 9. – № 2. – С. 5-8.

60. Рошчін Г. Г. Участь українських медиків в ліквідації наслідків потужного землетрусу в Пакистані (повідомлення третє) / Г. Г. Рошчін, Я. С. Кукуруз, А. В. Терент'єва // Укр. журнал екстр. медицини ім. Г. О. Можасва. – 2008. – Т. 9. – № 3. – С. 20-23.

61. Рошчін Г. Г. Стратегічні напрями організації надання медичної допомоги постраждалим внаслідок землетрусів / Г. Г. Рошчін, Я. С. Кукуруз, А. В. Терент'єва // Матер. II Всеукр. наук.-практ. конф. “Політравма – сучасна концепція надання медичної допомоги”. – К., 2006. – С. 46-47.

62. Волянський П. Б. Теоретичні засади державного управління медичним захистом населення від наслідків надзвичайних ситуацій в Україні : автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня д-ра наук з держ. упр. : спец. 25.00.01 “Теорія та історія державного управління” / П. Б. Волянський. – К., 2013. – 38 с.

63. Волянський П. Визначення ресурсних потреб при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження. Ефективність державного управління : зб. наук. праць / П. Волянський. – Вип. 30. – 2012. – С. 177-183.

64. Терент'єва А. В. Державне управління медичним захистом за умов надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / А. В. Терент'єва // НАДУ при Президентові України. – К., 2010. – 354 с.

65. Терент'єва А. В. Управління надзвичайними ситуаціями / А. В. Терент'єва. – К. : ТОВ “Доктор Медіа”, 2009. – 332 с.

66. Горбулін В. П. Актуальні питання організації стратегічного планування державної політики національної безпеки України / В. П. Горбулін, О. Ф. Белов, Е. М. Лисицин // Стратегічна панорама. – 1999. –

№ 3. – С. 12-19.

67. Глазунова Н. И. Система государственного управления : учеб. для вузов / Н. И. Глазунова. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – С. 13.

68. Кокошин А. А. Стратегическое управление: Теория, исторический опыт, сравнительный анализ, задачи для России : монография / А. А. Кокошин. – М. : МГИМО, 2003. – 528 с.

69. Место и роль государства в догоняющем развитии : монография / авт. кол. : В. Г. Гельбрас, Н. А. Симония, В. В. Сумской и др. – М. : ООД ИМЭМО РАН, 1999. – 94 с.

70. Вебер М. Избранное. Образ общества / М. Вебер [пер. с нем.]. – М. : Юрист, 1994. – С. 10.

71. Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи / [кол. авт. ; наук. керів. В. В. Цветков]. – К. : Оріяни, 1998. – 364 с.

72. Енциклопедія державного управління : у 8 т. // Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; наук.-ред. колегія Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. – Т. 1 : Теорія державного управління ; наук.-ред. колегія : В. М. Князев (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. – 2011. – 748 с.

73. Державний класифікатор України. Державний класифікатор надзвичайних ситуацій : ДК 019 – 2001. – К. : Держстандарт України. – 2002. – 16 с.

74. Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру : Закон України від 8 червня 2000 р. № 1809-III // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 28. – С. 2-20.

75. Про Цивільну оборону України : Закон України від 3 лютого 1993 р. № 2974 // ВВР України, 1993 р. – № 14. – Ст. 124.

76. Про правові засади Цивільного захисту : Закон України від 24 червня 2004 р. № 1859-IV // Офіц. вісн. України. – 2004. – № 29. – С. 9-38.

77. Кодекс цивільного захисту України : Кодекс від 2 жовтня 2012 р.

№ 5403-VI // ВВР України, 2013. – № 34-35. – Ст. 458.

78. Про аварійно-рятувальні служби: Закон України від 14 грудня 1999 р. № 1281-XIV // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 1. – С. 1-21.

79. Законодательные и нормативные акты стран СНГ по проблемам чрезвычайных ситуаций / под общ. ред. статс-секретаря – заместителя Министра А. П. Москалец. – М. : МЧС России. – 2001. – 380 с.

80. Безопасность России. Правовые, социально-экономические и научно-технические аспекты : словарь терминов и определений [изд. 2-е, дополн.]. – М. : МГФ “Знание”, 1999. – 361 с.

81. Костров А. В. Защита населения и территорий: семантический анализ, синтез и формализация ключевых терминов / А. В. Костров, А. А. Ткачева // Проблемы безопасности. – 2000. – № 6. – С. 24-48.

82. Акимов В. А. Природные и техногенные чрезвычайные ситуации: опасности, угрозы, риски / В. А. Акимов, В. Д. Новиков, Н. Н. Радаев. – М. : ЗАО ФИД “Деловой экспресс”, 2001. – С. 78.

83. Государственная политика и управление : учеб. в 2-х ч. / [Л. В. Сморгун, А. П. Альгин, И. Н. Барыгин и др.] ; под ред. Л. В. Сморгунова. – Ч. 1. – Концепции и проблемы государственной политики и управления. – М. : РОССПЭН, 2006. – 381 с.

