

Міністерство освіти і науки України  
Національний технічний університет  
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління  
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

студента Било Ярослава Михайловича

академічної групи 281м-21з-2-ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Савостенко Т.О.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневіська О.В.			
-----------------	------------------	--	--	--

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України».

76 стор., 6 рис., 49 джерел.

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, ЗБРОЙНІ СИЛИ УКРАЇНИ, СТАНДАРТИ НАТО, ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ЄДИНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОСТІР, РІВНІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ЕТАПИ ЕВАКУАЦІЇ, ОРГАНИ УПРАВЛІННЯ ТА КООРДИНАЦІЇ.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України.

Предмет дослідження – процес державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України.

Метою дослідження є визначення напрямів удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України.

У першому розділі досліджуються теоретичні засади державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення. Другий розділ присвячено організації системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України та країн НАТО У третьому розділі розглядаються рекомендації щодо Удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України на засадах стандартів НАТО.

Сфера практичного застосування результатів роботи – Міністерство оборони України та Міністерство охорони здоров'я України.

## ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification work on the topic «Improving public administration in the system medical and evacuation support of the Armed Forces of Ukraine».

76 pages, 6 pictures, 49 sources.

STATE ADMINISTRATION, ARMED FORCES OF UKRAINE, NATO STANDARDS, MEDICAL AND EVACUATION SUPPLY, UNIFORM MEDICAL SPACE, LEVELS OF MEDICAL SUPPLY, EVACUATION STAGES, MANAGEMENT AND COORDINATION BODIES.

The object of the study is public relations in the sphere of public administration in the system of medical and evacuation support of the Armed Forces of Ukraine.

The subject of the research is the state management process in the system of medical and evacuation support of the Armed Forces of Ukraine.

The purpose of the study is to determine the areas of improvement of state management in the system of medical and evacuation support for the Armed Forces of Ukraine.

The first chapter examines the theoretical foundations of state management in the system of medical and evacuation support. The second chapter is devoted to the organization of the system of medical and evacuation support of the Armed Forces of Ukraine and NATO countries. The third chapter deals with recommendations for the improvement of state management in the system of medical and evacuation support of the Armed Forces of Ukraine based on NATO standards.

The sphere of practical application of the work results is the Ministry of Defense of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
<b>РОЗДІЛ 1</b>	
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ЛІКУВАЛЬНО-ЄВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ .....	10
1.1. Визначення понять та еволюція концепції лікувально-евакуаційного забезпечення .....	10
1.2. Історичні етапи формування органів управління і координації у системі лікувально-евакуаційного забезпечення.....	22
<b>РОЗДІЛ 2</b>	
ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЄВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ .....	31
2.1. Становлення та розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів в Збройних Силах України .....	31
2.2. Особливості організації лікувально-евакуаційних заходів в системі медичного забезпечення в державах – членах НАТО .....	47
<b>РОЗДІЛ 3</b>	
УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ЛІКУВАЛЬНО-ЄВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ .....	56
3.1. Пропозиції щодо медичного забезпечення Збройних Сил України на засадах формування єдиного медичного простору .....	56
3.2. Концептуальні засади формування сучасної системи лікувально- евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в межах єдиного медичного простору.....	64
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

АТО/ООС	–	антитерористична операція/операція об'єднаних сил
ВГ	–	військовий госпіталь
ВМКЦ СР	–	Військово-медичний клінічний центр Східного регіону
ВООЗ	–	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
в/ч	–	військова частина
ЄМП	–	єдиний медичний простір
ЕМД	–	екстрена медична допомога
ЕМЕ	–	етап медичної евакуації
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
ЗСУ	–	Збройні Сили України
ЛЕЗ	–	лікувально-евакуаційне забезпечення
МД	–	медична допомога
МЗ	–	медичне забезпечення
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
МОУ	–	Міністерство оборони України
НАТО	–	Північноатлантичний Альянс
ОЗ	–	охорона здоров'я
ПМД	–	первинна медична допомога
ЦВС	–	цивільно-військова співпраця
УВМА	–	Українська військово-медична академія
TACEVEAC	–	тактична евакуація
TFC	–	тактична медична допомога

## ВСТУП

Указом Президента України від 17 вересня 2021 року № 473 затверджено Стратегічний оборонний бюлетень України, який спрямовано на забезпечення практичної реалізації положень Военної доктрини України та Концепції розвитку сектору безпеки і оборони України і визначає стратегічні й оперативні цілі оборонної реформи та очікувані результати їх досягнення з урахуванням актуальних воєнно-політичних загроз та викликів.

Одна із визначених в цьому документі оперативних цілей передбачає підготовку військової та цивільної системи охорони здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення і особового складу військ ( сил), які безпосередньо вирішують питання з надання медичної допомоги, лікування поранених і хворих з метою найскорішого відновлення їх боє-, працездатності як вирішального фактору, що впливає на наслідки війни.

Перед керівництвом медичної служби Збройних Сил України (ЗСУ) постає питання найбільш ефективного використання медичних ресурсів з метою створення системи медичного забезпечення, спроможної надавати медичну підтримку відповідно до завдань, що стоять перед силами оборони України відповідно до стандартів НАТО. Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду організації медичного забезпечення військ ( сил) дозволяє виділити такий важливий її розділ, як управління медичною евакуацією поранених та хворих на театрі воєнних дій (в операційній зоні).

Необхідність здійснення якісних евакуаційних заходів, сортування хворих, надання безперервної медичної допомоги під час евакуації, забезпечення спадкоємності між етапами евакуації та якісного і ефективного лікування військовослужбовців за територіальним принципом в межах єдиної загально-державної системи медичного забезпечення в умовах воєнного часу, особливого періоду та під час надзвичайного стану об'єднує функції та завдання військово-медичної служби і цивільної охорони здоров'я України.

Актуальність теми роботи званою мірою посилюється в умовах воєнних дій та відповідає необхідності виконання вимог Воєнно-медичної доктрини України щодо реалізації територіального принципу медичного забезпечення та інтеграції системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України. Одним із напрямів розвитку лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) є спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності, що розташовані на відповідній території.

Фундаментальні положення реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах єдиного медичного простору порушують питання щодо можливості залучення до спільного проведення лікувально-евакуаційних заходів системи цивільної охорони здоров'я, інших міністерств і відомств та створення єдиного медичного простору за територіальним принципом. Однак його практична імплементація виявила ряд проблем організаційного та адміністративного характеру, які потребують вирішення.

Систему медичного забезпечення військ (сил), розвиток відомчих систем лікувально-евакуаційного забезпечення військ і використання сил та засобів медичних служб військових формувань для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій досліджували М. Бойчак, О. Булах, О. Власенко, В. Волошин, А. Галушка, Л. Голик, Л. Давидюк, В. Жаховський, А. Котуза, О. Курічко, Е. Левченко, О. Мельник, В. Майданюк, В. Пасько, Я. Ратиш, О. Ричка, В. Савицький.

В. Білий, А. Верба, М. Бадюк, В. Жаховський, В. Лівінський, В. Скалецький у своїх роботах дослідили еволюцію системи лікувально-евакуаційних заходів у системі медичного забезпечення військ, визначили склад сил і засобів медичної служби на різних етапах розвитку військової медицини. Основну увагу акцентовано на залежності системи лікувально-евакуаційних заходів від розвитку організації військ та порядку їх

застосування, а також стану матеріально-технічного забезпечення медичної служби.

Напрацювання зазначених науковців становлять значний базис для теоретичних і практичних досліджень, проте в контексті здійснення воєнних дій в Україні вони є такими, що потребують аналізу та вдосконалення, а питання державного управління в системі здійснення лікувально-евакуаційних заходів залишається дослідженим недостатньою мірою як у наукових працях (у тому числі з публічного управління та адміністрування), так і в монографічних роботах.

Метою дослідження є визначення напрямів удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України.

Предмет дослідження – процес державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України.

Відповідно до мети в роботі поставлено до вирішення такі завдання:

- визначити поняття та еволюцію концепції лікувально-евакуаційного забезпечення;
- дослідити історичні етапи формування органів управління і координації у системі лікувально-евакуаційного забезпечення;
- визначити напрями становлення та розвитку системи лікувально-евакуаційних заходів в Збройних Силах України;
- проаналізувати особливості організації лікувально-евакуаційних заходів в системі медичного забезпечення в державах – членах НАТО;
- сформулювати пропозиції щодо медичного забезпечення Збройних Сил України на засадах формування єдиного медичного простору;
- запропонувати концептуальні засади формування сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в межах єдиного медичного простору.



Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є різні наукові методи, що використовувалися одночасно з метою забезпечення достовірності знань, вирішення поставлених завдань й обґрунтованості зроблених висновків та рекомендацій, зокрема: діалектичний метод застосований до розкриття теоретичних засад державного управління, аналізу законодавчих і нормативних актів щодо лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України; методи аналізу, аналогії, порівняння – для узагальнення міжнародного досвіду державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України; компаративний та моделювання – задля вироблення пропозицій щодо адаптації вітчизняної нормативно-правової бази до європейських вимог, логічного узагальнення, синтезу й дедукції – для узагальнення національних особливостей та визначення напрямів удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України, а також при формуванні висновків.

Джерельну базу дослідження складають Укази Президента України, нормативно-правові акти Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України Міністерства оборони України, Міністерства охорони здоров'я України, інтернет-ресурси, а також наукові праці вітчизняних і закордонних авторів з досліджуваної тематики.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

#### **1.1. Визначення понять та еволюція концепції лікувально-евакуаційного забезпечення**

Медичне забезпечення є окремим видом забезпечення Збройних Сил України (ЗС України) і являє собою систему заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, лікування і відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, захворювань і травм.

Воно включає організаційні, лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, медичне постачання, підготовку військово-медичних кадрів і наукове вирішення проблем військової медицини. Реалізація зазначених заходів забезпечується наявністю відповідної нормативно-правової бази, відповідним матеріально-технічним забезпеченням, чіткою системою управління, якісним зв'язком та інформаційною підтримкою.

Основою медичного забезпечення військ у воєнний час є система лікувально-евакуаційних заходів, яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації надання медичної допомоги пораненим, ураженим, постраждалим (далі – поранені) та хворим, їх евакуації, лікування, реабілітації та призначених для цього сил і засобів медичної служби.

Лікувально-евакуаційні заходи (ЛЕЗ) включають розшук, збір і винесення (вивезення) поранених з поля бою або вогнищ масових санітарних втрат, надання їм необхідних видів медичної допомоги, евакуацію, лікування та медичну реабілітацію.

Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів полягає в етапному лікуванні поранених з їх евакуацією за призначенням. Її побудова

здійснюється з використанням медичних підрозділів військових частин і з'єднань, мобільних і стаціонарних військово-медичних закладів та максимальним залученням наявної мережі цивільних закладів охорони здоров'я, що є основою етапів медичної евакуації.

Етап медичної евакуації (ЕМЕ) – це сукупність сил і засобів медичної служби, розгорнутих на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених (хворих). В умовах будь-яких збройних конфліктів, лікувально-евакуаційне забезпечення (ЛЕЗ) військ є одним із ключових моментів, що забезпечують мінімізацію санітарних втрат, а також виступають запорукою збереження життя і здоров'я військовослужбовців, швидкого відновлення боєдатності.

Визначення і сама структура організації ЛЕЗ значно еволюціонувала за останні роки, як у світовому, так і вітчизняному форматі.

Зокрема, якщо в NATO Logistics Handbook від 1997 р., визначення ЛЕЗ вкладається, по суті, у заходи під час транспортування і має досить просту, ригідну та обмежену структуру (4 ешелони – етапи, між якими розподілені функції, без можливості їх переносу, без огляду на засоби і способи евакуації), то у серпні 2018 р. розроблено та впроваджено окремий стандарт, що стосується саме питань медичної евакуації та ЛЕЗ – Стандарт NATO AJMedP-2 «Allied joint medical doctrine for medical evacuation» [1]. У ньому ЛЕЗ визначається як основний аспект медичного забезпечення, що включає у себе розподіл функцій між лікувальними закладами, що являють собою ланки евакуації, та безпосередньо порядок здійснення транспортування та надання допомоги під час нього, що є вкрай важливою та невід'ємною частиною безперервності процесу лікування. Останньому принципу приділяється особлива увага, поряд із тим, що під час транспортування обсяг і якість медичної допомоги не може бути меншим, ніж на попередній ланці. Також одним з базових принципів є надання переваги стратегічної медичної евакуації над тактичною, тобто обминання послідовних етапів медичної евакуації задля якомога швидшого надходження хворого/травмованого/пораненого до того

закладу, де допомога може бути надана у максимально повному, відповідно до потреби, обсязі.

Втім, для досягнення цієї мети, необхідне залучення великої кількості ресурсів, тому що існуючим комплектом сил і засобів військово-медичних служб навіть за умов їх підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційних ресурсів, активного маневру силами і засобами, неможливо повністю забезпечити потреби військ у медичній допомозі, уникаючи при цьому великої кількості етапів тактичної евакуації. Це, у свою чергу, призводить до неможливості дотримання цільових часових меж здійснення ЛЕЗ, що, тягне за собою зниження якості надання медичної допомоги, збільшення частки несприятливих наслідків лікування. Також слід зауважити, що концентрація такої кількості сил і засобів, навіть за можливості, є економічно недоцільною.

Це призвело до формування принципів цивільно-військової співпраці (ЦВС), що були вперше застосовані у сучасному вигляді у 1948 р. в Ізраїлі. Під час бойових дій медична допомога пораненим спочатку надається військовими медиками, основним змістом якої є стабілізація стану поранених та надання необхідної допомоги перед евакуацією в госпіталь, де їм буде надано необхідну хірургічну та іншу спеціалізовану допомогу. Водночас слід зазначити, що суто військових госпіталів військово-медична служба не має, проте кожна цивільна лікарня Ізраїлю на час кризи має «план Б», тобто у разі потреби стає військовим госпіталем. При цьому вона може швидко розгорнути додаткові ліжка у відділеннях невідкладної допомоги та забезпечити їх запасним медичним обладнанням. Багато країн світу, що мають потужні збройні сили та розвинену військово-медичну службу, зокрема США, Німеччина, Великобританія, Франція, Норвегія також передбачають використання національних цивільних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) на завершальних етапах медичної евакуації і навпаки – військово-медичні заклади використовуються для надання медичної допомоги цивільному населенню під час ліквідації медичних наслідків катастроф техногенного та природного характеру. На таких же принципах

формують та розвивають системи медичного забезпечення військ країни, що раніше входили до соціалістичного табору, а зараз розбудовують власні збройні сили за стандартами НАТО, це – Угорщина, Республіка Молдова, Польща, Литва, Латвія та Естонія.

Щодо розуміння ЛЕЗ у вітчизняному контексті, то тут також простежуються значні зміни. В Україні засади ЦВС були закладені ще у 1995 р., коли була прийнята Постанова КМУ № 819 «Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини»[2]. Вона, по суті, декларує створення та принципи функціонування єдиної загальної державної системи медичного забезпечення цивільного населення і військовослужбовців на випадок екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на воєнний час.

Доповнено цей розділ було Указом Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 квітня 1998 р. «Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки» [3], яким створювалися територіальні госпітальні бази (ТерГБ) на базі визначених лікувальних установ МОЗ України. Головними завданнями ТерГБ були визначені: у воєнний час – надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація поза межами збройного конфлікту; в мирний час також – у випадку введення надзвичайного стану, пов'язаного із виникненням надзвичайної ситуації природного або техногенного характеру.

У редакції Воєнної доктрини України, затвердженої рішенням Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 р., викладено концептуально новий підхід до визначення та організації ЛЕЗ [4].

Якщо раніше ЛЕЗ визначали як «систему взаємопов'язаних заходів з надання пораненим і хворим медичної допомоги, їх евакуації, лікування та реабілітації з метою збереження життя та якнайскорішого відновлення бое- і працездатності можливо більшій кількості військовослужбовців, які вибули із

строю в результаті бойового ураження або захворювання», то у новій Воєнній доктрині, ЛЕЗ розглядається як «система організації надання медичної допомоги пораненим, ураженим, постраждалим та хворим, що включає в себе збір та вивіз поранених з вогнища масових санітарних втрат, надання їм необхідних видів медичної допомоги, евакуацію, лікування та медичну реабілітацію», де акценти суттєво зміщуються від центрування на бойовій (робочій) одиниці, до зосередження на збереженні життя і поновленні здоров'я кожного постраждалого [4; 5].

Також окремим пунктом Воєнної доктрини виступає «модернізація військової системи охорони здоров'я у напрямі концентрації зусиль на заходах з медичного забезпечення військ (сил) у можливих конфліктах з максимальною її інтеграцією із цивільною системою охорони здоров'я» [4].

У Концепції розвитку сектору безпеки і оборони України сформульовано основну мету та завдання розвитку сектору безпеки і оборони, а саме формування та підтримання спроможностей, що дадуть змогу гарантовано забезпечити адекватне і гнучке реагування на весь спектр загроз національній безпеці України, раціонально використовуючи наявні у державі можливості та ресурси [6]. Концепцією також визначено пріоритети розвитку ЗС України, у тому числі їх системи медичного забезпечення, а саме: розвиток її функціональної та організаційної структури, зокрема польової медицини; удосконалення системи підготовки та перепідготовки військово-медичних кадрів; психологічну підтримку військовослужбовців; координацію цивільної та військової систем охорони здоров'я; удосконалення системи управління військово-медичною службою; поглиблення міжнародного співробітництва тощо. За результатами проведенного оборонного огляду указом Президента України було затверджено Стратегічний оборонний бюлетень України, в якому визначено мету і стратегічні цілі оборонної реформи, деталізовано завдання щодо реформування і розвитку ЗС України та встановлено оперативну ціль для розвитку системи військової охорони здоров'я – це побудова системи

медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки відповідно до завдань Сил оборони [7].

