

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 Чумака Дмитра Олександровича

академічної групи 281М-22з-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

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

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Квітка С.А.			
розділів:				

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

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

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

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

72 стор., 5 рис., 52 джерела.

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 thesis on the topic «Directions for improving state management in the system of medical and evacuation support for the Armed Forces of Ukraine».

72 pages, 5 figures, 52 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.

Object of research is public relations in the sphere of public administration in the system of medical and evacuation support of the Armed Forces of Ukraine.

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

The purpose of research 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 section examines the theoretical foundations of state management in the system of medical and evacuation support. The second section is devoted to the organization of the system of medical and evacuation support of the Armed Forces of Ukraine and NATO countries. The third section 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.

Scope of practical application – Ministry of Defense of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	10
1.1. Поняття і зміст лікувально-евакуаційного забезпечення.....	10
1.2. Сутність та роль державного управління у системі лікувально- евакуаційного забезпечення.....	22
РОЗДІЛ 2	
ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ	31
2.1. Організаційний механізм державного управління системи лікувально- евакуаційних заходів в Збройних Силах України.....	31
2.2. Організація лікувально-евакуаційних заходів медичного забезпечення збройних сил НАТО.....	43
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	53
3.1. Напрями удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення в умовах збройного конфлікту.....	53
3.2. Розвиток сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в межах єдиного медичного простору.....	59
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО/ООС	–	антитерористична операція/операція об'єднаних сил
ВГ	–	військовий госпіталь
ЄМП	–	єдиний медичний простір
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
НАТО	–	Північноатлантичний Альянс
ЦВС	–	цивільно-військова співпраця
УВМА	–	Українська військово-медична академія

ВСТУП

Вирішення завдань, які стоять перед медичною службою Збройних сил України, досягається вмілою організацією і чітким здійсненням медичного забезпечення військ. Воно включає: лікувально-евакуаційне, санітарно-епідемічне забезпечення, забезпечення підрозділів, частин і закладів медичним майном та заходи медичної служби щодо захисту особового складу від зброї масового ураження. У комплексі заходів медичного забезпечення, які здійснюються медичною службою в умовах сучасних надзвичайних ситуацій (бойових дій), найскладніша й найвідповідальніша роль належить лікувально-евакуаційному забезпеченню.

Указом Президента України від 17 вересня 2021 року № 473 затверджено Стратегічний оборонний бюлетень України, який спрямовано на забезпечення практичної реалізації положень Воєнної 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, 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 дозволяє виділити такий

важливий її розділ, як управління медичною евакуацією поранених та хворих на театрі воєнних дій.

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.

Серед основних проблем функціонування сил оборони в умовах існуючих та потенційних загроз, пов'язаних зокрема з дією воєнного стану та необхідністю збереження життя і здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України і потребують вирішення шляхом розроблення відповідного комплексу дієвих заходів, на особливу увагу заслуговує проблема створення належної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України та інших складових сил оборони здатної ефективно та раціонально використовувати медичні ресурси в рамках єдиного медичного простору. Необхідність її розв'язання зумовлює потребу в послідовному та цілеспрямованому розвитку необхідних спроможностей.

Зазначена проблема надзвичайно актуальна і потребує чіткого визначення 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, 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.

Проблемні питання організації лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України, інших військових формувань у сфері національної безпеки та оборони висвітлені у працях таких вітчизняних науковців: М. Бадюк, А. Бакай, В. Білий, М. Білоус, А. Бондаревський, А. Верба, П. Волянський, І. Голованова, А. Гудима, К. Гуменюк, В. Дорош, В. Іванов, Д. Ковида, О. Краснова, В. Крилюк, А. Коваль, В. Кузьмін, О. Мазуренко, Г. Роцін, С. Синельник, І. Сличко, Г. Цимбалюк, О. Шматенко та ін

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:

- вивчити поняття та зміст лікувально-евакуаційного забезпечення;
- з'ясувати роль державного управління у системі лікувально-евакуаційного забезпечення;
- розкрити організаційний механізм державного управління системи лікувально-евакуаційних заходів в Збройних Силах України.
- проаналізувати та узагальнити особливості організації лікувально-евакуаційних заходів в системі медичного забезпечення збройних сил НАТО;
- обґрунтувати напрями удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення в умовах збройного конфлікту;
- запропонувати нові підходи щодо організації та розвитку 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. Поняття і зміст 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.