84. Мастрюков Б. С. Безопасность в чрезвычайных ситуациях : учеб. для студ. / Б. С. Мастрюков. – М. : Изд. центр “Академия”, 2003. – 332 с.

85. Управление риском: Риск. Устойчивое развитие. Синергетика. – М. : Наука, 2000. – (Серия “Кибернетика: неограниченные возможности и возможные ограничения”).

86. Эколого-социальные и медико-биологические аспекты чрезвычайных ситуаций / [А. А. Ершов, В. Н. Новиков, А. С. Гринин, С. И. Черняев] – Калуга : Изд-во Н. Бочкаревой, 2001. – 260 с.

87. Безпека у надзвичайних ситуаціях. Терміни та визначення основних понять : ДСТУ 3891-99. – Введ. 2000.01.01. – Офіц. вид. – К. : Вид-во Держстандарту України, 1999. – 21 с.

88. Данилишин Б. М. Природно-техногенні катастрофи: проблеми економічного аналізу та управління / Б. М. Данилишин // НАН України. Рада по вивч. продукт. сил України. – К. : ЗАТ “Нічлава”, 2001. – 259 с.

89. Качинський А. Б. Екологічна безпека України: системний аналіз перспектив покращення : [монографія] / А. Б. Качинський. – К. : НІС, 2001. – 312 с.

90. Качинський А. Б. Безпека, загрози і ризик: наукові концепції та математичні моделі / А. Б. Качинський. – К., 2004. – 472 с.

91. Касьянов М. А. Захист населення в умовах надзвичайних ситуацій : навч. посіб. / М. А. Касьянов, Ю. П. Ревенко, Ю. А. Тищенко // Східноукраїнський нац. ун-т ім. В. Даля. – [2 вид., перероб. та доп.]. – Луганськ : Вид-во Східноукраїнського нац. ун-ту ім. В. Даля, 2003. – 184 с.

92. Федосеев В. Н. Предупреждение чрезвычайных ситуаций и ликвидация их последствий (управленческий аспект) / В. Н. Федосеев // Менеджмент в России и за рубежом. – 2007. – № 6. – С. 72-79.

93. Емельянов В. М. Защита населения и территорий в чрезвычайных ситуациях : учеб. пособ. для высш. шк. / В. М. Емельянов, В. Н. Коханов, П. А. Некрасов ; под ред. акад. РАЕН В. В. Тарасова. – М. : Академ. проект, 2003. – 480 с.

94. Про зону надзвичайної екологічної ситуації : Закон України від 13 липня 2000 р. № 1908-III // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 32. – С. 7-13.

95. Пономарев А. И. Теоретические аспекты государственной системы мониторинга и прогнозирования чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера / А. И. Пономарев // Проблемы безопасности при чрезвычайных ситуациях. – 2003. – Вып. 1. – С. 122-141.

96. Научные основы эффективного предупреждения и борьбы с чрезвычайными ситуациями и стихийными бедствиями : методич. руководство. – Луганск : ЛИАУ, 2009. – 35 с.

97. Про правовий режим надзвичайного стану : Закон України від 16 березня 2000 р. № 1550-III // ВВР України. – 2000. – № 23. – Ст.176.

98. Про єдину державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 серпня 1998 р. № 1198. Режим доступу : <http://war.nau.ua/doc/?code=1198-98-%EF>.

99. Федорчак О. Класифікація механізмів державного управління / О. Федорчак // Демократичне врядування. Науковий вісник. – 2008. – Вип.1.

100. Кравченко О. М. Теоретичні підходи до визначення поняття “Механізм державного управління” [Електронний ресурс ] / О. М. Кравченко. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/?operation=1&iid=56>.

101. Бабаєв В. М. Проектний підхід в механізмі державного управління [Електронний ресурс ] / В. М. Бабаєв. – Режим доступу: [eprints.kname.edu.ua/29745/1/50.pdf](http://eprints.kname.edu.ua/29745/1/50.pdf)

102. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. – М. : Азбуковник, 1999. – 944 с.

103. Енциклопедія державного управління : у 8 т. // Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. – Т. 2 : Методологія державного управління ; наук.-ред. колегія Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. – 2011. – 692 с.

104. Про затвердження типових положень про функціональну та територіальну підсистеми єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру [Електронний ресурс] : наказ МНС України від 21 грудня 1998 р. № 387 – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0092-99>.

105. Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій за їх рівнями [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 24 березня 2004 р. № 368. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/368-2004-%D0%BF>.

106. Про створення державної служби медицини катастроф

[Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. № 343 (343-97-п). – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/343-97-%D0%BF>.

107. Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 827. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/827-2001-%D0%BF>.

108. Формування служби медицини катастроф [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://wikipedia.org/disastermedicineteam/usa>.

109. Про екстрену медичну допомогу [Електронний ресурс] : Закон України від 5 липня 2012 р. № 5081-VI. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.