Це дозволило остаточно змінити систему ЛЕЗ від того зразка, що залишився у спадок від колишньої Радянської Армії та був громіздким, дорогим в економічному та необґрунтованим у військовому відношеннях, на більш сучасну і досконалу. На заміну йому прийшла модель ЛЕЗ, яка була спроможною для медичного забезпечення ЗС України у визначених варіантах їх застосування, здатна до необхідного мобілізаційного розгортання та інтегрована з державною системою охорони здоров'я. Остаточно її принципи та механізми реалізації були закріплені у Керівництві з медичної евакуації у ЗС України від 09.07.2018 р. [8] та Воєнно-медичній доктрині від 31.10.2018 р. [5].

Історія розвитку військово-медичної служби у світі, свідчить про різноманітність форм та способів організації ЛЕЗ у військах (силах). Вони змінювались та вдосконалювались зі зміною факторів, які чинили вплив на діяльність медичної служби. До цих факторів відносяться:

- соціально-економічний та політичний устрій;
- організація збройних сил, їх технічне оснащення;
- рівень розвитку медичної науки та системи охорони здоров'я;
- економічний потенціал держави.

Необхідність подальшого розвитку та удосконалення лікувально-евакуаційної системи обумовлювалась не тільки її недоліками, а й умовами медичного забезпечення військ, що змінилися в післявоєнний час. Поява на озброєнні сучасних армій засобів масового ураження, нових видів вогнепальної зброї, в'язких запальних сумішей типу напалму призводить до зміни характеру і структури санітарних втрат. При цьому особливе значення для організації лікувально-евакуаційного забезпечення має можливість одночасного виникнення осередків масових санітарних утрат. Висока швидкоплинність бойових дій і часті зміни обстановки будуть вимагати від частин і закладів медичної служби значно більшої рухомості і маневреності, ніж це було під час минулих війн.

Разом з указаними змінами умов діяльності медичної служби великий вплив на систему лікувально-евакуаційного забезпечення обумовили успіхи в розвитку медичної науки, що мали місце в післявоєнний період, особливо в таких її розділах, як медична радіологія, імунологія, анестезіологія і реаніматологія, трансфузіологія та токсикологія.

Комбінований характер більшості поранень у результаті можливого застосування нових видів зброї й труднощі у визначенні головного синдрому поранення (захворювання) підводять до висновку про необхідність залучати до надання спеціалізованої медичної допомоги й подальшого лікування поранених представників різних медичних спеціальностей. Збільшується потреба поранених у терапевтичній допомозі, оскільки значне місце серед бойових уражень займають радіаційні (променева хвороба) і ураження отруйними речовинами, які можуть часто поєднуватись із різними травмами

Дуже перспективним для удосконалення порядку евакуації за призначенням і зокрема для усунення багатоетапності в евакуації поранених і хворих необхідно вважати широке використання авіаційного транспорту – літаків і вертольотів. Це дозволяє, крім того, розподілити потоки поранених і хворих, які підлягають евакуації до лікувальних закладів, що розгорнуті на театрі воєнних дій.

Нові умови діяльності медичної служби призвели до необхідності перебудови системи лікувально-евакуаційного забезпечення у військах на сучасному етапі розвитку військової медицини.

Лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил) – це складна високоорганізована система, успішне функціонування та удосконалення якої можливе тільки на основі розвиненої матеріально-технічної бази військової та цивільної охорони здоров'я і загальних, прийнятих на воєнний час принципів організації за умови застосування єдиної методики управління їх силами та засобами, забезпечення підготовленими керівними кадрами та достатньою кількістю кваліфікованих спеціалістів.



Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення полягає у своєчасному, послідовному та спадкоємному проведенні пораненим і хворим необхідних лікувальних заходів на полі бою (в осередках масових санітарних утрат) та на етапах медичної евакуації в поєднанні з їх евакуацією до лікувальних частин і закладів, які забезпечують надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію.

Основа сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України становить система етапного лікування поранених і хворих з їх евакуацією за призначенням та реабілітацією.

Означена система має базуватися на таких принципах [9]:

- надання медичної допомоги пораненим і хворим та початок інтенсивної терапії якомога раніше;
- ешелонування (розподіл) медичної допомоги між медичними пунктами та лікувальними закладами;
- поєднання заходів щодо надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених і хворих з їх евакуацією;
- евакуація пораненого чи хворого за призначенням до того лікувального закладу, де йому може бути надана не тільки радикальна, а бажано й вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;
- проведення інтенсивної терапії тяжкопораненим і тяжкохворим під час евакуації;
- послідовність і наступність у наданні медичної допомоги, лікуванні та реабілітації;
- спеціалізація медичної допомоги, лікування й реабілітація поранених і хворих.

Поряд із цими принципами для сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення характерні [9]:

- широке застосування механізованих засобів для збору, вивезення з поля бою та евакуації поранених і хворих, а також залучення сил і засобів

командування до участі в проведенні рятувальних робіт в осередках масових санітарних втрат;

- наближення сил і засобів медичної служби (медичних підрозділів і частин, евакуаційно-транспортних частин) до районів виникнення санітарних утрат з метою якомога швидшого надання кваліфікованим медичним складом медичної допомоги пораненим, хворим і початку інтенсивної терапії тяжкопоранених у безпосередній близькості від місця ураження;

- прагнення до вчасної, одномоментної, радикальної та вичерпної медичної допомоги з подальшим лікуванням тих поранених і хворих, що не потребують подальшої евакуації;

- повернення до строю максимальної кількості поранених і хворих з якомога нижчого етапу медичної евакуації;

- максимальне скорочення кількості етапів медичної евакуації в лікувально-евакуаційному процесі;

- маневрування видами й обсягом медичної допомоги на етапах медичної евакуації;

- поєднання лікувально-евакуаційного забезпечення із заходами щодо захисту поранених і хворих, а також сил і засобів медичної служби від зброї масового ураження;

- чітке визначення контингентів, які підлягають остаточному лікуванню на тому чи іншому етапі медичної евакуації залежно від медичних показань, оперативно-бойових і медичних обставин;

- концентрація основних засобів надання кваліфікованої медичної допомоги в корпусній ланці медичної служби, а засобів завершення кваліфікованої і надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим з їх подальшим лікуванням – у ланці оперативного командування;

- широке використання територіальних госпітальних баз для надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та реабілітації;

- ешелонування сил і засобів медичної служби та широке маневрування ними під час операції.

У сучасних умовах питання найбільш доцільної організаційної структури підрозділів, частин та закладів медичної служби, найраціональніше їх використання набуває особливої гостроти. Так, максимально можливе наближення сил та засобів медичної служби до бойових порядків військ можна досягти двома способами:

- створення у військах досить потужного штатного угруповання сил та засобів медичної служби;
- підсилення нижчої ланки медичної служби за рахунок вищої.

У сучасних умовах, при виникненні масових санітарних утрат і нерівномірності їх розподілу за часом та місцем (тобто в різних елементах бойових порядків та оперативної побудови військ) принципового значення набуває другий спосіб – якомога більш широкий маневр силами та засобами медичної служби, що здійснює вища ланка в інтересах нижчої. Це так званий маневр з глибини. Останній, як відомо, передбачає концентрацію достатньої кількості сил та засобів медичної служби в руках старшого начальника й централізованого їх використання в інтересах усієї підлеглої служби.

Ізольоване застосування тільки одного з указаних способів не дозволяє вирішити ті складні завдання, що стоять перед медичною службою в сучасних умовах. Оптимальне співвідношення цих двох способів, які вирішують одне й те саме завдання, але на різних рівнях керівництва, дозволить доцільно й правильно розподілити штатні сили та засоби, призначені для підсилення.

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення включає також медичну реабілітацію – комплекс лікувальних, військово-професійних і морально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення боє- та працездатності поранених і хворих.

Завдання швидшого повернення до строю уражених і хворих буде мати виключно важливе значення в умовах ракетно-ядерної війни, коли повернення до строю поранених і хворих при масових утратах особового складу військ стане головним джерелом поповнення діючої армії. На сучасному етапі розвитку військової медицини мова йде про створення спеціальних центрів

реабілітації у складі госпітальних баз, куди поряд із легкопораненими і легкохворими (первинний контингент реабілітації) буде надходити і так званий вторинний контингент реабілітації, тобто всі поранені й хворі, перспективні для повернення в стрій, які спочатку були направлені у відповідні до характеру й тяжкості їх ураження госпіталі (хірургічні, терапевтичні, неврологічні та ін.), закінчили період госпітального лікування й потребують відновлення тимчасово втрачених функцій. Наявність строго контрольованої системи реабілітації дозволить, по-перше, максимально скоротити терміни відновлення боєздатності й повернення в стрій значної кількості поранених (хворих) і, по-друге, забезпечить суттєве скорочення термінів звільнення госпітальних баз та їх використання в інтересах медичного забезпечення наступних операцій.

Успішне здійснення лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) досягається [9]:

- створенням угруповань сил і засобів медичної служби, які відповідають конкретній обстановці й тим завданням, які потрібно вирішувати; їх умілим та ефективним використанням, а також максимально можливим наближенням до районів (осередків) найбільших санітарних утрат;
- розшуком, збором і вивозом (виносом) поранених і хворих з поля бою у короткі терміни; своєчасним наданням повноцінної першої медичної та долікарської (фельдшерської) допомоги, своєчасною і дбайливою доставкою їх на етапи медичної евакуації;
- своєчасним розгортанням етапів медичної евакуації, чіткою їх роботою, що забезпечує надання пораненим і хворим медичної допомоги в установленому обсязі та в оптимальні строки;
- активним запровадженням у практику ефективних методів діагностики, надання медичної допомоги й лікування поранених та хворих;
- чітким веденням медичної документації.

У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення особливе значення має своєчасність надання медичної допомоги, наступність і послідовність лікувальних заходів, тобто дотримання єдиних методів лікування

поранених і хворих та послідовне нарощування лікувальних заходів на етапах медичної евакуації. Медична допомога повинна бути надана в терміни, які будуть оптимальними для подальшого відновлення здоров'я пораненого і хворого (перша лікарська допомога – протягом 4 – 5 годин, кваліфікована – 8 – 12 годин із моменту поранення (захворювання), а при ураженнях фосфорорганічними речовинами перша лікарська допомога – протягом 2 – 4 годин, кваліфікована терапевтична допомога – 6 – 8 годин із моменту появи ознак інтоксикації).

Своєчасність медичної допомоги досягається організацією безперервного вивозу (виносу) поранених і хворих з поля бою (осередків масового ураження), швидкою їх доставкою на етапи медичної евакуації та правильною організацією роботи останніх. Суттєве значення має також наближення етапів медичної евакуації до військ і своєчасне їх висування до районів і рубежів масових санітарних утрат.

Наступність у лікуванні поранених і хворих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, які проходять в організмі при пораненнях і захворюваннях, єдиними методами їх профілактики та лікування. Обов'язковою умовою наступності медичної допомоги є чітке ведення медичної документації. Без цього неможливо знати, яка медична допомога вже надана на попередньому етапі евакуації та як потрібно її продовжувати.

Послідовність у лікуванні поранених і хворих полягає у збільшенні обсягу медичної допомоги та ускладненні технології її надання на наступних етапах медичної евакуації.

Особливості тієї чи іншої системи ЛЕЗ залежать від умов ведення війни, досить різноманітні та визначаються розвитком медичної науки, технічного оснащення медичної служби. Втім, як в Україні, так і у світі провідною є тенденція до тісної інтеграції та співпраці з цивільною системою охорони здоров'я, що робить систему ЛЕЗ більш гнучкою, мобільною та призводить до оптимального скорочення часу між етапами медичної евакуації (ЕМЕ), обумовлюючи дотримання термінів надання допомоги та належну якість надання медичної допомоги.

## **1.2. Історичні етапи формування органів управління і координації у системі лікувально-евакуаційного забезпечення**

Досвід минулих воєн (починаючи з XVIII – XIX ст.) показав, що з початком бойових дій лікувальні заклади переповнювалися пораненими і хворими, що приводило до відставання їх від своїх військ і в значній мірі заважало будь-якому маневру та викликало необхідність евакуації в тил великої кількості поранених і хворих. М.І. Пирогов вперше розробив і впровадив принципи сортування і управління медичною евакуацією поранених і хворих у тил країни, що в подальшому лягло в основу організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ у багатьох країнах світу.

Розроблені М.І. Пироговим принципи сортування і евакуації поранених і хворих були покладені в основу «Проекту організації евакуації», затвердженого Головним штабом Росії в 1876 р. Це стало теоретичним підґрунтям виникнення органів управління евакуацією поранених і хворих і організації їх лікування в тилу країни [10].

Зростання санітарних втрат у війнах XIX ст. приводило до необхідності масової евакуації поранених і хворих у тил країни та розвитку шляхів евакуації наземним, залізничним, водним транспортом. У російсько-турецькій війні 1877 – 1878 рр. вперше були створені органи управління масової евакуації у вигляді «евакуаційних комісій» на вузлових залізничних станціях, при яких розгортались групи госпіталів і лазаретів. До складу евакуаційних комісій входили представники командування, медичної служби, органів військових сполучень і громадських організацій. Очолювали такі комісії стройові командири, а сама евакуація і лікування не були поєднані у єдиний процес. В подальшому евакуаційні комісії були трансформовані у місцеві евакуаційні пункти.

Досвід організації евакуації поранених і хворих було узагальнено виданням у 1890 р. «Положения об эвакуации больных и раненых» (рос.), яке діяло і в російсько-японській війні (1904 – 1905 рр.). У фронтовому районі були

організовані польові і тилові евакуаційні комісії, а в тилу – внутрішні евакуаційні комісії.

У складі евакуаційних комісій розгортались збірні евакуаційні пункти для сортування поранених і хворих (прообраз сортувальних госпіталів), військові госпіталі і лазарети, лікувальні заклади Червоного Хреста та благодійних організацій, воєнно-санітарні потяги і санітарно-транспортні підрозділи, дезінфекційні загони, лазні, пральні, пункти харчування, склади.

Таким чином, по своїй організації евакуаційні комісії наближались до сучасних евакуаційних пунктів, але незважаючи на певний прогрес у організації лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) армії у російсько-японській війні можна виділити ряд недоліків, а саме: відсутність у країні спеціального медичного органу управління евакуацією поранених і хворих; відсутність методик прогнозування можливих санітарних втрат (СВ) і потреби в засобах евакуації; непідготовленість необхідної кількості санітарного транспорту; непідготовленість госпіталів з необхідною кількістю ліжок і приміщень; недосконалість організаційно-штатної структури евакуаційних комісій.

Подальший розвиток системи евакуації поранених і хворих у тил країни відбувся у Першу світову війну 1914 – 1918 рр. Відповідно до «Временного положення об евакуации раненых и больных» (рос.), затвердженого у 1914 р., була створена система евакуаційних пунктів (ЕП): головних і тилкових на ТВД та розподільчих і окружних у внутрішніх районах країни.

Фактично евакуаційні комісії стали початковою формою організації управління сортуванням і евакуацією поранених і хворих. Функції ЕП були значно розширені.

Розподільчі ЕП (РЕП) розгортались у внутрішніх районах на вузлових залізничних станціях, морських і річкових причалах. Через них проходили усі поранені і хворі, що прибували. Одним з головних завдань РЕП було проведення медичного сортування, розподіл і відправлення поранених і хворих

в залежності від місця служби, батьківщини або обраного місця проживання по відповідним окружним ЕП (ОЕП).

ОЕП розгортались також на вузлових залізничних станціях у кожному воєнному окрузі. Основним їх завданням являвся розподіл поранених і хворих для госпітального лікування у військових і цивільних лікувальних закладах та відправка непридатних до військової служби до обраного місця проживання.

Під час воєнної інтервенції і громадянської війни 1918 – 1920 рр. та у післявоєнний період система евакуації поранених і хворих продовжувала удосконалюватись. Функції управління лікувально-евакуаційним забезпеченням були зосереджені у Воєнно-санітарному управлінні армії, про що наголошувала «Временная инструкция учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией» (рос.).

«Руководство по санитарной эвакуации в РККА» (рос.), затверджене у 1929 р., лікування та евакуацію закріпляло як єдиний процес і один з основних принципів ЛЕЗ. Основними закладами медичної евакуації в армійському, фронтовому і тилловому районах вважались польові, фронтові та допоміжні ЕП, а у внутрішніх районах країни – РЕП і МЕП, за якими були закріплені воєнно-санітарні потяги (ВСП), а також створювались ВЛК.

Бойові дії на р. Халхін-Гол (травень 1939 р.) та радянсько-фінляндська війна (30.11.1939 – 12.03.1940 рр.) виявили такі слабкі місця в організації ЛЕЗ поранених і хворих: нечітке розмежування прав і обов'язків між управліннями МЕП, недостатня спеціалізація ліжкової мережі госпітальних баз та її невідповідність структурі вхідного потоку поранених і хворих, відсутність у складі МЕП спеціалізованих лікувальних закладів та інші [10].

В той же час військова і цивільна охорона здоров'я набули досвіду взаємодії в ході медичного забезпечення військ на фронті і в тилу. На цій підставі в червні 1940 р. Наркомом охорони здоров'я (НКОЗ) СРСР було затверджене «Положение о формировании эвакуационных госпиталей, развертываемых органами здравоохранения Союза ССР в военное время»



(рос.), в якому визначались основні принципи управління евакуаційними госпіталями (ЕГ) [10].

ЕГ в медичному, адміністративному і фінансовому відношенні підпорядковувались цивільним органам охорони здоров'я, а в оперативному відношенні Наркому(НК) оборони (через медичну службу військових округів, Управління РЕП (УРЕП), Управління МЕП (УМЕП), які здійснювали контроль за медичним обслуговуванням поранених і хворих в ЕГ НКОЗ СРСР, проводили заходи по покращенню роботи ЕГ через місцеві органи охорони здоров'я.