Забезпечення спроможності усієї складної системи державного управління вчасно виявляти проблеми в засобах організації лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України у період воєнного стану та налагоджувати міжсуб'єктну взаємодію в умовах єдиного медичного простору вимагає реальних практичних дій щодо узгодження та координації суб'єктів цивільно-військової взаємодії. Це потрібно для сприяння досягненню стратегічних цілей, а також суттєвого переформатування взаємовідносин між

органами військового управління, іншими органами публічної влади та громадськими інституціями в контексті реалізації воєнно-медичної доктрини України.

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» [46]. 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» [17]. 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» [33], 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 [29].

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 боє- і працездатності можливо більшої 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 [29; 24].

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» [29].

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 [28]. 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 [35].

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 Воєнно-медичній доктрині від 31.10.2018 р. [24].

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.

Основу 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 [12]:

- 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 [12]:

– 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 [12]:

- 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 цієї 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.

Виходячи із зазначеного, щодо спроможностей лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України з урахуванням сучасних умов воєнного стану слід виділити такі: здатність організувати та здійснювати управління медичним забезпеченням на відповідних рівнях; проводити належні лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, медичну розвідку, заходи медичного захисту особового складу від впливу уражаючих факторів радіаційного, хімічного та біологічного походження; здійснювати забезпечення новими зразками за номенклатурою медичного майна; ефективно застосовувати новітні зразки медичної та спеціальної техніки, зокрема евакуаційно-транспортні засоби, які технічно сумісні із засобами збройних сил держав – членів НАТО, для виконання спільних завдань з лікувально-евакуаційного забезпечення.

1.2. Сутність та роль державного управління у системі лікувально-евакуаційного забезпечення

Реалізація державної політики стосовно організації та розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України за міжнародними стандартами здійснюється шляхом урахування відповідних вимог у законодавстві з питань охорони здоров'я військовослужбовців, формування необхідної структури та кількості сил і засобів медичних служб та організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ, а також шляхом пошуку альтернативних форм і способів залучення ресурсів, у тому числі й з

урахуванням цивільної складової. Запровадження передових практик та міжнародних стандартів медичного забезпечення ЗСУ, звичайно, реалізується на стратегічному рівні шляхом розробки та уведення в дію низки нормативних документів. Зокрема, Указом Президента України від 17 вересня 2021 р. № 473/2021 [31] було затверджено відповідний ключовий документ – Стратегічний оборонний бюлетень України. Відповідно до Стратегії національної безпеки України [30], а також Стратегії воєнної безпеки України [32], Стратегічний оборонний бюлетень України визначає основні спроможності сил оборони, яких необхідно досягти та стратегічні цілі їх розвитку на період до 2025 р., основні завдання та очікувані результати їх досягнення. На основі Стратегічного оборонного бюлетеня України розробляються та реалізуються державні цільові програми, спрямовані на розвиток складових сил оборони та розв’язання проблем їх медичного забезпечення, зокрема їх оснащення сучасними медичними та технічними засобами, створення необхідних запасів матеріально-технічних засобів, здійснення інших заходів з посилення спроможності функціонування Медичних сил Збройних Сил України.

Щодо основних функцій цивільно-військової взаємодії Збройних Сил України, то до пріоритетних з них належить забезпечення підтримки дій військ, яка включає зокрема організацію та координацію доступу військ (сил) до ресурсів цивільного середовища у разі виникнення такої необхідності. Йдеться саме про військово-медичний чинник та відповідну складову ресурсного забезпечення Збройних Сил України, що ґрунтовно відображено в положеннях Воєнно-медичної доктрини України [24]. За результатами спільної колегії Міністерства оборони і Міністерства охорони здоров’я України Постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 р. № 819 «Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань України із державною системою охорони здоров’я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини» [17] започатковано створення

загальнодержавної системи екстремальної медицини і розроблені підвалини цивільно-військової взаємодії у сфері охорони здоров'я. Згідно з Наказом Міністерства оборони України від 10.12.2019 р. № 624 «Про внесення змін до Переліку органів військового управління, юрисдикція яких поширюється на всю територію України» [21], формування Командування Медичних сил Збройних Сил України передбачає об'єднання медичної служби під єдине керівництво командувача медичних сил, який підпорядковується головнокомандувачу Збройних Сил України.