110. Олійник П. В. Екстремальна медицина: організація роботи аптек в умовах надзвичайних ситуацій : підручник / П. В. Олійник, Т. Г. Калинюк ; за ред. Т. Г. Калинюка. – К. : Медицина, 2010. – 448 с.

111. Про затвердження Типового положення про центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1116. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1116-2012-%D0%BF>.

112. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI // ВВР України. – 2012. – № 14. – Ст. 86.

113. Організація надання та заходи першої медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mns.usoz.ua/publ/3-4-2>.

114. Медицина катастроф : підручник [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mns.usoz.ua/publ/3-1-0-4>

115. Про Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 6 квітня 2011 р. № 400/2011. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/400/2011>.

116. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя



населення : Закон України від 24 лютого 1994 р. № 4004-XII // ВВР України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

117. Організація протиепідемічних заходів при надзвичайних ситуаціях : конспект лекцій з епідеміології розділу / укл. М. Д. Чемич. – Суми : Вид-во СумДУ, 2007. – 50 с.

118. Про створення Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 1999 р. № 2303. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2303-99-п>.

119. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 вересня 2012 р. № 176-О та затвердження нової редакції статуту Державного закладу “Центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України” [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 18 січня 2013 р. № 5-О. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-venesennja-zmin-do-nakazu-ministerstva-ohoroni-zdorovja-u-doc130233.html>.

120. Про ліквідацію бюджетних закладів, установ і організацій, що належать до сфери управління МОЗ України [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 21 вересня 2012 р. № 176-О – Режим доступу: <http://dsesu.gromrada.com/normativnidokumenty/nakazi/item/270-nakaz-17621092012.html>.

121. Словарь иностранных слов. – 16-е изд., испр. – М. : Рус. яз., 1988. – С. 422.

122. Новицький В. Є. Економічні ресурси цивілізованого розвитку : навч. посіб. / В. Є. Новицький. – К. : НАУ, 2004. – С. 31.

123. Великий тлумачний словник сучасної української мови [уклад. і гол. ред. В. Т. Бусел] – К. : ВТФ “Перун”, 2003. – 1736 с.

124. Золотогоров В. Г. Экономика : Энциклопедический словарь / В. Г. Золотогоров. – Мн. : Интерпрессервис; Книжный Дом, 2003. – 720 с.

125. Новий тлумачний словник української мови [уклад. В. В. Яременко, О. М. Сліпущко] : у 4-х т. – Т. 3 – К. : Вид-во “Аконіт”. –

С. 927.

126. Словарь иностранных слов [под ред. В. В. Пчелкиной]. – М. : Рус. яз., 1989. – 624 с.

127. Положення про забезпечення органів і підрозділів (формувань) цивільного захисту, навчальних закладів сфери управління ДСНС України лікарськими засобами, медичними виробами та медичною технікою поточного постачання [Електронний ресурс] : Наказ ДСНС України від 30.05.2014 № 293 – Режим доступу: <http://www.mns.gov.ua/files/2014/6/4/p.pdf>.

128. Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення МОЗ України [Електронний ресурс] : Лист щодо терміна “вироби медичного призначення” № 18.2278/18-20 від 1 липня 2002 р. – Режим доступу: <http://www.uazakon.com/document/spart10/inx10827.htm>.

129. Про лікарські засоби : Закон України від 4 квітня 1996 р. № 123/96-ВР // ВВР України. – 1996. – № 22. – Ст. 86.

130. Словник української мови : в 11-ти томах / [уклад. В. Винник, В. Градова та ін.]. – Т. IV – К. : Наук. думка, 1973. – С. 513.

131. Про вилучення з обігу, переробку, утилізацію, знищення або подальше використання неякісної та небезпечної продукції [Електронний ресурс] : Закон України від 14 січня 2000 р. № 1393-XIV. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1393-14>).

132. Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг (Спільна настанова МФФ/ВООЗ з НАП) ВООЗ [Електронний ресурс] : Стандарт, Міжнародний документ від 01.01.2011. – Режим доступу: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/897\\_009](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/897_009).

133. Приходько Р. В. Організаційно-правовий механізм регулювання сфери захисту населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій / Р. В. Приходько // Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2011. – № 3 (34). – С. 1-7.

134. Ковтун І. Б. Деякі умови ефективності функціонування

організаційно-правового механізму реалізації повноважень органів місцевого самоврядування на регіональному рівні в Україні [Електронний ресурс] / І. Б. Ковтун // Хмельницький ун-т управління та права. Університетські наукові записки, 2005. – № 1-2 (13-14). – С. 285-288. – Режим доступу: [www.univer.kh.ua](http://www.univer.kh.ua).

135. Гаман Т. В. Вдосконалення організаційно-правового механізму інформаційної діяльності місцевих державних адміністрацій : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Т. В. Гаман // Львівський регіон. ін-т держ. управління НАДУ при Президентові України. – Л., 2006. – С. 184-214.