У роки Великої Вітчизняної війни (ВВВ) (1941 – 1945) було сформовано значну мережу ЕГ, які об'єднувались під управлінням відповідних МЕП і РЕП у госпітальні бази тилу країни. Медичне обслуговування поранених і хворих військовослужбовців у тилкових районах покладалось на НКОЗ, а в армійських і фронтових районах – на Головне воєнно-санітарне управління (ГВСУ). Усі УРЕПи і УМЕПи були підпорядковані ГВСУ. До їх функцій входило матеріально-технічне і фінансове забезпечення поранених і хворих військовослужбовців в ЕГ, організація їх евакуації з ФЕП і розосередження по ЕГ, контроль діяльності ЕГ і ВЛК, організація обліку і звітності, виховна робота. Така система управління була громіздкою і мала негативні ознаки.

У роки війни система управління ЛЕЗ продовжувала трансформуватись. Так, при НКОЗ СРСР було створено Головне управління евакуаційних госпіталів; формувались управління (відділи ЕГ) при НКОЗ республік, областей; було розроблено «Положення про Головне управління евакогоспіталів», типові штати управлінь (відділів) по керівництву ЕГ [10].

Суттєвим недоліком у роботі органів управління ЕГ являлась відсутність на той час керівних документів, які б регламентували зміст і обсяг роботи УМЕП і органів НКОЗ та їх взаємовідносини.

Подальшим розвитком організаційних форм органів регулювання евакуації поранених і хворих явилось затвердження у березні 1942 р. «Положення о сортировочных госпиталях Наркомата здравоохранения (НКЗ)»

(рос.), згідно якому у госпітальних базах, що мали понад 5000 ліжок, створювались сортувально- евакуаційні госпіталі (СЕГ).

Розгортання ЕГ в тилу країни, органів управління медичною евакуацією поранених і хворих (УРЕП, УМЕП) проводилось, як правило, у великих містах і населених пунктах. Це дозволяло більш ефективно використовувати медичні заклади, кадри, місцеві ресурси, вузли залізничних шляхів для розвантаження ВСП, будівлі для розгортання ЕГ тощо. У значно гірших умовах доводилось працювати медичним закладам при їх розгортанні в невеликих населених пунктах із слабо розвинутою залізничною мережею.

Отже, розвиток системи регулювання медичної евакуації в роки ВВВ (1941 – 1945 рр.) та післявоєнний період свідчить, що такі спеціальні медичні формування, як управління евакуаційних пунктів, ЕГ, СЕГ (які в подальшому трансформувались у тиліві госпіталі Міністерства охорони здоров'я) були і є важливою ланкою в системі медичного забезпечення військ і не втратили свого значення в сучасних умовах [10].

У післявоєнні роки принципів змін порядку формування і застосування спеціальних медичних закладів по управлінню медичною евакуацією не відбулося. Змінилися лише типи тилівих госпіталів, перероблені штати і табелі до штатів, удосконалювалися питання їх мобілізаційної підготовки. Основними органами управління медичною евакуацією залишались евакуаційні пункти (армійські, фронтові, розподільчі, місцеві, допоміжні).

У сучасній системі ЛЕЗ у країнах ближнього зарубіжжя евакуацію поранених і хворих організують: в межах фронту – військово-медичні управління фронту, ЕП фронту та управління госпітальних баз фронту (УГБ); у внутрішніх районах – ЕП (розподільчі, місцеві, перевантажувальних районів) та медична служба територіального командування. Загальне керівництво евакуацією з фронту у госпітальні бази тилу здійснює ГВМУ МО. У зв'язку із залученням до процесу евакуації значної кількості сил і засобів успішне вирішення завдань можливе лише при чіткій організації взаємодії між органами

управління МОЗ, військово-медичної служби, служби військових сполучень, МНС, місцевими органами влади.

У загальній системі евакуації поранених і хворих з фронту до тилових госпіталів ВМУ фронту планує евакуацію, представляє донесення у ГВМУ МО про кількість підготовлених до евакуації і структуру поранених і хворих, подає заявки службі військових сполучень на необхідний транспорт. УГБ фронту визначає і готує поранених і хворих до евакуації, бере участь у доставці їх до місць завантаження. Безпосереднє керівництво евакуацією поранених і хворих з ГБФ здійснює ЕП фронту, який організує їх визначення і підготовку до евакуації, розгортання евакоприймачів, доставку до них поранених і хворих, завантаження на санітарно-транспортні засоби.

У сучасній системі етапного лікування з евакуацією за призначенням важливе місце також мають місцеві ЕП як територіальні органи управління евакуацією поранених і хворих. МЕП призначені для організації прийому поранених і хворих з ГБФ, військового округу, видів ЗС тощо, доставки їх у тиліві госпіталі МОЗ (ТГМОЗ) та оперативного керівництва їх роботою. МЕП підпорядкований НМС воєнного округу (ВО), на території якого розміщені приписані до нього ТГМОЗ. Передбачається, що до тилових госпіталів будуть евакуюватись найбільш тяжкі і складні поранені і хворі з довготривалими термінами лікування.

Нормативні документи наголошують, що для забезпечення гарантованого розгортання і організації роботи тилових госпіталів в особливий період необхідна їх попередня підготовка в мирний час . Планування і організацію мобілізаційної підготовки органів управління евакуацією поранених і хворих і тилових госпіталів здійснюють місцеві органи управління охорони здоров'я під керівництвом МОЗ, а ГШ ЗС здійснює координацію мобілізаційної підготовки ТГ, відповідних ЕП і контролює стан їх мобілізаційної готовності.

Таким чином, досвід організації медичного забезпечення поранених і хворих у минулих та існуючих збройних конфліктах (наприклад, в АТО) вимагає виділити такий важливий її напрямок, як управління медичною

евакуацією поранених та хворих при застосуванні військ (сил) в особливий період (в операційній зоні) [11 – 13].

В ході попередніх реформ медичної служби в ЗС України були розформовані окремі органи управління, що відповідали за медичну евакуацію із району бойових дій у тил країни (евакуаційні пункти, управління госпітальних баз). На сьогодні система управління медичною евакуацією поранених і хворих регулюється на усіх рівнях відповідними начальниками медичних служб військових частин та начальниками закладів охорони здоров'я ЗСУ. Окремих структур і посадових осіб з цією метою за штатом не передбачено.

Необхідно зазначити, що не визначені вони і у Тимчасовій настанові з медичної евакуації, що затверджена наказом ГШ ЗСУ від 02.03.2016 р. № 90 [14]

Станом на сьогодні, управління медичною евакуацією як складова управління медичним забезпеченням військових частин, з'єднань, оперативно-тактичних угруповань (ОТУ), видів ЗСУ та ЗСУ в цілому під час їх застосування покладено на керівників органів управління медичної служби усіх рівнів.

Алгоритм дій начальника медичної служби (НМС) щодо планування та управління медичним забезпеченням (у т.ч. медичною евакуацією) передбачає з'ясування завдання, оцінку обстановки, прийняття рішення, постановку завдань підлеглим, надання їм допомоги, контроль за виконанням поставлених завдань та організацію взаємодії [14].

Перелік питань, які повинні вивчатись відповідним НМС в ході планування та організації медичної евакуації за даним алгоритмом, дозволяє стверджувати, що без допоміжних управлінських (координаційних) структур він буде не в змозі якісно організувати своєчасний розшук, збір, винос, вивезення, контроль наявності та завантаженості санітарного транспорту, регулювання евакуаційних потоків поранених і хворих та їх доставку на визначені ЕМЕ за призначенням у встановлені терміни. Особливо актуальним

дане питання виявляється на тактичному рівні, де весь орган управління медичним забезпеченням обмежений лише однією посадовою особою (НМС).

В ЗС України передбачена передова, тактична і стратегічна медична евакуація [14].

Медична евакуація в межах передової евакуації передбачає транспортування поранених і хворих до першого розгорнутого ЕМЕ (МП, Медр, ВМГ або військового чи цивільного ЗОЗ, розташованого в районі бойових дій). Евакуація здійснюється санітарними автомобілями евакуаційного відділення Медр або приданими санітарними автомобілями автосанітарної роти (АСР). Її планує, організує та проводить НМС відповідної військової частини. Всі заходи планування, організації та проведення передової медичної евакуації мають забезпечити надання медичної допомоги першого або другого рівня: першої лікарської допомоги протягом однієї години, а невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги – не пізніше двох годин після поранення.

Тактична медична евакуація передбачає транспортування поранених і хворих з розгорнутих передових ЕМЕ або стаціонарних ЗОЗ в районі бойових дій до наступних визначених стаціонарних військових або цивільних ЗОЗ, що надають третій рівень медичної допомоги (кваліфіковану медичну допомогу з елементами спеціалізованої), розташованих поза району бойових дій у межах оперативної зони. Вона проводиться після стабілізації стану поранених і хворих санітарними автомобілями (автобусами), залізничним, водним та авіаційним транспортом. Її планує, організує та проводить начальник медичної служби - НМС (відповідний орган управління медичним забезпеченням) оперативно-тактичного угруповання (ОТУ) військ. За термінами вона поділяється на невідкладну (до 2-х годин), термінову (до 12 годин), відтерміновану (до 48 годин) та планову (після 48 годин).

Стратегічна медична евакуація передбачає транспортування поранених і хворих до визначених військових та цивільних стаціонарних ЗОЗ, де їм буде надано четвертий рівень медичної допомоги (спеціалізовану) та проведено лікування до повного одужання. Стратегічну медичну евакуацію планує та

організує керівник органу управління медичним забезпеченням ЗСУ способом «на себе», з обов'язковим дотриманням принципу «за призначенням». Вона здійснюється наземним і повітряним транспортом.

Планування, замовлення санітарного транспорту для медичної евакуації, управління та контроль за ходом її проведення покладаються на органи управління медичним забезпеченням ЗС України. При здійсненні усіх видів медичної евакуації з боку органів управління медичним забезпеченням необхідне постійне урахування та координація таких питань, як кількість підготовлених до евакуації поранених і хворих, їх стан та рекомендований спосіб транспортування, медичний супровід, наявність санітарного транспорту та його потреба, вивільнення ліжок на наступних етапах медичної евакуації для їх розміщення, структура санітарних втрат та спеціалізація ЗОЗ, час початку евакуації, час прибуття поранених та хворих до місця призначення, час розвантаження, стан прибулих та інші питання.

З досвіду організації медичного забезпечення військ (сил) у країнах НАТО, дані питання вирішуються розгалуженою системою органів управління та координації медичної евакуації [1;15;16]. У зазначених керівних документах чітко визначено перелік завдань координаторів та груп (відділень) координації медичної евакуації, центру координації стратегічної медичної евакуації.

Як уже зазначалось, відсутність окремих органів управління (або структур), відповідальних за медичну евакуацію, мала наслідком суттєві недоліки ЛЕЗ в ході проведення АТО: значні терміни доставки поранених і хворих на ЕМЕ, низький показник тяжких СВ, висока летальність, переважання «дренажної» евакуації а не евакуації «за призначенням». Досвід організації медичного забезпечення збройних сил НАТО та власний вітчизняний досвід медичного забезпечення військ (сил) в зоні АТО свідчить про доцільність створення структур медичної служби, відповідальних за управління (координацію) медичною евакуацією (МЕ) поранених і хворих.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ

#### 2.1. Становлення та розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів в Збройних Силах України

За досвідом медичного забезпечення бойових дій у другій світовій війні в Радянському Союзі була сформована система ЛЕЗ, що передбачала етапне лікування поранених з евакуацією їх за призначенням, тобто до того лікувального закладу, де їм могла бути надана вичерпна медична допомога. Основу такої системи складала комплект медичних підрозділів і військово-медичних закладів, передові й тиллові госпітальні бази і госпіталі тилу країни.

Схема ЛЕЗ у Радянській Армії наведена на рис. 2.1. Вона забезпечувала послідовне надання на розгорнутих ЕМЕ всіх видів медичної допомоги: долікарської (фельдшерської), першої лікарської, кваліфікованої та спеціалізованої, які надавалися на тих ЕМЕ, що мали для цього необхідні сили та засоби. Основою для розгортання ЕМЕ були відповідно: медичний пункт батальйону (в обороні), медичний пункт полку, окремий медичний батальйон (окрема медична рота, окремий медичний загін), військово-польові госпіталі (багатопрофільні або вузькопрофільні) передових і тиллових госпітальних баз та госпіталі тилу країни.

Медичні підрозділи військових частин, а також військово-медичні частини і заклади відповідним чином були представлені в структурі військ. Кожний лінійний батальйон мав медичний пункт з фельдшером, а окремий батальйон – медичний пункт з лікарем. Основу медичної служби механізованого (танкового) полку становив медичний пункт полку, що призначався для надання першої лікарської допомоги. До складу дивізій входили окремі медичні батальйони (ОМедБ) (в артилерійських дивізіях – окремі медичні роти), основним призначенням яких було надання

кваліфікованої медичної допомоги в повному або скороченому обсягах. Вони розгорталися, як правило, на відстані 12 – 15 км від переднього краю в наступі та 20 – 25 км в обороні.

Поле бою	Батальйон	Полк	Дивізія	Армія	Фронт	Тил країни
перша медична допомога	долікарська допомога	перша лікарська допомога	кваліфікована медична допомога	кваліфікована та спеціалізована медична допомога	спеціалізована медична допомога	спеціалізована медична допомога
само- та взаємодопомога, стрілок-санітар, санітарний інструктор	фельдшер, лікар	лікар	лікар-спеціаліст	лікар-спеціаліст	лікар-спеціаліст	лікар-спеціаліст

Рис. 2.1. Схема лікувально-евакуаційних заходів у Радянській Армії.

Медична служба армії мала у своєму складі 4 – 6 окремих медичних загонів (ОМЗ), медичний склад і медичний батальйон армії. ОМЗ призначалися для підсилення медичних служб дивізій і використовувалися як маневр з ОМедБ для забезпечення безперервності в наданні кваліфікованої медичної допомоги та розгорталися на відстані 12 – 15 км від переднього краю в наступі та 3 040 км від ОМедБ в обороні. Медичний батальйон армії мав у своєму складі 12 груп медичного підсилення, санітарно-епідеміологічний загін та автосанітарну роту. Групи медичного підсилення (медичні розпорядчі – 2, загальнохірургічні – 4, токсико- радіологічні – 2, офтальмологічні – 2, психоневрологічні – 2) призначалися для підсилення розгорнутих ОМедБ та ОМЗ, а також для керівництва силами та засобами медичної служби, виділеними на евакуаційні напрямки в смузі дій армії. В останні роки існування



Радянського Союзу наведений армійський комплект сил і засобів став основою для формування армійської медичної бригади.

Медична служба військового округу, крім стаціонарних військово-медичних закладів, мала у своєму складі медичні депо (МД) та кадри управління госпітальних баз (КУпрГБ), які в мирний час зберігали майно (медичне, речове, продовольче) і техніку, а також вели облік приписного складу для розгортання та укомплектування на час війни сил і засобів медичної служби фронту, основу якої складали: органи управління, передові й тиллові госпітальні бази, інші військово-медичні частини та заклади (лікувальні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні, заклади забезпечення медичним майном, технікою та киснем, санітарно-транспортні частини).

Передова госпітальна база (ПГБ) мала у своєму складі управління госпітальної бази, 27 військових польових госпіталів загальною місткістю 9 300 ліжок, окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення, станцію фельдшерсько-поштового зв'язку. ПГБ призначалися для медичного забезпечення військ першого ешелону фронту, для чого планувалося розгортати їх на напрямку дій кожної армії на відстані 60 – 80 км від лінії фронту в наступі та 130 – 150 км від переднього краю в обороні. Профілізація госпіталів ПГБ забезпечувала надання спеціалізованої медичної допомоги та спеціалізоване лікування поранених (хворих) з термінами лікування та повернення до строю до 30 діб.

Тилова госпітальна база (ТГБ) мала у своєму складі управління базою, 32 лікувальні заклади загальною ліжковою місткістю 17,5 тис. штатних ліжок, окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення, автомобільну санітарну роту та станцію фельдшерсько-поштового зв'язку.

ТГБ або окремі її госпіталі планувалося розгортати поблизу залізничних станцій, що давало можливість використовувати для їх завантаження та розвантаження санітарні поїзди та летючки. Завдання ТГБ – прийом та лікування по-ранених (хворих), що надходять з військ другого ешелону фронту, резервів, інших частин і з'єднань, розташованих у глибині тилової смуги оборони, а також переданих із ПГБ з метою їх вивільнення з загальними

термінами лікування до 60 діб. Не виключалася можливість розгортання госпіталів ТГБ на вихідних позиціях військ фронту замість ПГБ в інтересах збереження останніх для маневру при веденні наступальної операції. Загалом на час створення ЗС України на її території в МД та КУпрГБ зберігалася майно для 15 ПГБ та 4 ТГБ.

Така система лікувально-евакуаційних заходів як основа медичного забезпечення військ разом з комплектом сил і засобів для її розгортання залишилася у спадок від колишньої Радянської Армії та стала основою для побудови медичної служби Збройних Сил незалежної Української держави. На час створення ЗС України загальна чисельність особового складу медичної служби налічувала близько 49 тисяч осіб, з них понад 8 тисяч військовослужбовців. Будучи розрахованою на широкомасштабну війну, вона була громіздкою, дорогою в економічному та необґрунтованою у військовому відношеннях. Більше того, для повного укомплектування військово-польових госпіталів ПГБ і ТГБ необхідно було мобілізувати практично всіх медичних фахівців (лікарів і медичних сестер) системи охорони здоров'я України, а достатньої кількості медичних фахівців окремих вузьких спеціальностей (нейрохірургів, судинних хірургів тощо) взагалі не було. Доктринальні документи щодо захисту новоствореної української держави мали оборонну спрямованість та не передбачали можливості ведення бойових дій на території інших держав, що зумовило процеси скорочення кількості військових формувань і чисельності військ на території України в ході створення власних Збройних Сил. Військові округи були переформовані в оперативні командування, армії – в армійські корпуси, дивізії – у бригади.