До основних завдань Командування Медичних сил Збройних Сил України слід віднести:

- виконання заходів лікувально-евакуаційного забезпечення, спрямованих на досягнення та підтримання рівня готовності, необхідного для виконання завдань Збройних Сил України, силами і засобами інших складових сил оборони, які залучаються до оборони держави;
- організацію планування, застосування, підготовки та управління військовими частинами, закладами охорони здоров'я Збройних Сил України;
- формування єдиного інформаційного простору Медичних сил Збройних Сил України, інших складових сил оборони;
- забезпечення реалізації державної політики щодо охорони здоров'я особового складу Збройних Сил України, лікувально-евакуаційного забезпечення військовослужбовців [42].

«Воєнно-медична доктрина України», як документ стратегічного характеру, наголошує на формуванні цілісної системи і відповідних заходів з лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) у поєднанні з ресурсними можливостями цивільної системи охорони здоров'я» [24], яка передбачає низку положень відносно того, що в основному надання медичної допомоги хворим і пораненим військовослужбовцям на третьому і четвертому рівнях лікувально-евакуаційного забезпечення проводиться переважно в закладах цивільної системи охорони здоров'я, що відповідає її рівням медичної допомоги [41].

Збройні Сили України та інші військові формування, які залученні до прийняття нормативно-правових актів та керівних документів щодо реалізації положень Воєнно-медичної доктрини України, формують необхідний комплект сил і засобів медичних служб, готують пропозиції до проекту основних показників оборонного замовлення, створюють та утримують у постійній готовності визначену кількість сил і засобів [24]. При цьому, військово-медичний чинник визначає єдність поглядів на організацію, тактику та порядок застосування сил і засобів медичних служб та системи охорони здоров'я цивільного населення як у мирний час, так і під час дії особливого періоду. За таких умов, Міністерство охорони здоров'я України забезпечує готовність закладів охорони здоров'я, інших необхідних сил та засобів, визначених актами Кабінету Міністрів України, для надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Основою системи охорони здоров'я військовослужбовців є медичні служби (військово-медичні підрозділи, військові заклади охорони здоров'я та органи управління лікувально-евакуаційним забезпеченням), а також визначена кількість закладів охорони здоров'я системи охорони здоров'я цивільного населення. Медичні служби провадять свою діяльність в єдиному медичному просторі держави шляхом дотримання законодавства з питань охорони здоров'я, стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів [24]. Відносно визначення єдиного медичного простору, то він являє собою систему 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 і військовослужбовцям [8]. Отже, інтеграція системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ в єдиний медичний простір України передбачає функціональне поєднання сил і засобів медичних служб та системи охорони здоров'я цивільного населення з метою максимальної реалізації їх спроможностей щодо ефективного медичного

забезпечення військ. Склад сил і засобів медичних служб та система лікувально-евакуаційного забезпечення військ мають забезпечувати збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців, своєчасне та ефективне надання медичної допомоги у разі поранень, уражень, захворювань та якнайшвидше відновлення боєздатності. Процес надання медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям здійснюється за видами у медичних підрозділах військових частин і з'єднань, закладах охорони здоров'я за територіальним принципом. Медичні підрозділи та заклади охорони здоров'я є основою для формування етапів медичної евакуації (рівнів лікувально-евакуаційного забезпечення), кількість, місце їх розгортання, вид і обсяг медичної допомоги яких визначаються умовами оперативної і бойової обстановки та величиною санітарних втрат. Щодо медичної допомоги пораненим (хворим), то вона надається на тих етапах медичної евакуації (рівнях медичного забезпечення), де вона може бути надана у найкоротший строк та у найбільш повному обсязі з урахуванням наявних сил і засобів та можливостей медичної евакуації [24]. Сучасне усвідомлення ролі військовослужбовців у процесі лікувально-евакуаційного забезпечення полягає у тому, що всі військовослужбовці є не лише об'єктами, а й повноцінними і рівноправними учасниками – суб'єктами медичного забезпечення і мають володіти практичними навичками з надання домедичної допомоги у порядку самодопомоги та взаємодопомоги за міжнародними стандартами. Загальні положення, принципи і вимоги щодо організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ розробляються та застосовуються на підставі законодавства з питань охорони здоров'я, стандартів медичної допомоги і клінічних протоколів, військово-медичних стандартів, з урахуванням вимог. При цьому, готовність медичних служб до медичного забезпечення військ має забезпечуватися досягненням сумісності з відповідними структурами збройних сил держав – членів міжнародних організацій у сфері безпеки або багатонаціональних військових формувань шляхом впровадження відповідних міжнародних настанов, стандартів,