136. Костилев В. В. Організаційно-правові засади контрольної діяльності державних інспекцій в соціальній сфері : дис. ... канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.01 / В. В. Костилев // Укр. академія держ. управління при Президентові України ; Харківський регіон. ін-т держ. управління. – Х., 2003.

137. Організаційно-правовий механізм управління розвитком регіону : наук. розробка / наук. кер. В. П. Марущак. – К. : НАДУ, 2008. – 44 с .

138. Гладких П.Ф. Краткий исторический очерк становления и развития системы медицинского обеспечения Сухопутных Войск России-СССР. – Спб., 1997. – 183 с.

139. Зархин И. Б. “Очерки из истории отечественной фармации XVIII и первой половины XIX века” / И. Б. Зархин. – Госуд. изд-во медиц. литературы : М., 1956. – 125 с.

140. Верхратський С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський. – К. : Здоров'я, 2011. – 352 с.

141. Організація медичного забезпечення військ : підручн. для студ. вищ. мед. закл. освіти України III-IV рівнів акредитації / за ред. проф. В. В. Паська. – К. : “МП Леся”, 2005. – 430 с.

142. Большая медицинская энциклопедия [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medwiki.org.ua/article/%D0%A4%>.

143. Ларин И.А. Первая русская военная аптека. Исторический очерк ... СПб. : 2002. – 291 с.

144. Груздев В.М. Материалы по организации медицинской службы в русаком военно-морском флоте. – СПб. : Медицина, 2001. – 326 с.

145. Иванов Н. Г. Организация медицинского обеспечения частей и соединений / Н. Г. Иванов, О.С. Лобастов. – Л. : ВМедА, 1984. – 472 с.

146. Левченко Ф. М. Управління кваліфікованою медичною допомогою в системі лікувально-евакуаційного забезпечення військ : дис. ... канд. наук з держ. упр. / Ф. М. Левченко. – К., 1998. – 185 с.

147. 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] : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995р. № 819. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/819-95-%D0%BF>.

148. База даних надзвичайних ситуацій Emergency Event Database “EM-DAT” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.emdat.be>.

149. Офіційний сайт Департаменту координації гуманітарних справ ООН “ReliefWeb” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.reliefweb.org>.

150. Офіційний сайт Центру вивчення епідеміології катастроф “OFDA/CRED International Disaster Database” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cred.be>.

151. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2008 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.mns.gov.ua/content/annual\\_report\\_2008.html](http://www.mns.gov.ua/content/annual_report_2008.html).

152. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2009 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.mns.gov.ua/content/annual\\_report\\_2009.html](http://www.mns.gov.ua/content/annual_report_2009.html).

153. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2010 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mns.gov.ua/content/nasdopov2010.html>.

154. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2011 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mns.gov.ua/content/nasdopovid2011.html>.

155. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2012 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mns.gov.ua/content/nasdopovid2012.html>.

156. Медицина катастроф (організація медичного забезпечення населення в умовах надзвичайних ситуацій) : підруч. для студ. вищ. мед. і фармац. навч. закл. III-IV рівнів акредитації / [В. І. Гридасов, В. М. Ковальов, М. В. Катрич та ін.]. – Х. : Вид-во НФаУ; Золоті сторінки, 2002.–304 с.

157. Кримчук Г. Надзвичайні ситуації / Г. Кримчук. – К. : Вид-во О. Теліги, 2008. – 696 с.

158. Катастрофи. Організація екстреної медичної допомоги. Класифікація. Фази. Допомога [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eurolab.ua/encyclopediaua/emergency-intensive-care-ua/42579/>.

159. Жуков С. В. Избранные лекции по медицине катастроф. / С. В. Жуков, Е. Г. Королюк. – Тверь, 2007. – 120 с.

160. Техногенна та природна небезпека / [О. М. Євдін, В. В. Могильниченко, М. А. Скидан, Е. О. Робакова] ; за заг. ред. : В. В. Могильниченко. – 2007. – 635 с.

161. Безпека у надзвичайних ситуаціях. Техногенні надзвичайні ситуації. Терміни та визначення основних понять. – [Чинний від 01.07.2008]. – К. : Держспоживстандарт України, 2008. – III. – 17 с.

162. Громадська оцінка державної політики у сфері прав людини. Екологічні та гуманітарні наслідки Чорнобильської катастрофи.[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://helsinki.org.ua/index.php?id=1187590866>.

163. Предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.obzh.ru/pre>.

164. Організація і проведення рятувальних та інших невідкладних робіт у надзвичайних ситуаціях : методичні рекомендації [уклад. А.В. Бабюк] //

Міністерство освіти і науки України, Чернів. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича. – Чернівці : Рута, 2007. – 27с.

165. Організація управління в надзвичайних ситуаціях / за заг. ред. В. М. Антонця. – 2007. – 303 с.

166. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях (экстремальная медицина, основы медицины катастроф) / под ред. Н. Н. Винничука, В. В. Давыдова. – С.-Пб. : СПХВА; Изд-во “ЭЛБИ - СПб”, 2003. – 189 с.