Враховуючи те, що система медичного забезпечення завжди має відповідати структурі та чисельності військ, а також характеру та порядку їх застосування, не минули ці процеси й військово-медичну службу та призвели до пошуку нових організаційних форм медичного забезпечення військ. Як результат, відпала необхідність в утриманні та використанні громіздких військових формувань, насамперед ПГБ і ТГБ. Також на кінець 90-х років

ОМедБ дивізій, які до цього часу вважалися «головною операційною на війні», були переформовані в медичні роти бригад, із завданням надання першої лікарської допомоги, а хірургічні втручання зводилися до «Damage Control» – сучасної хірургічної тактики або тактики контролю пошкоджень, що спрямована на мінімізацію обсягу первинного хірургічного втручання в тяжкопоранених з подальшим виконанням відтермінованого остаточного хірургічного втручання після стабілізації їх стану на наступних ЕМЕ.

Сили та засоби медичних служб армій стали основою для формування польових центрів медичного забезпечення (ПЦМЗ), організаційно-штатна структура яких була непостійною та залежала від бойового складу армійських корпусів. До складу ПЦМЗ входили: управління, 5-7 військово-польових пересувних госпіталів (ВППГ) (з розрахунку по одному на 1-2 механізовані (танкові) бригади та 1-2 в резерві), окремий медичний загін підсилення (ОМЗП); окремий автомобільний санітарний батальйон (ОАСБ) та медичний склад. Основними завданнями ПЦМЗ були прийом, медичне сортування поранених (хворих), надання їм кваліфікованої медичної допомоги та підготовка до евакуації в пересувну госпітальну базу (ПерГБ); тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених (хворих); лікування легкопоранених (легкохворих) із термінами відновлення боєздатності до 15 діб; тимчасова ізоляція інфекційних хворих.

ВППГ були багатопрофільними, що давало можливість використовувати їх замість розформованих ОМедБ та ОМО самостійно на окремих напрямках або для медичного забезпечення військ при їх застосуванні під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру.

ТГБ були виключені зі складу медичної служби ЗС України, а ПГБ переформовані в ПерГБ з основним завданням щодо надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги і лікування поранених (хворих). До їх складу входили управління (УГБ) та 12 військово-польових госпіталів загальною ліжковою місткістю 5100 штатних ліжок (1 ВПСГ на 500 ліжок, 2 ВПГЛР по 1000 ліжок, 6 ВПХГ по 300 ліжок, 1 ВПТГ на 300 ліжок, 1 ВППГ на

300 ліжок, 1 ВПНГ на 200 ліжок), окремий автомобільний санітарний батальйон (ОАСБ) та окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення (ОБМТЗ). ВПХГ, що були основою ТерГБ, являли собою багатoproфільні хірургічні госпіталі, які за умов відповідного підсилення мали можливість надавати спеціалізовану медичну допомогу.

Передбачалося, що завершальним етапом медичної евакуації в сучасній системі ЛЕЗ замість ТГБ та з так і невизначеним в Україні статусом госпіталів тилу країни стануть лікувальні заклади територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України (ТерГБ МОЗ України), створення яких було визначено постановою Кабінету Міністрів України від 30.11.1998 р. № 1894-65 [17]. ТерГБ МОЗ України призначені для надання у воєнний час кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування та реабілітації в оперативному й стратегічному тилу, а в мирний час – у випадку введення надзвичайного стану або виникнення надзвичайної ситуації. Вони утворюються на базі лікувальних закладів МОЗ України та управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, а також військових госпіталів і санаторіїв Міністерства оборони України (МО України), які розташовані в межах однієї області.

Госпіталі ТерГБ формуються за рахунок медичного персоналу, фондів та інфраструктури забезпечення на базі лікувальних закладів МОЗ України у складі: територіального хірургічного госпіталю, територіального травматологічного госпіталю, територіального нейрохірургічного госпіталю, територіального психоневрологічного госпіталю, територіального торакоабдомінального госпіталю, територіального терапевтичного госпіталю (центру реабілітації). Кількість лікувальних закладів та їх ліжкова місткість у різних ТерГБ неоднакова і залежатиме від кількості та місткості лікувальних закладів конкретної області, воєнно-адміністративного поділу держави та потреби військ.

Формування ТерГБ МОЗ України стало першим реальним кроком на шляху формування «єдиного медичного простору» та реалізації принципу

«війну ведуть не збройні сили, а держава та народ», який прийшов на заміну радянському – «все для фронту, все для перемоги». Такий варіант залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги військовослужбовцям дав змогу зменшити мобілізаційне навантаження на людські та матеріальні ресурси держави, а головне – не порушувати загальнодержавну систему охорони здоров'я.

Крім медичного забезпечення військовослужбовців, у воєнний час ТерГБ МОЗ України також можуть бути використані для надання медичної допомоги та лікування постраждалих із числа цивільного населення під час надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру.

Одночасно з формуванням системи ЛЕЗ на особливий період була побудована система медичного забезпечення ЗС України мирного часу за трьома вертикалями: лікувально-профілактична, санітарно-гігієнічна та протиепідемічна, медичного постачання, а також була створена система військово-медичної освіти і науки, якої до цього взагалі не існувало на території України. Лікувально-профілактична вертикаль була представлена Головним військовим клінічним госпіталем, центральними, базовими та гарнізонними військовими госпіталями. Вертикаль санітарно-гігієнічної та протиепідемічної служби була представлена Санітарно-епідеміологічним управлінням, санітарно-епідеміологічними загонами (регіональними і територіальними) та санітарно-епідеміологічними лабораторіями.

У вертикалі медичного постачання існували центральні медичні склади, медичні склади оперативних командувань та Військово-Морських Сил, військові представництва, МД та КУпрГБ. Більшість МД (саме 8) та інших надлишкових закладів медичного постачання було розформовано, а медичне майно і техніка, що були вилучені при цьому, направлені для поповнення дефектури існуючих формувань непорушних запасів, а також на поточне медичне постачання.

Система військово-медичної освіти передбачала можливість підготовки медичного персоналу практично всіх освітньо-кваліфікаційних рівнів, за

винятком середнього медичного персоналу, потребу в якому повністю задовольняла цивільна система медичної освіти.

Українська військово-медична академія (УВМА), що була створена як заклад післядипломної освіти відповідно до постанови Кабінету Міністрів України [18] і декількох наказів Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України [19; 20], почала працювати на повну потужність і мала повністю забезпечити потребу ЗС України та інших військових формувань у військових лікарях за різними спеціальностями освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр». З метою прищеплення всім лікарям країни знань та навичок щодо надання медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, а також цивільному населенню під час бойових дій та при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, у всіх вищих медичних навчальних закладах були сформовані кафедри екстремальної та військової медицини (КЕіВМ) [20; 21]. Навчання на цих кафедрах було обов'язковим для всіх студентів як чоловічої, так і жіночої статі, після якого всі випускники медичних вишів отримували військове звання офіцера медичної служби запасу, зараховувалися на військовий облік та були джерелом наповнення необхідного мобілізаційного резерву медичної служби і комплектування УВМА. Для вирішення хронічної проблеми некомплекту медичного персоналу у військових частинах рішенням Уряду з 1 вересня 1997 р. поряд з традиційною підготовкою лікарів для потреб українського війська у Вінницькому медичному коледжі ім. Д. К. Заболотного створено Відділення підготовки помічників військових лікарів та започатковано підготовку відповідних фахівців. Щороку 100 студентів проходили навчання за програмою підготовки офіцерів кадру, освітньо-кваліфікаційний рівень – «бакалавр», спеціальність – «лікувальна справа», кваліфікація – «помічник лікаря, офіцер військового управління тактичного рівня», форма підготовки – «студент 4 роки».

Передумовою підготовки фахівців такого рівня слугували насамперед визначені перспективи щодо реформування та розвитку ЗС України, зокрема те, що цими програмами передбачався повний перехід військ на бригадно-

батальйонну організаційну структуру. Це, в свою чергу, вимагало відповідних змін і в організації медичного забезпечення військ.

Була сформована нова система медичного забезпечення військ, що мала відповідне ресурсне забезпечення, у тому числі й система ЛЕЗ (рис. 2.2.), яка була спроможною для медичного забезпечення ЗС України у визначених варіантах їх застосування, здатна до необхідного мобілізаційного розгортання та інтегрована з державною системою охорони здоров'я.

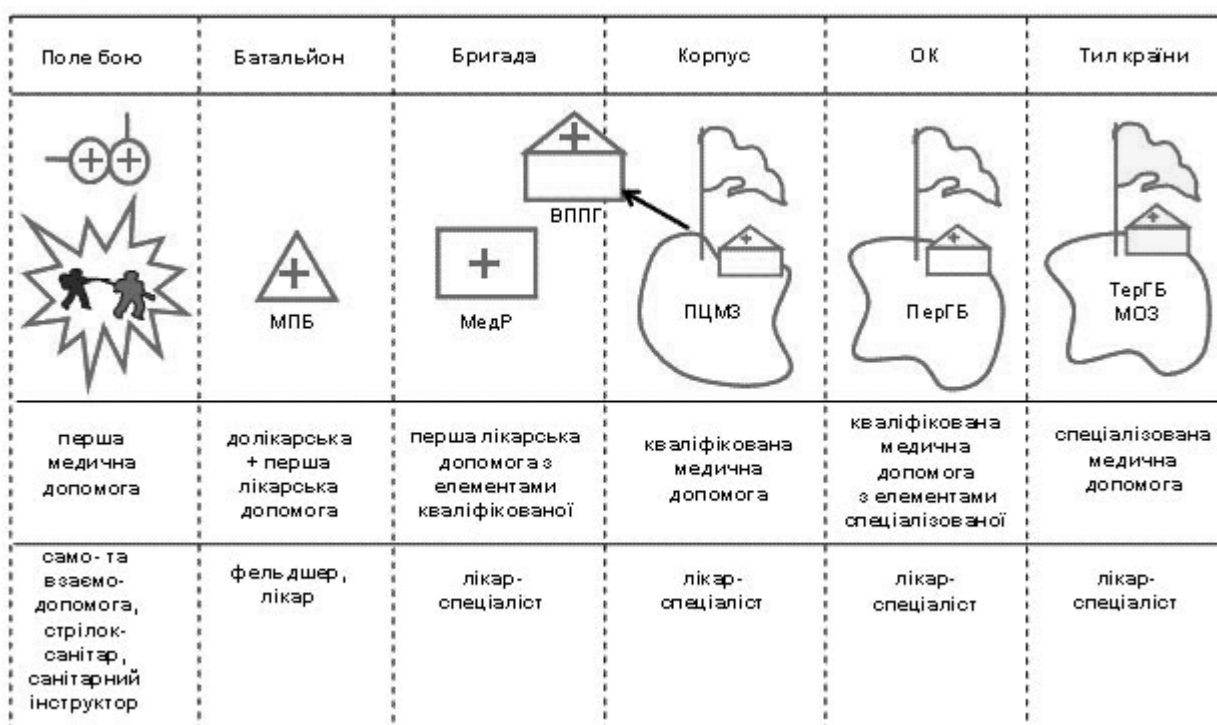


Рис.2.2. Схема лікувально-евакуаційних заходів у ЗС України (кінець 90-х рр.).

Цього вдалося досягнути завдяки тривалій «кадровій стабільності» органу управління медичним забезпеченням – Головного військово-медичного управління Міністерства оборони України та його ефективної діяльності за підтримки керівництва ЗС України і МО України.

Подальше реформування ЗС України, зміни порядку та способів їх застосування призвели до необхідності вдосконалення організаційної структури медичної служби та принципів її діяльності. Як результат, був запроваджений територіальний принцип медичного забезпечення військ [22], створені

військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) (головний і регіональні) з визначеними зонами відповідальності [23], військові мобільні госпіталі (ВМГ), які на відміну від ВППГ утримуються в постійній готовності до застосування і не потребують тривалого часу для проведення мобілізаційних заходів [24].

ВМГ є мобільним, спеціалізованим, багатoproфільним лікувальним закладом ЗС України та призначений для надання пораненим (хворим) першої лікарської, кваліфікованої та окремих елементів спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та підготовки до евакуації в лікувальні заклади вищого рівня в мирний та воєнний час.

У цей же період медична служба ЗС України поповнилася засобами аеромедичної евакуації, зокрема літаком АН-26 «Віта», були також спроби створити для евакуації поранених декілька ланок санітарних гелікоптерів, проте через обмежене фінансування та організаційну недолугість вони не увінчалися успіхом.

Як результат, існуюча система ЛЕЗ була вдосконалена за рахунок введення в систему медичного забезпечення військ ВМКЦ, ВМГ і засобів аеромедичної евакуації та передбачала послідовне надання медичної допомоги на наявних ЕМЕ:

– перша медична допомога надається безпосередньо на місці поранення або в найближчому укритті самими військовослужбовцями в порядку само- та взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами і санітарними інструкторами підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт;

– долікарська (фельдшерська) допомога надається помічниками лікарів (фельдшерами батальйонів) у медичних пунктах батальйонів, що ними очолюються, а при масових санітарних втратах – і в медичному пункті військової частини або в медичній роті бригади;

– перша лікарська допомога надається лікарями загальної практики в медичних пунктах військових частин і в медичних ротах бригад, а також у медичних пунктах батальйонів (дивізіонів), які очолюють лікарі, можливо у ВМГ та ВППГ при масовому надходженні поранених і хворих;



– кваліфікована медична допомога надається лікарями-хірургами і терапевтами у ВМГ та ВППГ (невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги – у медичних ротах бригад) та лікувальних закладах ПерГБ;

– спеціалізована медична допомога надається і лікування проводиться лікарями-спеціалістами у ВМГ, ВППГ, госпіталях ПерГБ за умов відповідного підсилення, а також у закладах охорони здоров'я МО України та ТерГБ МОЗ України.

Евакуація поранених (хворих) здійснюється з медичних пунктів (медичних рот) до ВМГ, ВППГ, а після надання відповідної медичної допомоги та лікування – у госпіталі ПерГБ або ж (залежно від оперативної обстановки) – у заклади охорони здоров'я МО України та ТерГБ (рис.2.3).

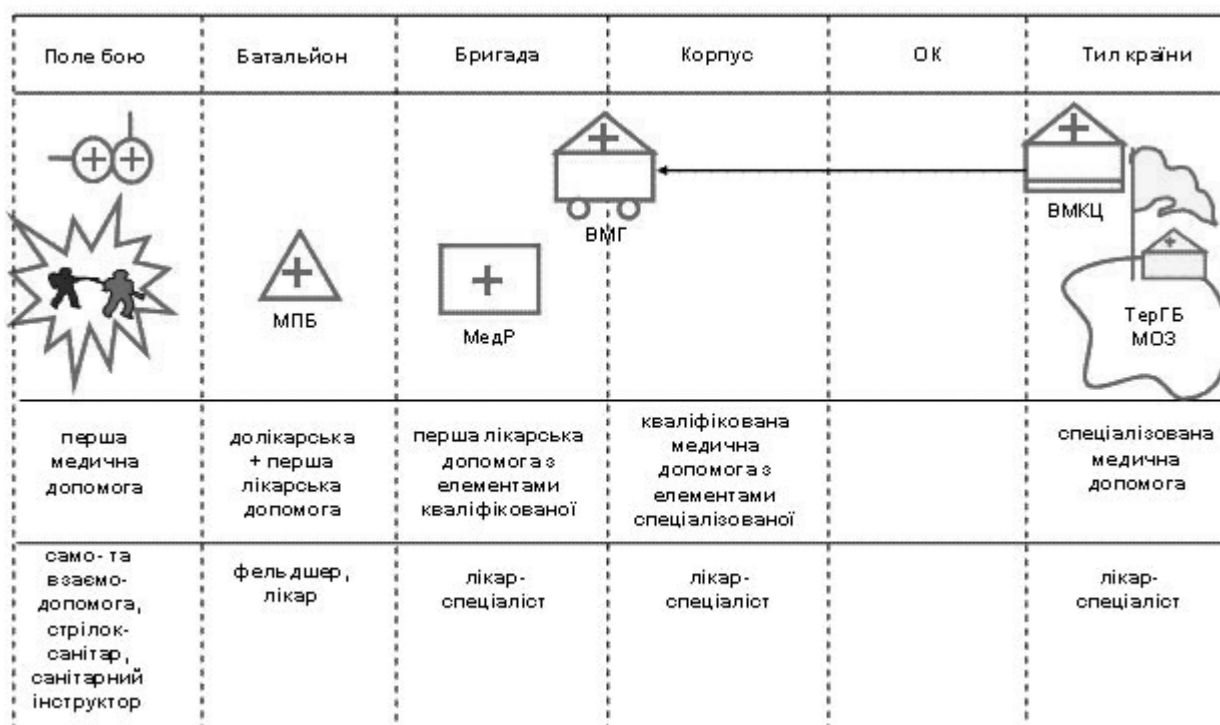


Рис. 2.3. Схема лікувально-евакуаційних заходів у ЗС України (2013 р.).

Ця система ЛЕЗ мала забезпечувати своєчасне, послідовне, спадкоємне та якісне надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) в усіх варіантах застосування ЗС України. Її ефективність у мирний час була підтверджена реальними результатами роботи, а численні навчання різного рівня,

що проводилися у ЗС України за участю медичної служби, давали можливість стверджувати про її доцільність та ефективність в особливий період.

Виконання наступних програм реформування та розвитку ЗС України призвело до подальшого скорочення чисельності військ, а відповідно – і чисельності медичної служби, кількості медичних підрозділів і військово-медичних закладів, а заходи реформування, що проводилися керівництвом ЗС України, практично були зведені до неконтрольованого скорочення військово-медичної служби.

Так, починаючи з 2006 року було скорочено та розформовано більшість КЕіВМ, а в трьох, що залишилися, підготовка студентів з питань організації медичного забезпечення військ стала необов'язковою, та ще й платною і в позанавчальний час. У 2007 році ліквідовано Відділення підготовки помічників лікарів Вінницького медичного коледжу, згодом розформовано навчальну медичну роту, що здійснювала підготовку санітарних інструкторів для військ.