принципів та відповідних критеріїв лікувально-евакуаційного забезпечення військ, що передбачає єдині погляди на: планування, організацію та порядок надання медичної допомоги; формування необхідної структури сил і засобів медичних служб; організацію медичного постачання та поповнення медичного майна; підготовку та використання медичних та фармацевтичних працівників; медичний облік та обмін медичною інформацією; організацію взаємодії для ефективного використання медичних ресурсів тощо [24].

Передбачається, що лікувально-евакуаційне 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. Щодо стратегічних цілей розвитку сил оборони, то їх реалізація передбачає виконання конкретних завдань.

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.

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 [43].

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 [43].

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 [46; 47; 51]. 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. Організаційний механізм державного управління системи лікувально-евакуаційних заходів в Збройних Силах України

Досвід медичного забезпечення ЗС України в умовах повномасштабної збройної агресії Російської Федерації проти України свідчить про обмежені можливості Медичних сил ЗС України для надання пораненим, ураженим, травмованим і хворим (пораненим) військовослужбовцям спеціалізованої медичної допомоги та проведення їх медичної евакуації.

Зважаючи на те, що війни ведуть держави, а воюють збройні сили, всебічне забезпечення військ є важливим завданням держави, зокрема і в питаннях надання медичної допомоги військовослужбовцям, що має бути реалізовано шляхом залучення для цього спроможностей системи цивільної охорони здоров'я на засадах єдиного медичного простору та передбачатиме гарантоване забезпечення військовослужбовців державою необхідними видами медичної допомоги починаючи від поля бою, під час лікування і до повної реабілітації.

Практичними кроками формування функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення сил оборони на засадах єдиного медичного простору стало розроблення в Міністерстві оборони (МО) України розпорядження Кабінету Міністрів України «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях» (Розпорядження) [4], яким доручалося встановити механізм надання пораненим військовослужбовцям спеціалізованої медичної допомоги в цивільних закладах

охорони здоров'я та визначити порядок підготовки їх до роботи на випадок ескалації збройного конфлікту. На виконання цього Розпорядження опрацьовано наказ МО України та Міністерства охорони здоров'я 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» [19]. Цим Наказом затверджено Інструкцію щодо організації та порядку надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів, особам рядового і начальницького складу та поліцейським, які беруть участь в антитерористичній операції, та Перелік закладів охорони здоров'я з визначеною кількістю спеціалізованих ліжок, що для цього залучаються. Зазначеними Розпорядженням і Наказом визначено та впроваджено на засадах єдиного медичного простору новий науково обґрунтований, раціональний, економічно вигідний та перспективний механізм залучення закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності для надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям. Детально порядок залучення закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності за механізмом об'єднання їх у Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць, організація їх роботи щодо надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям, завдання та функції органів виконавчої влади, органів управління медичним забезпеченням ЗС України та інших складових сил оборони, цивільних закладів охорони здоров'я визначено у відповідних Методичних рекомендаціях [10]. Формування та реалізація засад єдиного медичного простору охорони здоров'я військовослужбовців та медичного забезпечення військ передбачає взаємодію і

спільне використання потужностей Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони, що визначено Принципами і політикою медичного забезпечення сил оборони [16] та Доктриною медичного забезпечення сил оборони [6], які затверджені Головнокомандувачем Збройних Сил України та військово-медичними стандартами, що передбачає організацію і надання медичної допомоги та проведення медичної евакуації поранених військовослужбовців сил оборони у відповідності до єдиних доктринальних документів і військово-медичних стандартів та спільне використання спроможностей медичних служб всіх складових сил оборони.