167. Медицина екстремальних ситуацій: Навч. посібник / Б. Р. Богомольний, В. В. Кононенко, П. М. Чуєв. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2011. — 412 с. 168. Аварии и катастрофы: Предупреждение и ликвидация последствий : учеб. пособ. для студ. спец. “Пром. и гражд. стр-во” – М. : Изд-во Ассоциации стр. вузов, 1995. – 300 с.

169. Кузьменко В. П. Системный анализ прогноза катастрофического развития [Электронный ресурс] / В. П. Кузьменко. – Режим доступа: <http://www.iee.org.ua/ru/pub/5>.

170. Организация оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях : учеб. пособ. / [А. А. Кузьменко, В. В. Кудинов, В. П. Астапенко и др.]. – Симферополь : Крымский мед. ун-т, 2009. – 224 с.

171. Мазуренко О. В. Першочергові потреби постраждалого населення в осередку деяких природних катастроф / О. В. Мазуренко // Укр. журнал екстремальної медицини ім. Г. О. Можаяєва. – Т. 10. – №1. – 2009. – С. 21-26.

172. Кризисный менеджмент / [Л. Н. Ивин, В. М. Куклин, В. Л. Товажнянский, Л. Л. Товажнянский] ; под ред. Л. Н. Ивина // Министерство образования и науки Украины, Нац. техн. ун-т “Харьк. политехн. ин-т” – Х. : НТУ “ХПИ”, 2008. – 563 с.

173. Лобанов А. Медицинские вопросы первоочередного жизнеобеспечения населения в чрезвычайных ситуациях / А. Лобанов // Гражданская защита. – 2006. – № 8. – С. 29-30.

174. О создании в стране службы экстренной медицинской помощи

чрезвычайных ситуациях [Электронный ресурс] : Постановление Совета Министров СССР от 7 апреля 1990 г № 339 // КонсультантПлюс : Версия Проф. : Каталог документов информационного банка “Документы СССР”. – [М., 2011]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/online/>.

175. О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения СССР от 14 мая 1990 г. № 193 // КонсультантПлюс : Версия Проф. – [М., 2011]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/online/>.

176. "Об организации службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях" [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения УССР от 25.12.90 р. № 209 – Режим доступа: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=1863>.

177. Про створення резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення на випадок виникнення надзвичайних ситуацій Про створення резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків [Електронний ресурс]: наказ МОЗ України від 3 квітня 1996 р. № 68. – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ1171.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ1171.html).

178. Про Концепцію створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 7 липня 1995 р. №501. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/501-95-%D0%BF>.

179. Положення про станцію швидкої медичної допомоги (ШМД) [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України № 175 від 19 червня 1996 р. – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ1900.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ1900.html).

180. Про державний матеріальний резерв [Електронний ресурс] : Закон України № 51 від 24 січня 1997 р. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/51/97-%D0%B2%D1%80>.

181. Концепція захисту населення і територій у разі загрози та

виникнення НС [Електронний ресурс] : Указ Президента України № 284/99 від 26 березня 1999 р. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/284/99>.

182. Визначення складу сил та медичних закладів центрального рівня Служби [Електронний ресурс]: наказ МОЗ України від 20 листопада 1997 р. №334. – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1).

183. Про затвердження програми розвитку Державної служби медицини катастроф України на 1998-2001 роки [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 9 грудня 1997 р. №1379. – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/OD980331.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/OD980331.html).

184. Про розвиток Державної служби медицини катастроф України на 2002-2005 роки [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 грудня 2001 р. №174. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/174-2002-%D0%BF>.

185. Про порядок створення і використання матеріальних резервів до запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру та їх наслідків [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 29 березня 2001 р. №308. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/308-2001-%D0%BF>.

186. Про створення резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 3 травня 2001 р. №165. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/32969>.

187. Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 10 серпня 2001 р. №331 – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?nobreak=1&uid=1039.1769.2>.



188. Про затвердження Регламенту реагування закладів охорони здоров'я на виникнення НС природного та техногенного характеру [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України № 493 від 26 грудня 2002 р. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=2187>.

189. Про затвердження Плану реагування на надзвичайні ситуації державного рівня [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 р. № 1567. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1567-2001-%D0%BF>.

190. Про створення служби медицини катастроф МНС України [Електронний ресурс] : наказ МНС України від 8 грудня 2004 р. № 219. – Режим доступу: [http://www.mns.gov.ua/content/laws\\_nak.html](http://www.mns.gov.ua/content/laws_nak.html).

191. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005>.

192. Про схвалення Концепції Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року [Електронний ресурс] : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 липня 2006 р. № 402-р. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/402-2006-%D1%80>.

193. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 29 серпня 2008 р. № 500. – Режим доступу: <http://lviv.medprof.org.ua/uploads/media/>.

194. Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги населенню України [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 1 червня 2009 р. № 370. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0863-09>.

195. Про затвердження примірних штатних нормативів центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 7 грудня 2012 р. № 1018. – Режим доступу:

[http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20121207\\_1018.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121207_1018.html).