Незважаючи на існування в складі МО України органу управління медичним забезпеченням ЗС України – Військово-медичного департаменту, у 2011 р. було створено Центральне військово-медичне управління Збройних Сил України (ЦВМУ) з підпорядкуванням Генеральному штабу Збройних Сил України. У результаті на стратегічному рівні з'явилося два органи управління єдиним процесом медичного забезпечення військ, що призвело до порушення цілісності системи управління медичним забезпеченням.

Через відсутність необхідної системи підготовки кадрів для укомплектування всіх рівнів медичного забезпечення виник значний некомплект медичного персоналу, насамперед у медичних підрозділах військових частин і з'єднань, де майже третина посад військових лікарів були вакантними. Крім того, було зупинено опрацювання механізму залучення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) ТерГБ МОЗ України до лікування поранених (хворих) військовослужбовців і всебічної підготовки їх до застосування в особливий період. За таких умов система ЛЕЗ була позбавлена основних сил і виявилася неспроможною для надання медичної допомоги пораненим на полі

бою та, за винятком 5 ВМГ, не мала засобів для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги в районах, наближених до районів бойових дій, а враховуючи незавершеність формування та підготовки до застосування ТерГБ і відсутність сучасних засобів медичної евакуації медична служба практично втратила можливість здійснення медичного забезпечення військ в особливий період, крім обмеженого короткочасного військового конфлікту.

З такою структурою медичної служби, комплектом сил і засобів та системою ЛЕЗ, практично без додаткових заходів і часу на підготовку ЗС України були залучені до участі в антитерористичній операції (АТО) на Сході України, керівництво якою проводив Антитерористичний центр Служби безпеки України.

На кінець 2013 р., тобто напередодні антитерористичної операції (АТО), медичне обладнання, переважна більшість якого надійшла на забезпечення медичних підрозділів військових частин і з'єднань та військово-медичних закладів ще за радянських часів, морально і фізично застаріло. Медична і санітарна техніка давно виступили встановлені терміни та використали ресурси, переважно списані та навіть при їх наявності перебували у неробочому стані. Забезпеченість лікарськими засобами і перев'язувальними матеріалами була недостатньою, відсутні індивідуальні засоби медичного захисту. Через відсутність необхідної системи підготовки кадрів виник значний некомплект медичного персоналу, насамперед у медичних підрозділах військових частин і з'єднань, де майже третина посад військових лікарів була вакантною.

Крім того, медична служба військових частин і з'єднань втратила організаційні структури та спроможності медичних рот, які до цього часу були основою медичного забезпечення у військах. Також були розформовані та виключені із складу медичної служби ЗС України ПЦМЗ та ПерГБ. За таких умов система ЛЕЗ була позбавлена основних сил та засобів і на початок АТО/ООС на Сході України виявилася неспроможною для надання медичної допомоги.

Зважаючи на зазначене, терміново були проведені заходи щодо створення

системи медичного забезпечення АТО, основу якої склали: Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (НВКМЦ «ГВКГ»), визначені ВМКЦ регіонів та окремі військові госпіталі (ВГ) (рис.2.4.).

Район проведення АТО			За межами АТО	
Поле бою	Батальйон	Бригада	ОК	Тил країни
	 МПБ  МедП	 ВМГ  ЦРЛ	 ВМКЦ ВГ  ОКЛ	 НВМКЦ  ЗОЗ НАМН
перша медична допомога	долікарська, перша лікарська допомога	перша лікарська допомога з елементами кваліфікованої	кваліфікована медична допомога з елементами спеціалізованої	спеціалізована медична допомога
само- та взаємодопомога, стрілок-санітар, санітарний інструктор	фельдшер, лікар	лікар-спеціаліст	лікар-спеціаліст	лікар-спеціаліст

Рис.2.4. Схема лікувально-евакуаційних заходів під час АТО

З метою компенсації організаційної та функціональної неспроможності медичних підрозділів військових частин і з'єднань було сформовано 31 мобільну лікарсько-сестринську бригаду для надання медичної допомоги безпосередньо у військових підрозділах, у подальшому були розгорнуті 2, потім 3, а з часом 4 військові мобільні госпіталі.

Для підсилення медичної служби військових частин і з'єднань та з метою надання медичної допомоги з елементами кваліфікованої частина мобільних лікарсько-сестринських бригад була направлена безпосередньо у війська та передана в оперативне підпорядкування керівникам (командирам) секторів, оперативних мобільних угруповань і тактичних груп.

З метою нарощування потужності системи медичного забезпечення три

100-ліжкові ВГ (Дніпропетровськ, Чернігів, Миколаїв) переформовано у 200-ліжкові, один 50-ліжковий ВГ (Черкаське) та дві поліклініки з денним стаціонаром (Запоріжжя, Староконстянтинів) переформовані в 100-ліжкові ВГ, у деяких ВМКЦ створені нові або ж підсилено наявні реабілітаційні відділення, збільшено штатну ліжкову місткість клінік і відділень психіатрії, в деяких ВГ до штатів введено психіатричні кабінети з лікарями психіатром й психологом.

Підсилення транспортними засобами для медичної евакуації (санітарні автомобілі та реаніомобілі) на перших порах проводилося шляхом внутрішнього перерозподілу за рахунок ВМКЦ та ВГ, розташованих поза межами АТО, а в подальшому – за рахунок відмобілізування 2-х автосанітарних рот, допомоги волонтерів, громадських організацій і громад окремих населених пунктів.

Усі військово-медичні підрозділи та заклади отримали необхідну кількість медикаментів і перев'язувальних засобів. Виконано велику роботу щодо забезпечення особового складу військових частин і з'єднань індивідуальними засобами медичного захисту.

Зважаючи на тривалість АТО, велику кількість санітарних втрат, стало очевидним, що наявним комплектом сил і засобів медичних служб ЗС України та інших військових формувань навіть за умов їх підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційних ресурсів, активного маневру силами і засобами неможливо повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні. Водночас МОЗ України не змогло реалізувати попередні теоретичні напрацювання щодо розгортання ТерГБ, що призвело до незапланованого, проте доволі організованого, залучення до системи ЛЕЗ у зоні бойових дій 17 центральних районних лікарень, Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені І. І. Мечнікова та клінічних закладів Національної академії медичних наук України.

За складних умов було налагоджено таку систему надання медичної допомоги та лікування поранених:

– перша медична допомога на блокпостах, взводних і ротних опорних пунктах, позиціях батарей надавалася пораненим у порядку само- та взаємодопомоги, а також штатними і позаштатними санітарами та санітарними інструкторами рот (батарей);

– долікарська та перша лікарська допомога надавалася в базових таборах особовим складом штатних медичних підрозділів дивізіонів, батальйонів, батальйонних тактичних груп, бригад, а також приданими мобільними лікарсько-сестринськими бригадами;

– надання кваліфікованої з елементами спеціалізованої медичної допомоги організовано в розгорнутих ВМГ, Дніпропетровському ВГ та ВМКЦ Північного регіону, а також 17 центральних районних лікарнях у зоні бойових дій та в Дніпропетровській обласній клінічній лікарні імені І. І. Мечнікова.

Після надання необхідної медичної допомоги та стабілізації стану поранених їх евакуювали до НВМКЦ «ГВКГ», інших ВМКЦ регіонів та вищезазначених цивільних закладів охорони здоров'я.

Вивіз поранених безпосередньо з осередків санітарних втрат (поля бою, опорних пунктів, блокпостів) у зоні АТО здійснювався з урахуванням умов бойової та медичної обстановки переважно транспортом загальновійськового призначення, у тому числі броньованим, а подальша їх евакуація до медичних підрозділів, військових і цивільних закладів охорони здоров'я проводилася штатним санітарним транспортом медичної служби військової ланки, окремих автомобільних санітарних рот, транспортно-бойовими вертольотами і літаками, а також цивільними каретами швидкої медичної допомоги і навіть волонтерами. На превеликий жаль, оцінити ефективність системи медичного забезпечення військ під час АТО вкрай важко через відсутність достовірної інформації щодо причин смерті військовослужбовців.

Тобто, вищезазначене вказує на те, що цивільна ланка включилась у схему ЛЕЗ, починаючи з бригадного рівня.

Після надання необхідної медичної допомоги та стабілізації стану поранених їх евакуювали до НВМКЦ «ГВКГ», інших – до ВМКЦ регіонів та вищезазначених цивільних ЗОЗ. Вивіз поранених безпосередньо з осередків санітарних втрат (поля бою, опорних пунктів, блокпостів) у зоні АТО/ООС здійснювався з урахуванням умов бойової та медико-тактичної обстановки переважно транспортом загальновійськового призначення, у тому числі броньованим, а подальша їх евакуація до медичних підрозділів, військових і цивільних ЗОЗ проводилася штатним санітарним транспортом медичної служби

військової ланки, окремих автомобільних санітарних рот, транспортно-бойовими вертольотами і літаками.

Однак, формування єдиного медичного простору (ЄМП) виявило ряд проблем, обумовлених наявністю недоліків державного регулювання між загальнодержавною і відомчими (військовими) системами охорони здоров'я, а саме:

- фінансування переважної більшості лікарень здійснюється з місцевих бюджетів, а механізм компенсації їхніх витрат на лікування поранених військовослужбовців не визначений;

- недостатнє забезпечення перев'язувальними засобами, ліками, препаратами крові та кровозамінниками (лікування поранених військовослужбовців потребує значних витрат перев'язувальних матеріалів, ліків, препаратів крові і кровозамінників, що перевищують можливості цивільних закладів охорони здоров'я, а порядок забезпечення ними не визначений);

- неналежне кадрове забезпечення (центральні районні лікарні не мають достатньої кількості відповідним чином підготовленого медичного персоналу для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям);

Аналіз історичного розвитку системи ЛЕЗ у загальній системі медичного забезпечення військ, досвід медичного забезпечення АТО, перспективи і можливий характер застосування ЗС України, завдання керівництва держави щодо досягнення ЗС України стандартів і спроможностей військ НАТО до 2020 р. свідчать про необхідність термінового реформування системи медичного забезпечення військ і створення сучасної системи ЛЕЗ.

## **2.2. Особливості організації лікувально-евакуаційних заходів в системі медичного забезпечення в державах – членах НАТО**

В НАТО затверджено низку принципів і стратегій медичного забезпечення, дотримання яких є обов'язковим для усіх держав-учасниць в рамках спільних операцій (воєнних, миротворчих, гуманітарних), очолюваних Альянсом.

Основні принципи ЛЕЗ в державах-членах НАТО закріплено у Стандартах НАТО таких як AJMedP-2 «Allied joint medical doctrine for medical evacuation» та AJP-4.10 «Allied joint doctrine for medical support» [1; 11].

Система ЛЕЗ, розроблена та запроваджена НАТО, на сьогодні довела свою спроможність і ефективність і є одною з найбільш досконалих за своїми результатами. Цього досягнуто завдяки впровадженню низки принципів [11].

Зокрема, воєнна доктрина підтримує комплексну систему охорони здоров'я для якнайоперативнішого сортування, лікування, вивезення та повернення поранених на службу. Функціонування системи починається з поранення на полі бою та закінчується у віддалених госпіталях безпечних зон. Надання допомоги починається з першої реакції (самодопомога, взаємодопомога та допомога бійця-рятувальника), швидко проходить етапи надання допомоги пораненим під час бою (допомога під час обстрілу, в укритті та під час евакуації з місця тактичного бою) та сучасного лікування травм до стабілізаційної операції, після чого відбувається транспортування реанімобілем до місця подання допомоги вищого рівня, де можна проводити складніше лікування.

Однією з основних характеристик організації сучасної системи медичного забезпечення є поширення медичних ресурсів та можливостей на установи різного рівня командування, у різних локаціях та з можливостями, що постійно удосконалюються. Це називається «чотири етапи допомоги». Як правило, жодний з етапів не пропускають, за винятком причин медичної терміновості, ефективності та доцільності. Основна причина такого правила – необхідність забезпечити стабілізаційний стан і виживання пацієнта під час лікування тяжких травм та попередніх реанімаційних операцій перед перевезенням до іншого лікувального закладу. Різні етапи позначають відмінності у можливостях та догляді. Кожний наступний етап включає можливості попереднього та розширює їх.



Етап 1 – це догляд на місці поранення:

– допомога особи з базовими знаннями невідкладної допомоги: домедична допомога та невідкладні заходи для збереження життя, надані самостійно, товаришами або бійцями-рятувальниками (членами немедичної команди (загону), навченими подавати домедичну допомогу;

– допомога старшого бойового медика чи бойового медика, який володіє методиками надання допомоги пораненим в тактичному бою. Додаткові особи, які надають допомогу на полі бою, – сержанти-медики військ особливого призначення, незалежні санітари-розвідники-диверсанти сил спеціального призначення, спеціальні корабельні санітари, парашутисти аварійно-рятувальної служби та медичні працівники молодшої та середньої ланки військ спеціального призначення.

Допомога Етапу 1 для Сухопутних військ надається в МПБ та включає сортування, лікування та вивезення поранених і хворих з поля бою. Допомогу в МПБ надає лікар, фельдшер або бойовий медик (санітар) з метою повернення в стрій або стабілізації стану пораненого (хворого) військовика, а також його вивезення до воєнно-медичного закладу наступного рівня. В умовах МПБ немає можливості стаціонарного лікування або проводити будь-які операції.

Етап 2 включає базову першу допомогу. Даний етап може також включати оптометрію; регулювання бойового та робочого стресу і охорону психічного здоров'я; функціональні можливості (при збільшенні) передбачають здійснення стоматологічних і хірургічних маніпуляцій та проведення лабораторних і радіографічних обстежень. Етап 2 має більші медичні можливості, ніж Етап 1, але обмежену кількість ліжок для стаціонарних пацієнтів. Крім того він є повністю мобільним. [11].

Медичні ресурси Етапу 2 розміщені в підрозділі Медр при батальйоні тилового забезпечення бригади, а також в Медр в групі підтримки в межах району. Медр при батальйоні тилового забезпечення бригади закріплена за збірними бригадами, які включають бронетанкову бригадну бойову тактичну

групу, піхотну бригадну бойову тактичну групу, бригадну бойову групу, озброєну в основному бойовою машиною піхоти (БМП) «Stryker», та медичну групу в розвідувальному полку. Медр в групі підтримки в межах району надає безпосередню допомогу збірній бригаді та підтримує формування вище рівня бригади.

Військово-медичні заклади Етапу 2 розташовані в підрозділах медичного взводу Медр. Вони включають основне (невідкладне) лікування (допомога тяжким пацієнтам травматологічного профілю). На даному етапі є можливість доставки еритроцитарної маси, проте обмежені можливості рентгену, клінічної лабораторії, стоматологічної допомоги, регулювання бойового та робочого стресу, профілактичної медицини. Етап 2 передбачає лікування пацієнтів, які можуть повернутися до виконання обов'язків протягом 72 годин.

На даному етапі може розгортатись передова хірургічна бригада (ПХБ), яка приписана до медичного командування або медичної бригади, якщо не задіяна разом із Медр – закріплена за польовим госпіталем. ПХБ надає невідкладну хірургічну допомогу, що дає змогу пацієнтам перенести подальшу евакуацію. Вона надає хірургічну підтримку в складі бригадної тактичної групи. Бригада забезпечує хірургічне лікування постраждалих із політравмами та тяжко пораненим пацієнтам, яких не можна перевозити на велику відстань без хірургічного втручання та стабілізації [11].

ПХБ надає невідкладну хірургічну допомогу, включаючи загальні, ортопедичні та обмежені нейрохірургічні процедури. Команда складається з 20 осіб (1 хірург-ортопед, 3 хірурги загальної практики, 2 медсестри-анестезистки, медсестри по догляду за тяжкохворими і техніки). ПХБ може працювати без перерви до 72 годин і включає 2 операційні столи на мінімум 10 пацієнтів на день; загалом – 30 операцій протягом 72 годин; може забезпечити післяопераційну інтенсивну терапію 8 пацієнтам протягом максимум 6 годин. Логістичну безпеку та підтримку ПХБ, а також рентген, лабораторію та адміністративне забезпечення пацієнта забезпечує медр підтримки.

У межах Етапу 3 пацієнта лікують у медичному закладі, в якому є персонал і обладнання для надання допомоги (зокрема реанімацію, хірургію первинних ран, хірургічне лікування постраждалих із політравмами та післяопераційне лікування) усім категоріям пацієнтів. Даний етап надання допомоги розширює можливості Етапу 2. Пацієнти, яких не можна перевозити на великі відстані, отримують хірургічне лікування в найближче розміщених госпіталях – наскільки це дозволяє тактична ситуація.

В умовах Етапу 3 розгортається польовий госпіталь, який забезпечує госпіталізацію та амбулаторне лікування для всіх категорій пацієнтів в межах ТВД. До його організаційно-штатної структури відносяться штаб та штабний підрозділ, а також дві повністю функціональні медр. Загалом у госпіталі є 4 палати інтенсивного догляду за хворими на 48 пацієнтів та 100 палат для проміжного рівня медичної допомоги на 200 пацієнтів [11].

Польовий госпіталь надає допомогу, має ресурси для прийому, сортування та підготовки прийнятих пацієнтів до операцій, хірургічного лікування (загального, ортопедичного, торакального, урологічного, гінекологічного, та щелепно-лицевого), для чого передбачено 6 операційних столів та персонал, який може забезпечити 96 операційних годин на добу. Консультації для стаціонарних та амбулаторних пацієнтів включають підтримку підрозділам за територіальною приналежністю, що не мають власних медичних ресурсів, а також надає послуги фармацевта, психіатра, валеолога, фізіотерапевта, клінічної лабораторії, заготівлі крові, радіології та дієтолога.

Блок ранньої госпіталізації може забезпечити до 72 годин автономних операцій без поповнення запасів. Може забезпечити госпіталізацію пацієнтів у двох палатах інтенсивного догляду на період до 24 годин, а також в одній палаті проміжного рівня медичної допомоги на 20 пацієнтів. Блок безперервної госпіталізації підсилює можливості блоку ранньої госпіталізації. Надає послуги спеціалістів для амбулаторних пацієнтів та лікарняні ліжка проміжного рівня медичної допомоги. Разом два блоки формують об'єднання на 84 ліжка.