Принципи і політика медичного забезпечення сил оборони та Доктрина медичного забезпечення сил оборони опрацьовані з урахуванням вимог Стратегії національної безпеки України [30], Стратегії воєнної безпеки України [32], СОБ України [31] та Воєнно-медичної доктрини України [24] з дотриманням вимог законодавства України з питань охорони здоров'я [13]. Вони також враховують положення Принципів і політики щодо медико-санітарного забезпечення НАТО (МС 0326) [50], Спільної доктрини НАТО щодо медичного забезпечення (AJP-4.10)[48], Доктрини з планування медичного забезпечення військ (сил) НАТО (AJmedP-1)[45] та Доктрини з медичної евакуації (AJMedP-2) [46]. Впровадження та реалізація запропонованого механізму використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для потреб ЗС України та інших складових сил оборони дає можливість сформувати 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. Схематично законодавчі, нормативно-правові та організаційні засади функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення ЗС України та інших складових сил оборони на засадах єдиного

медичного простору наведено на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Концептуальна модель єдиного медичного простору

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 нормативноправових 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 Національної академії медичних наук України для надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям.

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

ВМГ є мобільним, спеціалізованим, багатопрофільним 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. 2.2.

Ця система ЛЕЗ мала забезпечувати своєчасне, послідовне, спадкоємне та якісне надання медичної допомоги та лікування поранених 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.

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.

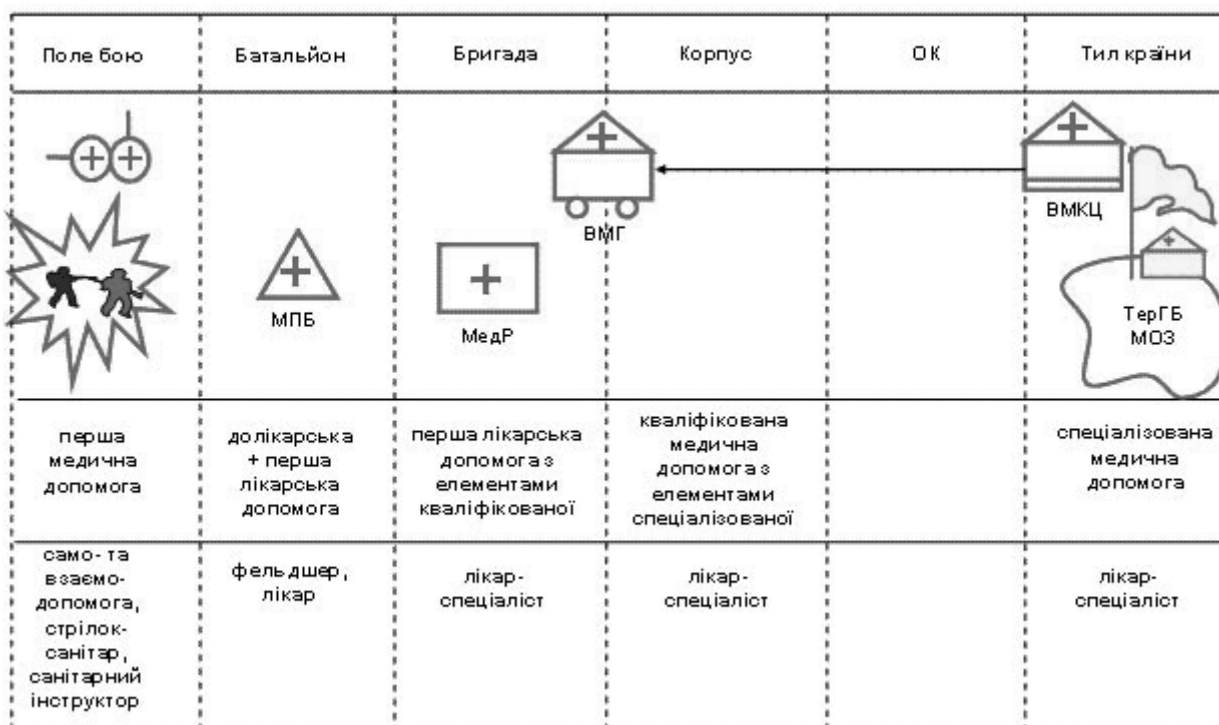


Рис. 2.2. Схема лікувально-евакуаційних заходів у ЗС України (2013 р.).

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 вислужили 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. 2.3.

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.

Район проведення АТО			За межами АТО	
Поле бою	Батальйон	Бригада	ОК	Тил країни
	 МПБ  фельдшер	 ВМГ  ЦРЛ  МедР	 ВМКЦ ВГ  ОКЛ	 НВМКЦ  ЗОЗ НАМН
перша медична допомога	до лікарська, 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. 2.3. Схема лікувально-евакуаційних заходів під час АТО

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 евакуйовували 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. Організація лікувально-евакуаційних заходів медичного забезпечення збройних сил НАТО

Співробітництво України з країнами учасницями НАТО у військовій сфері розглядається як важливий елемент партнерства з організацією в цілому.