196. Про медичне забезпечення центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф [Електронний ресурс] : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 7 грудня 2012 р. № 1019. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20121207\\_1019.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121207_1019.html).

197. Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 23 лютого 2012 р. № 132. – Режим доступу: [http://moz.gov.ua/ua/print/dn\\_20120223\\_132.html](http://moz.gov.ua/ua/print/dn_20120223_132.html).

198. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2008 р. № 500 [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 7 грудня 2012 р. № 1020. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20121207\\_1020.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121207_1020.html).

199. Про здійснення державних закупівель [Електронний ресурс] : Закон України від 10 квітня 2014 р. № 1197-VII – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1197-18>.

200. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 10 серпня 2001 р. № 33 [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України від 9 вересня 2006 р. № 613. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?code=v0613282-06>.

201. Барачевский Ю. Е. Избранные вопросы для подготовки к экзамену по медицине катастроф [Електронний ресурс] / Ю. Е. Барачевский. – Режим доступу: <http://bib.convdocs.org/v2894/>.

202. Методичні рекомендації для самостійної підготовки студентів фармацевтичного факультету до практичних занять з навчальної дисципліни “Цивільний захист” // Львівський нац. медичн. ун-т ім. Данила Галицького / [П. В. Олійник, В. В. Чаплик, Я. І. Пилипів та ін.]. – Львів – 2012 – 53 с.

203. Організація медично-санітарного постачання при здійсненні екстреної медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях (лекція) [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://bokov.net.ua/index.php?pages=1&act=10&id=57098>.

204. Службы спасения в странах Запада. Опыт организации и деятельности по предупреждению и ликвидации ЧС // Гражданская оборона. – 2001. – №2. – С. 26-27.

205. Conflict and catastrophe medicine: a practical guide / [J. Ryan, P. F. Mahoney, I. Greaves, G. Bowyer]. – Springer, 2002. – 409 p.

206. Manual of disaster medicine: Civilian a milit / eds.: N. D. Reis, E. Dolev. – Berlin, 1989. – 475 p.

207. Польові формування у Франції [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://wikipedia.org/wiki/Field\\_hospitals\\_\(France\)](http://wikipedia.org/wiki/Field_hospitals_(France)).

208. Екстрена медична допомога в країнах ЄС [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.euro-emergencymed.com/pt/re/ejem/fulltext.00063110-200103000-0003.htm](http://www.euro-emergencymed.com/pt/re/ejem/fulltext.00063110-200103000-0003.htm).

209. Медичне реагування країн ЄС на виникнення надзвичайних ситуацій // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.ec.euripa.eu/environment/civil/pdfdocs/disaster\\_med\\_final\\_2002/c2.pdf](http://www.ec.euripa.eu/environment/civil/pdfdocs/disaster_med_final_2002/c2.pdf).

210. Медичні формування країн ЄС на випадок надзвичайних ситуацій [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.bigmedicine.ca/toolsEurope.htm](http://www.bigmedicine.ca/toolsEurope.htm).

211. Мобільні медичні формування США [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://teamsfema.gov/dmat>.

212. Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации / под ред. Ю. И. Погодина, С. В. Трифонова. – М., 2002. – 211 с.

213. Mahoney L. E. The U.S. National Disaster Medical System / L. E. Mahoney, C. H. Eseh // JWAEDM. – 1996. – N 4. – P. 149-151.

214. Борчук Н. И. Опыт организации экстренной медицинской помощи при катастрофах за рубежом / Н. И. Борчук // Медицинские новости. – 2010. – № 7. – С. 23-25.

215. Intensive and Critical Care Medicine Reflections, Recommendations and Perspectives / ed. A. Gullo. – Approx, 2009. – 245 p.

216. Emergency Management (EM) Principles and Practices for healthcare Systems [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://wwwl.va.gov/emshg/page.cfm>.

217. Flight 93: Forty lives, one destiny [Электронный ресурс] / D. B. Roddy // Pittsburgh Post-Gazette, 2001. – Режим доступа: <http://www.post-gazette.com/headlines/20011028flt93mainstoryp7.asp>.

218. Katirai M. Large-Scale Rooftop Search and Rescue: The Experience of Hurricane Katrina / M. Katirai, D. Simpson // International Joun. of Mass Emergencies and Disaster. – 2009. – Vol. 27. – № 2. – P. 167-180.

219. Merchant R. M. Health Care Volunteers and Disaster Response – first, Be Prepare [Электронный ресурс] / R. M. Merchant, J. E. Leigh, N. Lurie. – Режим доступа: <http://www.ccmedicalreservecorps.org>.

220. Kirschenbaum A. Disaster Warnings and Compliance: The Impact of Social Process Factors Over Time / A. Kirschenbaum, C. Rapaport // International Joun. of Mass Emergencies and Disaster. – 2009. – Vol. 27, – №. 3. – P. 250-253.