Медр складається з двох палат, які можуть забезпечити інтенсивний медичний догляд 24 пацієнтам, а також семи палат, які можуть надати проміжний рівень медичної допомоги 140 пацієнтам.

Польовий госпіталь може бути підсилений одним або двома медичними загонами, додатковими групами медиків або медичних команд. Вони можуть включати медичні загони мінімальної допомоги, польові хірургічні групи, додаткова медична група (голова і шия), додаткова медична група (спеціального догляду), додаткова медична група (клінічні лабораторні дослідження), медична бригада (нирковий гемодіаліз), медична бригада (інфекційні хвороби) [11].

Медичні загони мінімальної допомоги можуть забезпечувати мінімальну допомогу або догляд за пацієнтами, які видужують, догляд за пацієнтами та реабілітацію для допомоги госпіталям Етапу 3.

Польові хірургічні групи підсилюють хірургічні послуги польового госпіталю власними ресурсами надання загального та ортопедичного хірургічного лікування під час базування разом із медр для надання прогресивного реанімаційного хірургічного лікування та хірургічного лікування пацієнтів з політравмами.

Додаткова медична група (голова і шия) надає спеціальне хірургічне лікування пацієнтам, які потребують хірургічного лікування вух, горла та носа, нейрохірургічного лікування та операцій на очах, з метою підсилення польового госпіталю та надання консультацій спеціалістів. Додаткова група (голова і шия) – єдина організація, яка має право на комп'ютерний томограф.

Додаткова медична група (спеціального догляду) забезпечує допомогу в проведенні досліджень клінічній лабораторії польового госпіталю та спеціалізованим консультативним службам.

Додаткова медична група (клінічні лабораторні дослідження) забезпечує допомогу в проведенні досліджень клінічній лабораторії польового госпіталю та спеціалізованим консультативним службам.

Медична бригада (нирковий гемодіаліз) забезпечує нирковий гемодіаліз для пацієнтів з нирковою недостатністю, а також надає консультації.

Медична бригада (інфекційні хвороби) забезпечує вивчення інфекційних хвороб, вживає заходи для контролю за розповсюдженням хвороби, забезпечує доступ до системи медичного забезпечення і надає консультації. Ця бригада може включати або співпрацювати з бригадою інтенсивної терапії, яка має медсестру профілактичної медицини (дільничну медсестру), в тих випадках, коли необхідно вжити медичні заходи.

Медичну допомогу Етапу 4 надають у госпіталях, які розташовані у віддалених безпечних зонах. У США в разі мобілізації передбачено розширення можливостей військових госпіталів і включення Міністерства у справах ветеранів США та ліжок у цивільних лікарнях до Федеральної системи медичного забезпечення під час стихійних лих, щоб відповідати збільшеним потребам, які виникають внаслідок евакуації пацієнтів з районів бойових дій [11].

Доктрина НАТО виділяє мінімальний або базовий та розширений обсяг медичної допомоги у польових умовах. Мінімальний обсяг є обов'язковим і не може бути зменшеним за жодних обставин. Розширений обсяг забезпечується шляхом виділення медичній частині або лікувальній установі додаткових сил і засобів з метою виконання заходів більш високого рівня.

Вся відповідальність за планування та організацію ефективної системи медичної евакуації (МЕ) покладається на медичний штаб об'єднаних збройних сил (ОЗС), що координує процес евакуації в зони бойових дій разом з оперативним відділом і відділом матеріально-технічного забезпечення (МТЗ). В свою чергу, військове командування забезпечує виділення транспортних літаків для здійснення аеромедичної евакуації (АМЕ), визначає безпечні маршрути, здійснює їх захист від можливого ураження противником [12;13].

Виділяють дві категорії евакуації:

- в межах зони бойових дій. Евакуація здійснюється в зоні бойових дій – з місця поранення на відповідний рівень медичного забезпечення;
- евакуація пацієнтів за межі зони бойових дій. Евакуація проводиться, як правило, з третього на четвертий рівень (на батьківщину або в госпітальні бази союзників). Відповідальність за даний вид евакуації несуть країни-члени; координує їх діяльність начальник медичних служб ОЗС [14].

Важливу роль у системі ЛЕЗ відіграє координаційний центр з проведення евакуації, що підтримує зв'язок з головними суб'єктами системи. Він повинен входити до складу координаційної структури зони бойових дій і співпрацювати з національними групами медичної взаємодії. Центр підпорядкований начальнику медичних служб зони бойових дій. Окремою задачею у функціонуванні координаційного центру виділяють зв'язок з цивільними медичними установами та організаціями, що надають медичні послуги та ресурси, що, по суті, є організаційною основою ЦВЗ. [15; 16;17].

Особлива увага приділяється ЦВС та функціонуванню ЄМП у системі реалізації ЛЕЗ. Окрім декларованого у AJMedP-2 «Allied joint medical doctrine for medical evacuation» залучення цивільних провайдерів послуг охорони здоров'я для підтримки операцій, для яких військовий потенціал відсутній або коли їх використання недоцільно, створено окремий стандарт НАТО AJMedP-6 «Allied joint civil-military medical interface doctrine», який описує конкретні механізми регулювання та реалізації ЦВС [18].

ЦВС тут визначається як координація та співпраця на підтримку місії між командувачем НАТО та цивільними суб'єктами, включаючи місцеві органи влади, а також міжнародні, національні та інші урядові організації та установи.

Термін ЦВС включає всі можливі взаємодії та взаємовідносини. Він охоплює лікування та евакуацію як військових, так і цивільних пацієнтів в рамках безперервної медичної допомоги. Слід зазначити, що цей вираз є

ширшим з точки зору виходу за межі оперативного проектування. Сфери взаємодії та співпраці – це, наприклад, використання цивільних наукових та експертних джерел для розробки військово-медичної політики та доктрини, а також використання цивільної медичної експертизи при підготовці оперативних планів або прийняття стандартів військово-медичної підготовки.

Характерними рисами побудови медичної служби армій провідних країн світу є створення чіткої системи управління з єдиним органом управління на стратегічному рівні та адекватним розподілом повноважень і ресурсів (медичних підрозділів і закладів) відповідно до покладених завдань і функцій на різних рівнях управлінської вертикалі. Основні медичні ресурси зосереджені у розпорядженні центральних і територіальних органів управління

Отже, ключовим моментом успішної медичної евакуації за підходами НАТО є чітко налагоджене управління цим процесом.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

#### **3.1. Пропозиції щодо медичного забезпечення Збройних Сил України на засадах формування єдиного медичного простору**

Стратегічна ціль 4 розвитку сил оборони передбачає побудову дієвої системи медичного забезпечення, що відповідатиме потребам ЗС України, інших складових сил оборони для відсічі повномасштабної збройної агресії проти України. Основним завданням задля досягнення цієї стратегічної цілі визначено створення ефективної системи медичного забезпечення, здатної на належному рівні забезпечити комплектування військ особовим складом, придатним за станом здоров'я до військової служби, збереження життя і зміцнення здоров'я військовослужбовців, своєчасне надання високоякісної та ефективної медичної допомоги, підтримання боєздатності військ відповідно до стандартів держав – членів НАТО [25].

Зазначеним твердженням Україна взяла на себе зобов'язання щодо дотримання високих стандартів надання медичної допомоги і лікування поранених, уражених, травмованих і хворих військовослужбовців, а завданням керівництва держави, уряду та відповідних центральних органів виконавчої влади є опрацювання механізму його реалізації та забезпечення дотримання цих стандартів.

Перспективами розвитку військової охорони здоров'я і медичного забезпечення Збройних Сил України визначено, що: «Медичне забезпечення буде спрямовано на збереження життя і зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, лікування і відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, захворювань і травм. Інтегрована в єдиний



медичний простір система медичного забезпечення ЗС України у взаємодії з медичними службами інших складових сил оборони буде здатною забезпечити виконання широкого спектра завдань сил оборони з поетапною адаптацією до системи медичного забезпечення збройних сил держав-членів НАТО» [26].

Медичне забезпечення військ (сил) в особливий період має передбачати подальший розвиток гнучкості, мобільності, високої адаптивності усієї системи медичного забезпечення, з урахуванням зміни величини і структури ймовірних санітарних втрат внаслідок подальшого удосконалення озброєння і військової техніки, а також способів ведення операцій (бойових дій) [27].

Результатом реалізації вимог та завдань Стратегічного Оборонного Бюлетеню України має стати створення сучасної ефективної системи медичного забезпечення ЗС України, підвищення рівня міжвідомчої координації діяльності медичних служб сил оборони та системи охорони здоров'я держави в єдиному медичному просторі, нарощення спроможності сил і засобів медичного забезпечення [26].

Реалізуючи положення статті 3 Конституції України, якою визначено, що «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» [28] першим пунктом Стратегії національної безпеки України, що затверджена Указом Президента України у вересні 2020 року, визначено, що «реалізація цієї норми Конституції України – головна ціль державної політики національної безпеки» [25]. Цим стверджується, що розвиток системи охорони здоров'я в Україні, у тому числі системи охорони здоров'я військовослужбовців і медичного забезпечення ЗС України та інших складових сил оборони, належить до першочергових державних пріоритетів.

У Воєнно-медичній доктрині України вперше нормативно-правовим актом України затверджено визначення дефініції «єдиний медичний простір», а саме: «Єдиний медичний простір – система організації надання медичної допомоги, яка об'єднує всі медичні ресурси держави спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування та забезпечує доступність, якість і

ефективність усіх видів медичної допомоги всім громадянам України, у тому числі військовослужбовцям» [5].

Нормативно-правові засади єдиного медичного простору держави визначено Военно-медичною доктриною України, Стратегією національної безпеки України та Стратегічним оборонним бюлетенем України [5; 25; 26;].

Методологічну основу єдиного медичного простору становлять чинники, елементи, інструменти та результати [29].

До чинників єдиного медичного простору належать:

- політичний – це реалізація зобов'язань держави перед суспільством і кожною людиною щодо збереження їх здоров'я;
- соціальний – забезпечення соціальних гарантій та реалізація права кожної людини на охорону здоров'я;
- економічний – формування необхідної та економічно обґрунтованої моделі охорони здоров'я суспільства загалом і кожної людини окремо, у тому числі і військовослужбовців.

Елементами єдиного медичного простору є: законодавча та нормативно-правова база охорони здоров'я; система закладів охорони здоров'я; доступність усіх елементів системи охорони здоров'я для всіх громадян України.

На підставі наведеного, основними інструментами формування засад єдиного медичного простору є запровадження загальнообов'язкового медичного страхування та електронної системи охорони здоров'я, тобто створення єдиної електронної бази даних пацієнтів і медичних ресурсів. Основними результатами впровадження та реалізації засад єдиного медичного простору мають стати безпечне середовище, своєчасна та якісна медична допомога, здорова людина і, як результат – здорові військовослужбовці боєздатні і боєготові ЗС України та інші складові сил оборони, гарантована національна безпека і надійна оборона держави.

Засади єдиного медичного простору охорони здоров'я військовослужбовців та медичного забезпечення військ мають умовні два рівні

Перший рівень – загальнодержавний – визначений законодавчими та нормативно- правовими актами держави та передбачає функціонування Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони в єдиному законодавчому та нормативно- правовому полі з питань охорони здоров'я в Україні; використання закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності, у тому числі клінічних установ Національної академії медичних наук (НАМН) України для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям.

Порядок організації та діяльності вітчизняної системи охорони здоров'я визначений Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [30]. Цим законом визначаються правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюються суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, у тому числі і й військовослужбовців, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [31] містить загальні положення щодо права військовослужбовців на охорону здоров'я та медичну допомогу. Зокрема, статтею 11 зазначеного Закону визначено, що військовослужбовці, військовозобов'язані та резервісти, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори, мають право на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу у військових закладах охорони здоров'я. За відсутності за місцем проходження військової служби, навчальних (або перевірочних) і спеціальних зборів або за місцем проживання військовослужбовців військових закладів охорони здоров'я чи відповідних відділень або спеціального медичного обладнання, а також у невідкладних випадках медична допомога надається державними або комунальними закладами охорони здоров'я.

Основою формування та розвитку системи охорони здоров'я військовослужбовців та функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення сил оборони на засадах єдиного медичного простору є Воєнно-медична доктрина України [5] – всеохоплюючий документ, який стосується всіх структур держави. Доктрина є комплексним документом, який враховує положення законодавства України з питань охорони здоров'я, національної безпеки і оборони держави, Воєнної доктрини України та служить основою для напрацювання нормативно-правових актів нижчого рівня з питань охорони здоров'я військовослужбовців і медичного забезпечення військ.

Реалізація положень Доктрини забезпечує формування медичної складової високої боєготовності та боєздатності військ, дає можливість створити необхідну структуру та комплект сил і засобів медичних служб, покращити їх матеріально-технічне оснащення, забезпечити мобілізаційну потребу в людських і матеріально-технічних ресурсах, оптимізувати строки готовності до виконання завдань за призначенням, підвищити ефективність системи охорони здоров'я військовослужбовців та роль військової медицини в суспільстві, розширити доступність медичної допомоги та створити в державі єдиний медичний простір.

До Переліку закладів охорони здоров'я, що затверджений відповідним Наказом МО України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного стану» [32], включено 253 визначені заклади охорони здоров'я комунальної власності в 22 областях України, що об'єднуються у ТФО, в яких майже 20 тисяч профільних ліжок виділяються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та лікування поранених, уражених, травмованих і хворих військовослужбовців.

Крім того, ще 1000 ліжок виділяється для зазначених цілей у 27 клінічних державних установах НАМН України.

Як результат, при впровадженні запропонованого механізму залучення закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності в систему медичного забезпечення сил оборони в особливий період на засадах єдиного медичного простору держави відпадає необхідність в утриманні у мирний час значних запасів матеріально-технічних засобів, медичного майна і обладнання для створення в особливий період нових військово-медичних формувань (Польових центрів медичного забезпечення) або перепрофілізації існуючих цивільних закладів охорони здоров'я для формування Територіальних госпітальних баз МОЗ України.

Водночас формування єдиного медичного простору держави також передбачає використання потужностей закладів охорони ЗС України для надання медичної допомоги військовослужбовцям інших військових формувань, що встановлено Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями» [33], а також цивільному населенню України, що вперше було визначено постановою Кабінету Міністрів України «Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань України із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини» [34], а потім деталізовано та конкретизовано наказом МО України «Про готовність сил та засобів медичної служби збройних Сил України до виконання завдань з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру» [35].

Впровадження та реалізація запропонованого механізму використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для потреб ЗС України та інших складових сил оборони дає можливість сформувавши в масштабах всієї держави ефективну, дієздатну та завжди готову до роботи систему охорони здоров'я військовослужбовців і медичного забезпечення військ незалежно від того, на яких кордонах не виникла б загроза національній безпеці нашої

держави, основу якої становить функціонально-організаційна модель медичного забезпечення сил оборони на засадах єдиного медичного простору під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій.

Функціонально-організаційна модель медичного забезпечення ЗС України та інших складових сил оборони на засадах єдиного медичного простору передбачає:

- застосування ЗС України та інших складових сил оборони під час дії особливого періоду під єдиним керівництвом Головнокомандувача Збройних Сил України відповідно до законодавства та нормативно-правових актів з питань оборони України;
- організаційну самостійність Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони;
- організацію і надання медичної допомоги та проведення медичної евакуації поранених, уражених, травмованих і хворих військовослужбовців сил оборони у відповідності до єдиних доктринальних документів і військово-медичних стандартів;
- функціонування Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони в єдиному законодавчому та нормативно-правовому полі з питань охорони здоров'я в Україні;
- використання закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності, у тому числі клінічних установ НАМН України для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям.

Другий рівень – міжвідомчий. Це рівень реалізації засад єдиного медичного простору охорони здоров'я військовослужбовців та медичного забезпечення військ визначений Принципами і політикою медичного забезпечення Сил оборони [36] та Доктриною медичного забезпечення Сил оборони [37], які затверджені Головнокомандувачем Збройних Сил України, та військово-медичними стандартами, що передбачає організацію і надання

медичної допомоги та проведення медичної евакуації поранених, уражених, травмованих і хворих військовослужбовців сил оборони у відповідності до єдиних доктринальних документів і військово-медичних стандартів та спільне використання спроможностей медичних служб всіх складових сил оборони.

Застосування ЗС України та інших складових сил оборони під час дії особливого періоду під єдиним керівництвом Головнокомандувача Збройних Сил України визначено Законами України «Про оборону України» [38] та «Про національну безпеку України» [39] а також Указом Президента України «Питання Головнокомандувача Збройних Сил України» [40]. Також цим Указом Президента України Головнокомандувачу Збройних Сил України надані повноваження щодо затвердження документів (доктрин, настанов, стандартів тощо) з питань застосування ЗС України та інших складових сил оборони під час виконання завдань оборони держави. Водночас необхідно зазначити, що організаційна самостійність Медичних сил Збройних Сил України та медичних служб інших складових сил оборони (військових формувань) визначена на державному рівні положеннями Воєнно-медичної доктрини України [5].

Доктрина медичного забезпечення сил оборони визначає принципи, положення і вимоги щодо організації та порядку медичного забезпечення ЗС України та інших складових сил оборони під час спільного виконання ними завдань у мирний час і в особливий період та має за мету впровадження єдиних підходів до організації медичного забезпечення усіх складових сил оборони та надання своєчасної та ефективної медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям, налагодження взаємосумісності в діяльності медичних служб ЗС України та інших складових сил оборони.