Регламентуючим документом з питань збереження життя і здоров'я медичного складу, який є інструкцією для командирів, медичних начальників усіх рангів та військово-медичного персоналу є військово-медична доктрина (Доктрина). Існує декілька видів доктрин: Національна – єдина доктрина для всіх видів ЗС країни; Союзна доктрина країн-учасниць НАТО; Доктрина багатонаціональних сил, які включають НАТО та інші країни.

Багатонаціональні доктрини забезпечують необхідний рівень уніфікації та стандартизації, який сприяє ефективнішому і з меншими затратами виконанню спільного завдання, що стоїть перед медичними службами об'єднаних ЗС. Разом з тим, ці доктрини враховують особливості національних систем військової охорони здоров'я. Положення союзницьких чи партнерських доктрин сформульовані так, щоб національні пріоритети у медичному забезпеченні окремих країн учасниць не перешкоджали взаємодії та співробітництву. Західні військово-медичні доктрини виходять з того положення, що досягнення потрібного стандарту професійного здоров'я як важливої складової частини боєздатності військовослужбовців є спільним завданням командування, медичної служби та самого особового складу. Доктрина визначає їхні обов'язки, відповідальність та форми взаємодії у питаннях охорони здоров'я. Професійне здоров'я визначається як відсутність захворювання при наявності певного рівня компенсаторних та захисних механізмів, які забезпечують високу боєздатність військовослужбовця у всіх умовах його професійної діяльності. Боєздатність західні експерти, як правило, відносять до особистих якостей військовослужбовця, які дають змогу йому виконувати завдання у складі підрозділу, а боєготовність – до військової організації (підрозділ, частина, з'єднання, установа), її можливості виконати свою частку у бойовій операції. Проте такий розподіл не є загальноприйнятим у країнах альянсу.

Боєздатність розглядається як комплексне поняття, яке включає фізичне та психічне здоров'я, моральний дух, мотивацію служби в армії, загальну та бойову підготовку, професійні знання й уміння. Успішне виконання завдань медичної служби на театрі воєнних дій (ТВД) прямо залежить від організації медичного забезпечення ЗС у мирний час та в мобілізаційний період. Медичне забезпечення збройних сил у період війни будується на базі військової охорони здоров'я мирного часу, перебудованої та посиленої для роботи в особливих умовах [11 ; 44; 52].

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.

Світове визнання та всебічне використання отримали розроблені НАТО стандарти (протоколи) з надання невідкладної (до)медичної і тактичної допомоги в різних ситуаціях: TCCC (Tactical Combat Casualty Care) – «Тактична допомога пораненим у бою», CLS (Combat Life Saver) – «Порятунок життя під час бою», TECC (Tactical Emergency Casualty Care) – «Тактична екстрена медицина», PHTLS (PreHospital Trauma Life Support) – «Фельдшерська/спеціалізована підтримка життєдіяльності», 68W (Combat medic) – «Боець-рятувальник», ATLS (Advanced Trauma Life Support) – «Лікарська/високоспеціалізована підтримка життєдіяльності» – стандарт розширеної підтримки життя під час травми.

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» [46; 39].

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 [39].

Зокрема, воєнна доктрина підтримує комплексну систему охорони здоров'я для як найоперативнішого 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. [39].

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 [39].

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 госпіталах – 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 [39].

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) [39].

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 [39].

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 зоні 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 [40].

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 [43].

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 в'язок з цивільними медичними установами та організаціями, що надають медичні послуги та ресурси, що, по суті, є організаційною основою ЦВЗ. [47; 18].

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 [34].

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.

РОЗДІЛ 3

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

3.1. Напрями удосконалення державного управління в системі лікувально-евакуаційного забезпечення в умовах збройного конфлікту

Стратегічна ціль 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.