221. Офіційний веб-сайт FEMA [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://training.fema.gov/EMIWeb/IS/courseOverview.aspx?code=is-700.a>.

222. Jensen J. NIMS in Rural America / J. Jensen // International Joun. of Mass Emergencies and Disaster. – 2009. – Vol. 27. – № 3. – P. 218-249.

223. DHS Press Office. Department of Homeland Security Secretary Tom Ridge Approves National Incident Management System (NIMS) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.dhs.gov/xnews/releases/press\\_release\\_0367.shtm](http://www.dhs.gov/xnews/releases/press_release_0367.shtm).

224. Leifeld J. An exploration of the National Incident Management System (NIMS) mandate in rural America: Through the eyes of emergency management Practitioners / J. Leifeld. – ND : North Dakota State University, 2007. – P. 332.

225. National Incident Management System (NIMS) [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://www.dhs.gov/interweb/assetlibrary/NIMS-90-web.pdf>.

226. Arlington Country Fire department. After-action report on the response to the September 11 terrorist attack on the Pentagon [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mipt.org/pdf/>.

227. Natural Hazards Center at the University of Colorado. Includes links to the Natural Hazards Observer and Disaster Research newsletters. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.colorado.edu/hazards>.

228. US Department of Health and Human Services. Project EXTREME: cross-training respiratory extenders for medical emergencies [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ahrq.gov/prep/projxtreme>.

229. American Society of Health-System Pharmacists in emergency preparedness. // Am. J. Health-Syst Pharm. – 2008. – № 60. – С. 193-195.

230. Waugh W. L. Emergency Management: Principles and Practice for Local Government (2nd ed. ) / W. L. Waugh, K. J. Tierney // ICMA Press, International City Management Association, Washington, D.C. –2007. – 366 p.

231. Hogan D. E. Disaster medicine / D. E. Hogan, J. L. Burstein. – 2nd ed. -Lippincott Williams and Wilkins, a Wolter Kluwer business. – 2007. – 493 p.

232. Medical Reserve Corps Offers Local Opportunity for Pharmacists [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ashp.org/menu/News/PharmacyNews/NewsArticle.aspx?id=1174>.

233. Office of Public Health Preparedness and Response (OPHPR). Strategic National Stockpile (SNS) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bt.cdc.gov/stockpile/>.

234. Agency for Toxic Substances and Disease Registry [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.atsdr.odc.aov>.

235. Centers for Disease Control and Prevention [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.odc.gov>.

236. Malatino E. M. Strategic National Stockpile: Overview and Ventilator Asset / E. M. Malatino // Respiratory Care January, 2008. – V. 53. – № 1. – P. 91-95.

237. Mai M. HSPD-21: National Strategy for Public Health and Medical

Preparedness [Электронный ресурс] / М. Mai, С. Franco. – Режим доступа: <http://www.upmc-biosecurity.org/website/resources/cominentarv/2007-10-23summaryof HSPD-21.html>.

238. Cities Readiness Initiative [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.co.washington.or.us/HHS/EmergencyPreparedness/citics-readiness-initiative.cfm>.

239. Sherry B. Review of “Pandemic Influenza: Emergency Planning and Community Preparedness” / B. Sherry // International Joun. of Mass Emergencies and Disaster, 2009. – V. 27. – № 2. – P. 181-185.

240. Disasters: The Journal of Disaster Studies, Policy and Management [Электронный ресурс]. – Oxford. UK: Blackwell Publishers. – Режим доступа: [www.blaekwellpublishing.com/journal.asp](http://www.blaekwellpublishing.com/journal.asp).

241. International Journal of Emergencies and Disasters [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.usc.edu/schools/sppd/ijmed>.

242. National Security Presidential Directives [NSPD] [Электронный ресурс]. / George W. Bush Administration. – Режим доступа: <http://www.fas.org/irp/offdocs/nspd/index.html>.

243. Leary M. The Fist 72 Hours: A Community Approach to Disaster Preparedness. Lincoln, NE: iUniverse Publishing. [Электронный ресурс] / М. Leary. – Режим доступа: <http://www.iuniverse.com/bookstore/book detail.asp>.

244. Disaster Emergency Response – Get a Kit, Make A Plan, Get Informed [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cpha.com/displaycommon>.

245. О создании единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (ЕГСП и ЛЧС) [Электронный ресурс] Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1995 г № 1113 // КонсультантПлюс : Версия Проф. – [М., 2011]. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_43861/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_43861/).

246. Вопросы всероссийской службы медицины катастроф [Электронный ресурс] : Постановление Правительства РФ от 28 февраля 1996 г. № 195 // КонсультантПлюс : Версия Проф. – [М., 2011]. – Режим доступа:

<http://zakonbase.ru/content/nav/15133>.

247. О силах и средствах единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций [Электронный ресурс] : Постановление Правительства РФ от 3 августа 1996 г. № 924 // КонсультантПлюс : Версия Проф. – [М., 2011]. – Режим доступа: <http://zakonbase.ru/content/nav/18510>.