Принципи і політика медичного забезпечення сил оборони та Доктрина медичного забезпечення сил оборони опрацьовані з урахуванням вимог Стратегії національної безпеки України [25], Стратегії воєнної безпеки України [41], Стратегічного оборонного бюлетеня України [26] та Воєнно-медичної доктрини України [5] з дотриманням вимог законодавства України з питань охорони здоров'я [30]. Вони також враховують положення Принципів і

політики щодо медико-санітарного забезпечення НАТО (МС 0326) [16], Спільної доктрини НАТО щодо медичного забезпечення (АJP-4.10) [15], Доктрини з планування медичного забезпечення військ (сил) НАТО (AJmedP-1) [42] та Доктрини з медичної евакуації (AJMedP-2) [43].

Принципи і політика медичного забезпечення сил оборони визначають загальні принципи охорони здоров'я військовослужбовців та медичного забезпечення військ (сил) і мають за мету досягнення максимальної ефективності діяльності Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони під час спільного виконання ними завдань у мирний час та під час оборони держави в особливий період.

Ці доктринальні документи призначені для використання їх положень командуванням ЗС України та інших складових сил оборони, їх органами управління медичним забезпеченням під час відпрацювання проєктів нормативно-правових актів і керівних документів з питань охорони здоров'я військовослужбовців та медичного забезпечення військ (сил) та під час спільного виконання завдань оборони держави у мирний час та в особливий період.

Отже, запровадження функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення сил оборони на засадах єдиного медичного простору з використанням можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги, евакуації та лікування поранених, уражених, травмованих і хворих військовослужбовців є раціональною, економічно вигідною, доцільною і перспективною для формування ефективної системи медичного забезпечення військ (сил) в період ведення воєнних дій.

### **3.2. Концептуальні засади формування сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в межах єдиного медичного простору**

Схема управління медичною службою, яка, за певними припущеннями, фактично була реалізована у зоні АТО та передбачала перехід у підпорядкування ЦВМУ ЗС України ВМКЦ регіонів, стаціонарних військових



госпіталів і мобільних лікувальних закладів (ВМГ), підрозділів медичної евакуації має наступний вигляд (рис.3.1.).

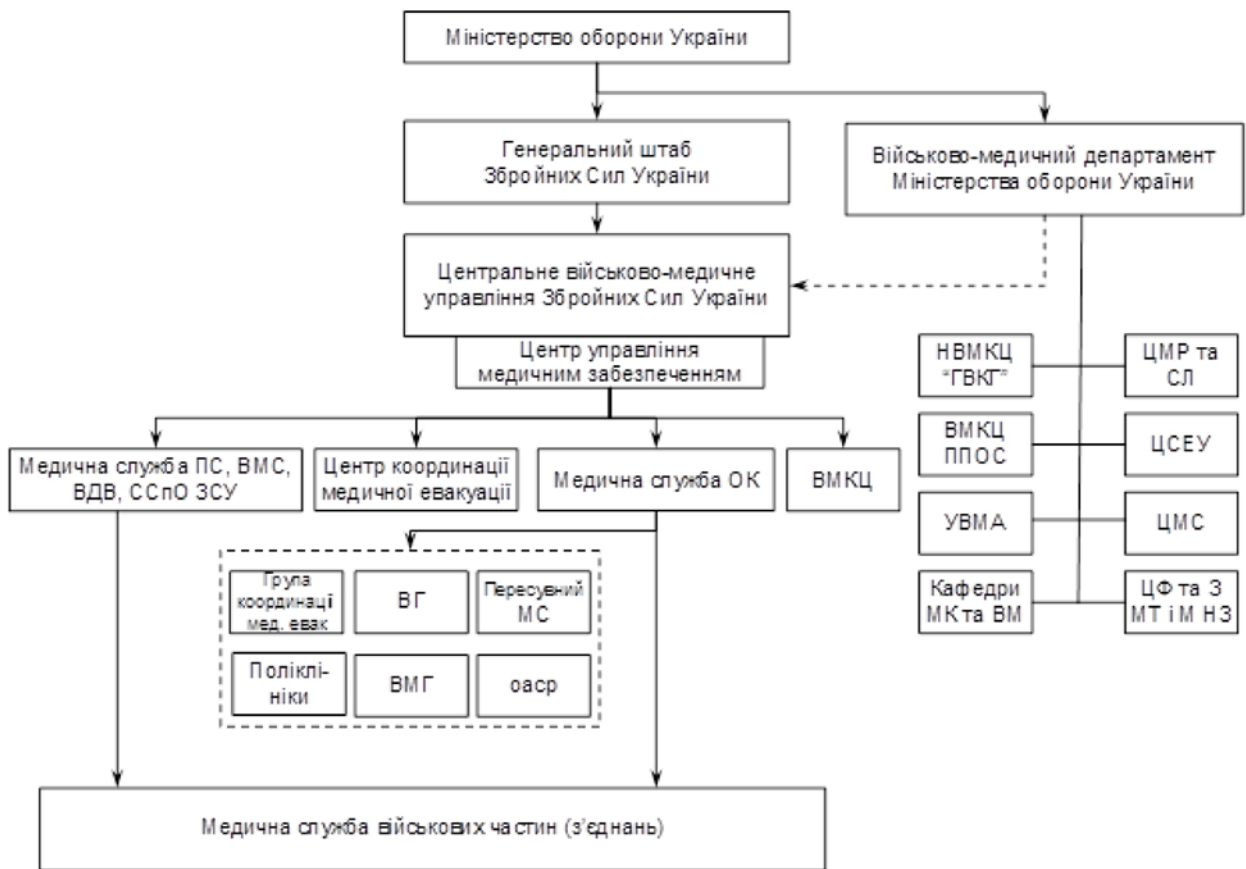


Рис.3.1. Схема управління медичною службою України

Розвиток системи ЛЕЗ ЗС України в межах єдиного медичного простору передбачає врахування таких факторів[44].

По-перше, зростання вимог суспільства до ціни людського життя, прагнення до зменшення втрат і повернення до строю і праці максимальної кількості поранених і хворих обумовлюють необхідність змін в організації роботи передових етапів медичної евакуації (ЕМЕ) з метою забезпечення їх боротьби за життя тяжкопоранених [45 – 49].

По-друге, існуючі вимоги до системи ЛЕЗ передбачають, що лікувально-евакуаційні заходи включають розшук, збір поранених, надання їм усіх видів медичної допомоги, евакуацію, лікування, медичну реабілітацію; головною

метою лікувально-евакуаційних заходів є збереження життя максимальній кількості поранених і хворих, зниження їх інвалідності, якнайшвидше відновлення боє- і працездатності, повернення до строю.

Тоді стає можливим реалізація варіанту розвитку системи ЛЕЗ ЗС України, яку наведено на рис.3.2.

Сутність сучасної лікувально-евакуаційної системи передбачає етапне лікування поранених і хворих з евакуацією за призначенням, її побудова здійснюється з використанням медичних підрозділів військових частин, мобільних військово-медичних закладів, залученням стаціонарних військових і цивільних закладів охорони здоров'я, підготовка яких до роботи в особливий період проводиться у мирний час; своєчасність, послідовність, спадкоємність лікувально-діагностичних заходів у поєднанні з евакуацією поранених і хворих на наступні етапи медичної евакуації гарантують надання їм вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію.

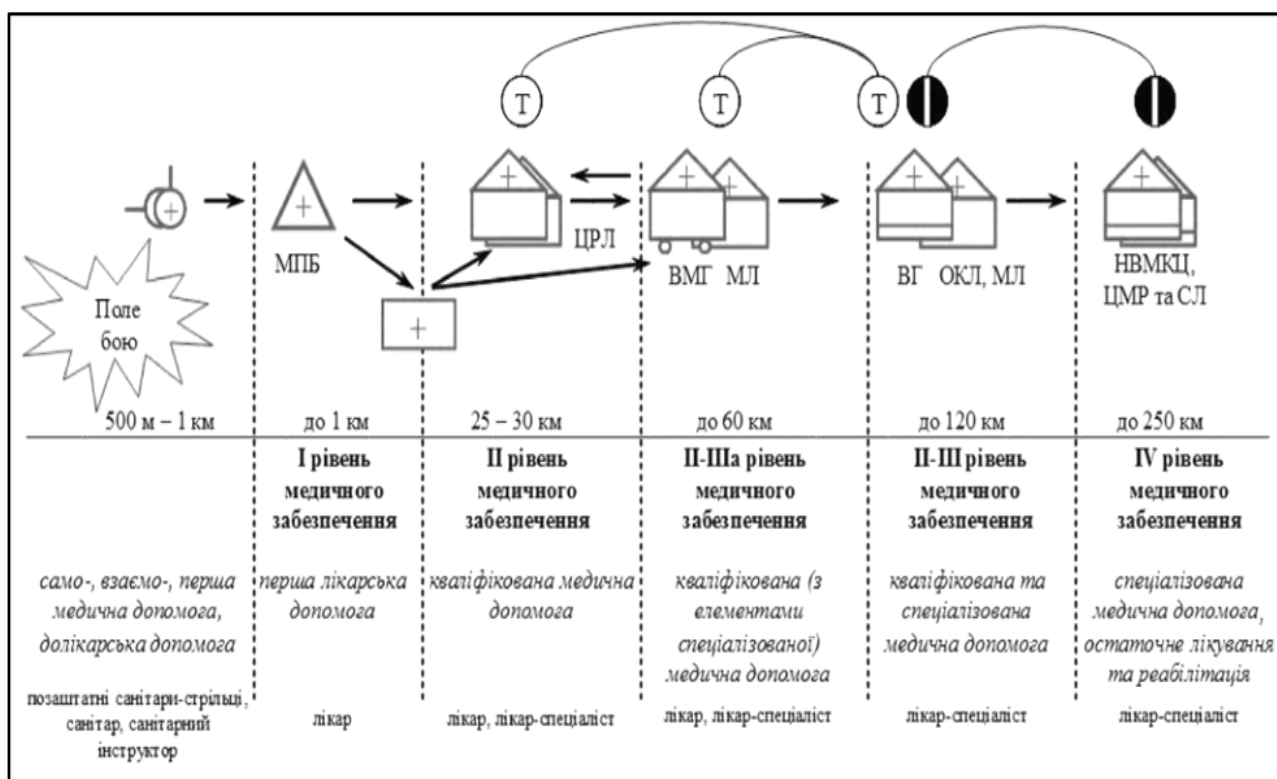


Рис. 3.2. Схема лікувально-евакуаційного забезпечення військ

По-третє, визначальний вплив на систему ЛЕЗ мають рівень технічного оснащення етапів медичної евакуації, укомплектованість медичними кадрами та якість їх професійної підготовки, готовність до виконання завдань за призначенням.

Реалізацію перелічених факторів впливу у запропонованій системі ЛЕЗ передбачається здійснювати наступним чином: запровадити у навчальних закладах, військоматах, ЗС України систему медичної підготовки стосовно надання само- і взаємодопомоги пораненим і хворим за затвердженими стандартами підготовки; забезпечити на 110 % потреби особового складу угруповання військ (сил) у зоні бойових дій уніфікованими індивідуальними засобами медичного захисту; створити у складі ЗС України навчальні центри (роти) для підготовки (перепідготовки) санітарних інструкторів і санітарів за стандартами; укомплектувати підрозділи медичної служби броньованими засобами медичної евакуації переднього краю та сучасними засобами розшуку поранених; створити сучасний парк санітарної техніки повнопривідних машин класу А,В,С; на рівні РНБО України порушити проблему аеромедичної евакуації тяжкопоранених із зони бойових дій; організаційно відновити функціонування та укомплектувати сучасною автомобільною технікою автосанітарні підрозділи у підпорядкуванні медичної служби оперативно-тактичного угруповання; відновити у системі бойової підготовки медичної служби планування і проведення щорічних навчань з розгортанням у польових умовах МПБ, МПП, медичних рот і ВМГ

За умовами реалізації переліченого структура медичної служби військової ланки буде мати наступний вигляд: у відділенні – стрілець-санітар з обсягом надання першої медичної допомоги; у взводі – санітар з підготовкою «тактична медицина» (перша медична допомога); у роті – санітарний інструктор з обсягом надання першої медичної допомоги (інструктор з тактичної медицини); у батальйоні – начальник медичної служби – начальник медичного пункту (лікар або фельдшер), медичний пункт – 6 осіб у мирний час,

9 осіб в особливий період; обсяг допомоги – перша лікарська, долікарська (фельдшерська).

З метою юридичного захисту медичного персоналу та поранених і хворих виникає необхідність негайного опрацювання і впровадження стандартів визначеного обсягу і послідовності медичної допомоги, а також стандартів забезпечення комплектами медичного майна. Вирішення цього питання сприятиме адаптації стандартів НАТО у ЗС України. Опрацювання перелічених стандартів повинно стати першочерговим і невідкладним завданням у роботі головних медичних спеціалістів МО України та УВМА, контроль за їх опрацюванням здійснюватиме ВМД МО України.

Беручи до уваги відоме положення, що головним фактором збереження життя максимальної кількості поранених та зниження їх інвалідності є наближення до них СМД, пропонується у дослідженому варіанті ЛЕЗ організаційно-штатні структури медичної роти бригади, військового мобільного госпіталю (ВМГ) зробити уніфікованими, за міжнародними стандартами: відповідно за варіантом РОЛЬ-2 (з обсягом надання першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги) і РОЛЬ-3 (з обсягом кваліфікованої та елементів спеціалізованої медичної допомоги). Запропоновані зміни передбачають створення у складі медр мобільних відділень для підсилення МПБ; у складі ВМГ – мобільних груп підсилення медр, а у складі ВМКЦ (за мирного часу) – багатопрофільних груп СМД для підсилення ВМГ і цивільних медичних закладів.

Структура санітарних втрат потребує запровадження організаційних засад лікування легкопоранених (хворих), інфекційних хворих та осіб з бойовим стресом.

Запропонована система ЛЕЗ ЗС України передбачає створення і включення до складу медичної служби регуляторних органів (фахівці, групи або центри координації медичної евакуації), на які доцільно покласти забезпечення порядку евакуації поранених і хворих з рівня (ролі) I-II на наступні етапи медичної евакуації за призначенням.

За умов використання запропонованої системи управління медичним забезпеченням ЗС України у воєнний період необхідним є перекладання невластивих функцій медичного постачання з ВМГ на пересувні медичні склади, а юридичну відповідальність за медичне забезпечення – на начальника медичної служби ОК. Реалізація запропонованого досягається шляхом відновлення у системі мобілізаційного розгортання військ закладу медичного постачання воєнного часу – пересувного медичного складу (колишній армійський медичний склад – АМС), який призначений для приймання, зберігання та обліку медичного майна і забезпечення ним приписаних на постачання з'єднань і частин з одночасним підпорядкуванням начальнику медичної служби ОК або вищому органу управління медичної служби.

Зазначене створить умови, за яких замовлення медичного майна буде здійснюватися через начальника медичної служби ОК. Отримання медичного майна здійснюватиметься від постачальників, визначених органом управління медичної служби (ВМКЦ, ВГ або МС за умови централізованого постачання). Видача медичного майна військовим частинам, що входять до складу ОК, у тому числі ВМГ, здійснюватиметься за нарядами, підписаними начальником медичної служби ОК та офіцером з медичного постачання.

Як уже зазначалось, до нормативних документів, що визначають організацію медичного забезпечення військ відносяться наступні: Доктрина НАТО з медичного забезпечення, Принципи і політика медичного забезпечення операцій НАТО [15;16], які призначені у першу чергу для досягнення взаєморозуміння з питань медичного забезпечення міжнародних багатонаціональних місій.

З метою уніфікації термінології і наближення нормативних документів з медичного забезпечення ЗС України до міжнародних стандартів та вимог НАТО пропонується запровадити класифікацію існуючих медичних підрозділів (закладів) за рівнями медичного забезпечення (МЗ), а також визначити їх основні завдання (у т.ч. з надання медичної допомоги), що дозволить створити у системі ЛЕЗ ЗС України 4 рівні медичного забезпечення: МПБ – «підрозділ

медичного забезпечення 1 рівня», або «медичний підрозділ 1 рівня»; медична рота /ЦРЛ – «підрозділ медичного забезпечення 2 рівня», або «медичний підрозділ 2 рівня»; ВМГ/ВГ/МЛ – «заклад медичного забезпечення 3 рівня», або «медичний заклад 3 рівня» (або як варіант – 2+ рівня, який після підсилення має розширені спроможності); НВМКЦ, ВМКЦ /ОКЛ – «заклад медичного забезпечення 4 рівня», або «медичний заклад 4 рівня» – сюди ж відносяться спеціалізовані заклади МОЗ України, призначені для надання СМД та остаточного лікування, включаючи відновлювальне і реабілітаційне лікування.

Перелічені положення враховані у запропонованій схемі організації ЛЕЗ військ, наведеній на рис.3.2, і передбачають нарощування можливостей медичних підрозділів і закладів (ЕМЕ), розташованих на шляхах евакуації у певній послідовності від переднього краю (зони бойових дій) у тил країни (тиловий район). Кожен медичний підрозділ (заклад) виконує визначений для нього перелік заходів медичної допомоги (вид медичної допомоги).

Далі подається аналіз основних видів медичної допомоги відповідно до стандартів НАТО у процесі здійснення лікувально- евакуаційних заходів, які передбачаються у ЗС України:

– перша медична допомога (в термінології НАТО - first aid, надається на місці у перші хвилини після поранення, у порядку само-, взаємодопомоги або стрільцями-санітарами, санітарними інструкторами); в зарубіжних аналогах передбачена «перша допомога», яка надається військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, а також бойовим рятувальником (combat lifesaver, що наближено відповідає стрільцю-санітару), та «перша медична допомога», яка надається бойовим медиком (combat medic, що наближено відповідає санітарному інструктору);

– долікарська допомога – «невідкладна (екстрена) медична допомога» (emergency medical treatment) – відповідає долікарській та першій лікарській допомозі у прийнятій у нас термінології; надається у медичних підрозділах 1 та 2 рівня, не пізніше 1 год з моменту поранення (оптимально до 30 хв);

– перша лікарська допомога – принципи надання такі ж, як і при попередньому виді медичної допомоги (emergency medical treatment); надається у медичних підрозділах 1 та 2 рівня лікарем загальної практики;

– кваліфікована медична допомога.