Завдання передбачає створення ефективної системи лікувально-евакуаційного забезпечення, здатної на належному рівні забезпечити комплектування військ (сил) 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 міжнародних стандартів [31]. Очікуваним результатом має бути створення системи лікувально-евакуаційного забезпечення ЗСУ, підвищення рівня міжвідомчої координації діяльності медичних служб сил оборони в єдиному медичному просторі, нарощення спроможності сил і засобів медичного забезпечення. Це передбачає здійснення комплексу заходів, зокрема:

- удосконалення планування з метою ефективного управління силами і засобами лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) на відповідних рівнях;
- забезпечення чіткої координації та взаємодії діяльності медичних служб сил оборони, системи охорони здоров'я держави з ефективного та раціонального використання медичних ресурсів;
- упровадження сучасних досягнень медичної науки, техніки і новітніх технологій, автоматизація лікувально-діагностичних процесів та інших технологічних видів діяльності;
- підвищення рівня технічної оснащеності медичних підрозділів та закладів охорони здоров'я сучасною медичною спеціальною технікою та апаратурою для надання встановлених видів медичної допомоги.

Виходячи із зазначеного, щодо спроможностей лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України з урахуванням сучасних умов воєнного стану слід виділити такі:

- здатність організовувати та здійснювати управління медичним забезпеченням на відповідних рівнях;
- проводити належні лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, медичну розвідку, заходи медичного захисту особового складу від впливу уражаючих факторів радіаційного, хімічного та біологічного походження; здійснювати забезпечення новими зразками за номенклатурою медичного майна;
- ефективно застосовувати новітні зразки медичної та спеціальної техніки, зокрема евакуаційно-транспортні засоби, які технічно сумісні із засобами збройних сил держав – членів НАТО, для виконання спільних завдань з лікувально-евакуаційного забезпечення.

Попри важливість стратегічних рішень, щодо створення ефективної системи лікувально-евакуаційного забезпечення ЗСУ, вважаємо за важливе зупинитися на деяких окремих проблемах лікувально-евакуаційного забезпечення на тактичному рівні, оскільки це саме той рівень, де відбувається реалізація зазначеного комплексу заходів та безпосередньо відчуються

наслідки невирішених на стратегічному і оперативному рівні проблем. Запровадження єдиної нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я, єдиних стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих стандартів та компонентів управління якістю у сфері охорони здоров'я [25], зумовило закладання підстав для формування цивільно-військової взаємодії в умовах функціонування єдиного медичного простору в Україні. Щодо нормативних питань цивільно-військової взаємодії в умовах єдиного медичного простору, слід враховувати законодавство та нормативно правові акти МОЗ України щодо регулювання діяльності цивільної складової такої взаємодії. Так, на виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074 та згідно з наказом МОЗ України від 20.02.2017 р. в рамках формування єдиного медичного простору вторинної ланки були сформовані засади щодо утворення госпітальних округів [5]. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 18.12.2017 р. № 1621, створення госпітальних округів дає змогу забезпечити: гарантований своєчасний доступ до надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню [26; 38]. На законодавчому рівні визначено поняття Госпітальний округ, під яким розуміється сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, які забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території [20]. Низкою постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України затверджено нормативно-правові акти з питань функціонування системи охорони здоров'я в Україні із регламентацією порядку дій та відповідальності за реалізацію відповідних нормативних документів. Так, зокрема, відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні суттєвих змін дістала нормативно-правова база, на основі якої регламентована діяльність системи охорони здоров'я в умовах її реформування. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України», відповідний центральний орган виконавчої влади здійснює діяльність, яка спрямовується та координується Кабінетом Міністрів України

через Міністра охорони здоров'я України [37]. Також, визначено її основні завдання і повноваження, серед яких основними є: виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я; здійснення оплати згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги (включаючи медичні вироби) та лікарські засоби за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій тощо. Зі свого боку, Командування Медичних сил Збройних Сил України у взаємодії з відповідними структурними підрозділами Міністерства оборони України, Генерального штабу Збройних Сил України та військовими частинами і закладами Збройних Сил України мають сприяти постійному оновленню нормативно-правової бази щодо організації системи надання екстреної медичної допомоги та лікувально-евакуаційного забезпечення в практику діяльності військових закладів охорони здоров'я на основі міжнародних стандартів.