248. Умарова С. З. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях : учеб. для вузов / С. З. Умаров. – М. : ГЭОТАР-МГД. – 2003. – 291 с.

249. Савченко В. Ю. Организация медицинского обеспечения ликвидации последствий аварий на военной технике / В. Ю. Савченко, В. В. Губин, Ю. С. Малета // Актуальные проблемы военной и экстремальной медицины : материалы науч.-практ. конф. 24-25 мая 1994 г. // МО РФ, ГВМУ, ГНИИ ЭМПФ и МТ. – М. , 1994. – С. 52-54.

250. Об утверждении Положения о резерве медицинского имущества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, номенклатуры и объёмов резерва медицинского имущества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций [Электронный ресурс] : приказ Мин-ва здравоохранения и социал. развития РФ № 253 от 4 апреля 2006 г. // КонсультантПлюс : Версия Проф. – [М., 2011]. – Режим доступа: [http://www.atompharm.ru/news\\_ns70.html](http://www.atompharm.ru/news_ns70.html).

251. О порядке оценки выпускаемых из мобилизационного резерва и неприкосновенного запаса лекарственных средств и медицинского имущества : Постановление Правительства РФ от 1 июля 1996 г № 786 // КонсультантПлюс : Версия Проф : Каталог документов информационного банка “Документы СССР”. – [М., 2011].

252. Рогов О. А. Организация медицинского снабжения в условиях современных вооружённых конфликтов / О. Л. Рогов, И. В. Ситников //

Воен.-мед. жури. – 2008. – №.12. – С . 42-44.

253. Медицинское снабжение службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации : сб. офиц. док. – М. : ВЦМК “Защита”. – 1999. – 160 с.

254. Медицинское снабжение службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации : сб. офиц. документов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://medobook.ru/load/medicina/voennaja\\_medicina\\_i\\_medicina\\_katastrof/medicinskoe\\_snabzhenie\\_sluzhby\\_mediciny\\_katastrof\\_mz\\_rf\\_1999\\_g/7-1-0-325](http://medobook.ru/load/medicina/voennaja_medicina_i_medicina_katastrof/medicinskoe_snabzhenie_sluzhby_mediciny_katastrof_mz_rf_1999_g/7-1-0-325).

255. О лицензировании отдельных видов деятельности [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12123874/>.

256. О лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ [Электронный ресурс] : Постановление Правительства РФ от 21 июня 2002 г. № 454. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_46656/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_46656/).

257. Об утверждении положений о региональных и территориальных центрах медицины катастроф [Электронный ресурс] : приказ Мин-ва здравоохранения и мед. пром-сти РФ от 21 июня 1996 г. № 261 // КонсультантПлюс : Версия Проф. – [М., 2011]. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_117430/?frame=2](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_117430/?frame=2).

258. Об утверждении Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 1996 г. № 377. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/search/>.

259. Гражданский кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10164072/>.

260. Civil Defence and Protection Directorate of the Ministry of Interior of France [Электронный ресурс]. – Режим доступа:



[http://reliefweb.int/ocha\\_ol/programs/response/medunet/prov85.html](http://reliefweb.int/ocha_ol/programs/response/medunet/prov85.html).

261. Лермонтова Ю. О. Державне управління екстреною медичною допомогою при надзвичайних ситуаціях в закордонних країнах / Ю. О. Лермонтова // Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. праць. – Дніпропетровськ : Вид-во ДРІДУ НАДУ, 2012. – №4 (15) – С. 191-199.

262. Карамішев Д. В. Розвиток державного регулювання забезпеченням лікарськими засобами в Україні [Електронний ресурс] / Д. В. Карамішев, Ю. О. Лермонтова // Державне будівництво. – 2009. – № 1. – Режим доступу: [http:// www.kbuara.kharkov.ua](http://www.kbuara.kharkov.ua).

263. Лермонтова Ю. О. Формування принципів та концепції державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій / Ю. О. Лермонтова // Публічне управління: теорія та практика : зб. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління. – №3 (11). – 2012. – С. 181-185.

264. Лермонтова Ю. О. Моделювання організаційно-функціональних структур державного управління лікарським забезпеченням в умовах надзвичайних ситуацій / Ю. О. Лермонтова // Публічне управління: теорія та практика : зб. наук. праць Асоціації докторів наук з державного управління. – №1 (17). – 2014. – С. 181-189.

**Володимир Анатолійович Андронов**  
**Світлана Миколаївна Домбровська**  
**Юлія Олександрівна Лермонтова**  
**Олександр Олегович Труш**

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ПОСТАЧАННЯМ В  
УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

*Монографія*

Науковий редактор: д.держ.упр., проф. Домбровська С. М.

Комп'ютерна верстка: Лермонтова Ю. О.

Підписано до друку **14.12.2015**

Формат 60x84 1/16

Папір офсет. Друк офсет. Ум. друк. арк. 9,25

Тираж 300 прим.

Видавництво та друк: \_\_\_\_\_