Кваліфікована медична допомога має наступні підвиди.

1. Невідкладна реанімаційна хірургічна допомога – надається у підрозділах 2 рівня МЗ не пізніше 2 годин з моменту поранення у разі затримки евакуації до закладів 3,4 рівня, наближено відповідає невідкладним заходам кваліфікованої хірургічної допомоги, які надаються у скороченому вигляді згідно з тактикою багатоетапного хірургічного лікування (damage control surgery).

2. Кваліфікована хірургічна допомога (невідкладні заходи) – надається у закладах 3 рівня медичного забезпечення, не пізніше 2 год з моменту поранення; оперативні втручання здійснюються за тактикою багатоетапного хірургічного лікування; в термінології НАТО – primary surgery.

3. Кваліфікована хірургічна допомога (термінові заходи) – надається у закладах 3 рівня МЗ, не пізніше 4 год з моменту поранення, оперативні втручання рекомендовано здійснювати з дотриманням тактики багатоетапного хірургічного лікування; в НАТО – primary surgery;

4. Спеціалізована медична допомога – надається в закладах 4 рівня медичного забезпечення; у разі евакуації в обхід закладів 3 рівня медичного забезпечення – не пізніше 2 – 4 год з моменту поранення; в інших випадках - після стабілізації стану після КМД; в термінології НАТО – definite and restorative care. медична реабілітація – відповідає прийнятій у нас термінології.

Конкретний вид медичної допомоги визначається рівнем медичного забезпечення, підготовкою осіб, які її надають, а також наявністю необхідного медичного обладнання та оснащення. Концептуальні положення організації ЛЕЗ військ (сил) передбачають, що після надання першої медичної допомоги на полі бою в порядку само- та взаємодопомоги або спеціально тренованим персоналом (стрілець-санітар, інструктор з тактичної медицини, санітарний

інструктор) у перші хвилини після поранення поранений негайно евакуюється у медичний підрозділ 1 або 2 рівня медичного забезпечення (МПБ, медичний пункт полку, медичну роту), де йому надається долікарська або перша лікарська допомога, направлена на боротьбу з розладами, що загрожують життю, та попередження розвитку небезпечних для життя наслідків, здійснюється його підготовка до подальшої евакуації. Ця допомога повинна надаватися не пізніше 1 год з моменту поранення (захворювання).

Найбільш оптимальний варіант побудови системи ЛЕЗ військ передбачає евакуацію пораненого після надання йому першої лікарської допомоги до лікувального закладу, де йому буде надана спеціалізована медична допомога. Якщо це не можливо, то після надання першої лікарської допомоги, поранений не пізніше 4 год з моменту поранення повинен бути евакуйований до закладу 3 рівня медичного забезпечення (ВМГ, стаціонарний військовий або цивільний лікувальний заклад), де йому буде надана кваліфікована медична допомога з метою проведення невідкладних та термінових хірургічних втручань, стабілізації його стану та підготовки для подальшої евакуації до закладів 4 рівня медичного забезпечення (ВМКЦ, обласна клінічна лікарня та ін.). У разі затримки евакуації до закладу 3 рівня медичного забезпечення, у медичному підрозділі 2 рівня медичного забезпечення (медична рота бригади, ЦРЛ) пораненому не пізніше 2 год з моменту поранення за показаннями повинні бути забезпечені невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги. У закладах 4 рівня медичного забезпечення (ВМКЦ, обласна клінічна лікарня, спеціалізовані центри та інститути) надається спеціалізована медична допомога, проводиться спеціалізоване лікування, забезпечуються остаточне видужання та медична реабілітація поранених і хворих.

Реалізація запропонованих концептуальних положень системи ЛЕЗ забезпечує надання медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікування у найкоротші терміни, що відповідає досвіду функціонування системи медичного забезпечення військ (сил) у провідних країнах світу.



## ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження сформульовані такі висновки та рекомендації, що мають як теоретичне, так і практичне значення.

1. Становлення системи медичного забезпечення ЗС України проходило відповідно до етапів будівництва та розвитку ЗС України. В свою чергу, формування та розвиток ЗС України відбувалися згідно законодавчих та нормативно-правових актів України, якими затверджувалися відповідні Концепції та Програми реформування і розвитку Збройних Сил України.

Основою медичного забезпечення військ у воєнний час є система лікувально-евакуаційних заходів, яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації надання медичної допомоги пораненим, ураженим, постраждалим (далі – поранені) та хворим, їх евакуації, лікування, реабілітації та призначених для цього сил і засобів медичної служби.

2. Лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил) – це складна високоорганізована система, успішне функціонування та удосконалення якої можливе тільки на основі розвиненої матеріально-технічної бази військової та цивільної охорони здоров'я і загальних, прийнятих на воєнний час принципів організації за умови застосування єдиної методики управління їх силами та засобами, забезпечення підготовленими керівними кадрами та достатньою кількістю кваліфікованих спеціалістів.

Аналіз історичних етапів розвитку системи ЛЕЗ починаючи з XVIII ст. до початку формування ЗС України свідчить про трансформацію організаційних форм органів регулювання евакуації поранених і хворих. Органи управління, що відповідали за медичну евакуацію із району бойових дій змінювались за своєю кількістю, підходами до обсягів надання медичної допомоги на певних етапах проведення евакуації, функціями, формами підпорядкування вищим та територіальним органам державного управління. Це пов'язано із характером ведення воєнних дій на певних історичних етапах, відповідними обсягами санітарних втрат, наявністю кваліфікованих кадрів у сфері воєнної медицини,

розвитком медичної науки, технічного оснащення медичної служби, структурою державних органів управління.

3. Проведене дослідження становлення та розвитку системи лікувально-евакуаційних заходів в Збройних Силах України з моменту їх створення й до часу проведення АТО засвідчило необхідність вдосконалення організаційної структури медичної служби та принципів її діяльності. Як результат, за період проведення АТО був запроваджений територіальний принцип медичного забезпечення військ, створені військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) (головний і регіональні) з визначеними зонами відповідальності, військові мобільні госпіталі (ВМГ), які на відміну від ВППГ, що існували раніше, утримуються в постійній готовності до застосування і не потребують тривалого часу для проведення мобілізаційних заходів.

Викликом часу вже на той період стала необхідність переходу на дотримання стандартів НАТО у медичному забезпеченні ЗСУ в цілому та у системі лікувально-евакуаційних заходів, зокрема.

4. Визначено особливості організації лікувально-евакуаційних заходів в системі медичного забезпечення в державах – членах НАТО.

Зокрема, воєнна доктрина підтримує комплексну систему охорони здоров'я для якнайоперативнішого сортування, лікування, вивезення та повернення поранених на службу.

Вся відповідальність за планування та організацію ефективної системи медичної евакуації (МЕ) покладається на медичний штаб об'єднаних збройних сил (ОЗС), що координує процес евакуації в зоні бойових дій разом з оперативним відділом і відділом матеріально-технічного забезпечення (МТЗ).

Важливу роль у системі ЛЕЗ відіграє координаційний центр з проведення евакуації, що підтримує зв'язок з головними суб'єктами системи. Він повинен входити до складу координаційної структури зони бойових дій і співпрацювати з національними групами медичної взаємодії. Центр підпорядкований начальнику медичних служб зони бойових дій. Окремою задачею у функціонуванні координаційного центру виділяють зв'язок з цивільними

медичними установами та організаціями, що надають медичні послуги та ресурси, що, по суті, є організаційною основою ЦВЗ.

5. У роботі визначено пропозиції щодо медичного забезпечення Збройних Сил України на засадах формування єдиного медичного простору.

Єдиний медичний простір – це система охорони здоров'я та організації надання медичної допомоги, яка об'єднує всі медичні ресурси держави спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування та забезпечує доступність, якість і ефективність усіх видів медичної допомоги всім громадянам України, у тому числі військовослужбовцям.

Реалізацію медичного забезпечення Збройних Сил України на засадах формування єдиного медичного простору потрібно здійснювати на двох рівнях. Перший рівень – загальнодержавний – визначений законодавчими та нормативно- правовими актами держави та передбачає функціонування Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони в єдиному законодавчому та нормативно- правовому полі з питань охорони здоров'я в Україні; використання закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності, у тому числі клінічних установ Національної академії медичних наук (НАМН) України для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям.

Другий рівень – міжвідомчий, що передбачає організацію і надання медичної допомоги та проведення медичної евакуації поранених, уражених, травмованих і хворих військовослужбовців сил оборони у відповідності до єдиних доктринальних документів і військово-медичних стандартів та спільне використання спроможностей медичних служб всіх складових сил оборони.

6. Запропоновано концептуальні засади формування сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в межах єдиного медичного простору та Схему лікувально-евакуаційного забезпечення військ із визначенням рівнів та етапів евакуації відповідно до стандартів НАТО. Визначено напрями розподілу повноважень і функцій між органами управління,

медичними підрозділами військових частин та військовими лікувальними закладами щодо надання визначених видів та обсягів медичної допомоги.

Реалізація наданих пропозицій забезпечить: організації медичного забезпечення за територіальним принципом; управління медичним забезпеченням єдиним стратегічним органом управління з чітким розподілом функцій на усіх рівнях по управлінській вертикалі через медичну службу оперативних командувань (оперативних, оперативно-тактичних угруповань). наближення медичної допомоги до поранених і хворих та скорочення термінів її надання.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. AJMedP-2 «Allied joint medical doctrine for medical evakuation». URL: [https://www.coemed.org/files/stanags/02\\_AJMEDP/AJMedP-EDA\\_V1\\_E\\_2546.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-EDA_V1_E_2546.pdf) (дата звернення 20.09.2022).
2. Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини: постанова Каб. Міністрів України № 819 від 16.10.1995 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/819-95-%D0%BF#Text> (дата звернення 20.09.2022).
3. Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки: Указ Президента України № 251/1998 від 17.04.1998 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/475/98#Text> (дата звернення 20.09.2022).
4. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 02.09.2015 р. «Про нову редакцію Воєнної доктрини України»: Указ Президента України № 555/2015 від 2 вересня 2015 URL: <https://www.president.gov.ua/documents/5552015-19443> (дата звернення 22.09.2022).
5. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Каб. Міністрів України № 910 від 31.10.2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.09.2022).
6. Про Концепцію розвитку сектору безпеки і оборони України: Указ Президента України № 240/2016 від 04.03.2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.09.2022).
7. Про Стратегічний оборонний бюлетень України: Указ Президента України № 334/2016 від 20.05.2016 р. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137> (дата звернення 22.09.2022).

8. Про затвердження Керівництва з медичної евакуації у Збройних Силах України : Наказ Генерального штабу Збройних Сил України № 258 від 09.07.2018 р.

9. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. *Здоров'я суспільства*. 2021. Том 10, № 6. С.1–50.

10. Галушка А.М., Казмірчук А.П., Власенко О.М. Еволюція органів управління і координації медичної евакуації поранених і хворих (за досвідом медичних служб ближнього і дальнього зарубіжжя). *Військова медицина України*. 2016. № 4. С. 21–28.

11. Савицький В.Л., Власенко О.М., Стриженко В.І. Проблемні питання організації медичного забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції на сході країни. *Наука і оборона*. 2016. № 4. С. 28–33.

12. Савицький В.Л., Майданюк В.П., Власенко О.М. Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрямки його удосконалення. *Військова медицина України*. 2015. №1. С. 5–11.

13. Булах О.Ю., Стриженко В.І. Дослідження санітарних втрат ЗС України та напрямків оптимізації медичного забезпечення в ході антитерористичної операції. *Збірник наукових праць ГВМКЦ*. 2015. Вип. 22. С. 15–25.

14. Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період: Наказ Генерального штабу Збройних Сил України № 90 від 02.03.2016 р.

15. АJP 4.10(B) «Allied joint medical support doctrine». URL: [https://www.coemed.org/files/stanags/01\\_AJP/AJP-4.10\\_EDC\\_V1\\_E\\_2228.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf) (дата звернення 25.09.2022).

16. MC 326/3. «NATO principles and policies of operational medical support». URL: [file:///C:/Users/%D0%AE%D0%B7%D0%B5%D1%80/Downloads/MP-HFM-109-\\$KN2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/%D0%AE%D0%B7%D0%B5%D1%80/Downloads/MP-HFM-109-$KN2%20(1).pdf) (дата звернення 25.09.2022).

17. Про визначення лікувальних установ системи Міністерства охорони здоров'я України, які братимуть участь у наданні медичної допомоги в особливий період: постанова Каб. Міністрів України від 30. 10. 1998 р. №1894-65. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/575/98#Text> (дата звернення 25.09.2022).

18. Про створення Української військово-медичної академії. постанова Каб. Міністрів України №820 від 16.10. 1995 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/820-95-%D0%BF#Text> (дата звернення 25.09.2022).

19. Про запровадження підготовки магістрів медицини (фармації) в Українській військово-медичній академії: Наказ Міністерства оборони України № 203 від 10. 06. 1997 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0247-97#Text> (дата звернення 25.09.2022).

20. Про створення кафедр екстремальної та військової медицини: Наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України № 233/332 від 15.12.1995 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z225-95#Text> (дата звернення 25.09.2022).

21. Про введення в дію положення, Учбової програми, Типового штатного розкладу кафедр екстремальної військової медицини та організацію їх роботи: Наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України № 215/202 від 18.07. 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1095-96#Text> (дата звернення 25.09.2022).

22. Положення про організацію та здійснення медичного забезпечення Збройних Сил України за територіальним принципом: Наказ Міністерства оборони України №235 від 10.05.07. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2235-07#Text> (дата звернення 25.09.2022).

23. Про затвердження Положення про Військово-медичні клінічні центри Збройних Сил України: наказ міністра оборони України від 20.02.08 р. № 59.

24. Про затвердження Положення про мобільний госпіталь (багатопрофільний на 100 ліжок): Наказ міністра оборони України від 15.01.08 р. № 57.

25. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14.09.2020 р. «Про Стратегію національної безпеки України»: Указ Президента України від 14.09.2020 р. № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037> (дата звернення 02.10.2022).

26. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20.08.2021 р. «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»: Указ Президента України від 17.09.2021 р. № 473. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/4732021-40121> (дата звернення 02.10.2022).

27. Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. Вип. № 3(39). С. 5–11.

28. Конституція України від 28.06.1996 р. №2 254к/96-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 02.10.2022).

29. Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Єдиний медичний простір та військова медицина : монографія. Київ: «Видавництво Людмила». 2018. 336 с.

30. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст.19.

31. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей :Закон України від 20 грудня 1991 року № 2011- ХІІ. *Відомості Верховної Ради України* , 1992. № 15. Ст. 191.

32. Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації та/або в умовах запровадження воєнного чи надзвичайного стану: Наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України від 07.02.2018 р. № 49/180 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0252-18#Text> (дата звернення 02.10.2022).



33. Про затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями: постанова Каб. Міністрів України від 18.10.1999 р. № 1923. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1923-99-%D0%BF#Text> (дата звернення 02.10.2022)

34. Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань України із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини : постанова Каб. Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/819-95-%D0%BF#Text> (дата звернення 15.10.2022).

35. Про готовність сил та засобів медичної служби збройних Сил України до виконання завдань з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру : Наказ Міністерства оборони України від 13.08.2010 р. № 423. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z055-10#Text> (дата звернення 15.10.2022).

36. Принципи і політика медичного забезпечення Сил оборони : Наказ Головнокомандувача Збройних Сил України № 3050/НВГШ від 16.11.2021 р.

37. Доктрина медичного забезпечення Сил оборони: Наказ Головнокомандувача Збройних Сил України № 3007/НВГШ від 11.11.2021 р.

38. Про оборону України :Закон України від 06.12.1991 р. № 1933-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 9. Ст.107.

39. Про національну безпеку України : Закон України від 21.06. 2018 р. № 2469-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text> (дата звернення 15.10.2022).

40. Питання Головнокомандувача Збройних Сил України: Указ Президента України від 27.03.2020 р. № 123/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1232020-33085> (дата звернення 15.10.2022).

41. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 .03.2021 року «Про Стратегію воєнної безпеки України» : Указ Президента

України від 25.03.2021 р. № 121/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1212021-37661> (дата звернення 15.10.2022).

42. AJMedP-1. «Medical Planning Doctrine». URL: [https://www.coemed.org/files/stanags/02\\_AJMEDP/AJMedP-1\\_EDA\\_V1\\_E\\_2542.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-1_EDA_V1_E_2542.pdf) (дата звернення 20.10.2022).

43. AJMedP-2. Doctrine for Medical Evacuation». URL: [https://www.coemed.org/files/stanags/02\\_AJMEDP/AJMedP-\\_EDA\\_V1\\_E\\_2546.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-_EDA_V1_E_2546.pdf) (дата звернення 20.10.2022).

44. Остащенко Т.М., Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Сучасні підходи до управління медичними силами Збройних Сил України. Український журнал військової медицини. 2021. Т.2. С.14–23.

45. Булах О.Ю., Стриженко В.І. Удосконалення змісту медичної допомоги пораненим і хворим на передових етапах медичної евакуації в сучасних умовах. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2014. Вип.42. С.105–115.

46. Булах О.Ю. Дослідження санітарних втрат ЗС України та напрямків оптимізації медичного забезпечення в ході антитерористичної операції. *Збірник ГВМКЦ "ГВКГ" МОУ*. 2015. Вип. 22. С. 15–25.

47. Жаховський В.О., Булах О.Ю., Лівінський В.Г. Погляди на удосконалення організаційної побудови системи лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України. *Військова медицина України*. 2014. №1. С. 17–22.

48. Савицький В.Л., Майданюк В.П., Власенко О.М. Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрямки його удосконалення. *Військова медицина України*. 2015. №1. С.5–11.

49. Лікувально-евакуаційне забезпечення ЗС у країнах НАТО: навч. посіб./ ред. В.Я. Білого, В.В. Паська. К.: УВМА, 2018. 134с.