З метою вдосконалення медичного забезпечення Збройних Сил України, відповідно до військово-адміністративного поділу території України [23], а також нормативно-правового врегулювання питання лікування військовослужбовців у цивільних закладах охорони здоров'я в Міністерстві оборони України було опрацьовано Проєкт Постанови Кабінету Міністрів України «Про удосконалення медичного забезпечення військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції на Сході України» та додатка 1 «Положення про Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць», що передбачає виділення у найбільш потужних цивільних закладах охорони здоров'я державної та комунальної власності резерву профільних ліжок у межах до 30 % від ліжкового фонду, для надання своєчасної та якісної спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України [3]. У подальшому Проєкт Постанови було врегульовано наказом Міністерством оборони України «Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності

закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення» [22].

Утворення Тимчасових функціональних об'єднань передбачено покласти на обласні державні адміністрації й органи місцевого самоврядування за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України і Міністерством оборони України на базі закладів охорони здоров'я, визначених Кабінетом Міністрів України. При цьому, підготовка Тимчасових функціональних об'єднань до виконання завдань за призначенням, виділення резерву профільних ліжок, утворення та зберігання місячного запасу лікарських засобів, виробів медичного призначення, донорської крові та її препаратів здійснюється за замовленням Міністерство оборони України через Міністерство охорони здоров'я України. Ще однією з важливих вимог до закладів охорони здоров'я є забезпечення можливості прийому не менше 10–15 поранених (хворих) одночасно, а надання медичної допомоги пораненим та хворим має здійснюватися відповідно до стандартів та клінічних протоколів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України. Ці пункти Положення були доопрацьовані, що затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 11.05.2017 р. № 412 [36]. На виконання Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р відповідні документи були доопрацьовані відповідно зі спільним наказом Міністерства оборони та Міністерства охорони здоров'я України від 07.02.2018 р. № 49/180 та зазнали доповнень шляхом визначення адміністративно-організаційних заходів з метою забезпечення надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що залучаються для надання вторинної спеціалізованої і третинної високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям [22]. Враховуючи вищезазначене, доцільним є налагодження конструктивної взаємодії Командування Медичними силами Збройних Сил України і Міністерства охорони здоров'я України, а також Національної Служби Здоров'я України задля реалізації завдань охорони здоров'я, збереження, підтримання і зміцнення бойової готовності та боєздатності військовослужбовців та лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил

України з урахуванням з одного боку всіх особливостей та регламентацій у надання медичної допомоги військовослужбовцям на всіх рівнях, а з іншого на впровадження сучасних ефективних лікувально-діагностичних технологій відповідно до галузевих стандартів з урахування більш широких ресурсних можливостей цивільної системи охорони здоров'я. Трансформація стандартів з питань організації надання медичної допомоги та медичного забезпечення у Збройних Силах України відповідно до організаційних основ доктрини з лікувально-евакуаційного забезпечення сил оборони збройних сил країн – членів НАТО, а саме стандарту - Standard AJP-4.10 [49], обумовила запровадження в системі лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України кількох рівнів лікувально-евакуаційного забезпечення. Щодо рівнів медичної допомоги та лікувально-евакуаційного забезпечення військовослужбовцям, то їх розмежування, диференціація і спеціалізація лікувально-евакуаційних заходів дозволять відпрацювати реальну міжвідомчу цивільно-військову взаємодію в умовах єдиного медичного простору, що передбачає у т. ч. надання екстреної медичної допомоги пораненим і хворим зі складу військовослужбовців на територіях, прилеглих до районів бойових дій. Щодо нормативних актів що стосуються створення системи лікувально-евакуаційного забезпечення військовослужбовців також слід зазначити між іншим ті, що регламентують окремі питання лікувально-евакуаційного забезпечення військовослужбовців, а також визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям [4; 19]. Відповідними нормативними актами визначено порядок залучення цивільних закладів охорони здоров'я до надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, а також визначено механізм надання такої медичної допомоги військовослужбовцям і затверджено перелік закладів охорони здоров'я і державних установ НАМН України, що для цього залучаються.

3.2. Розвиток сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в межах єдиного медичного простору

Для організації управління лікувально-евакуаційним забезпеченням необхідне дотримання традиційних принципів: стійкість, безперервність, оперативність та прихованість. Це досягається постійним знанням обстановки, своєчасним прийняттям рішень та контролем їх виконання; підтримкою постійного зв'язку, обмеженням доступу до інформації про заходи, що плануються, високою живучістю органів управління, відновленням порушеного управління.

Система управління має мати наступні властивості: висока ступінь готовності, стійкість, забезпечення можливості як централізованого так і децентралізованого управління підлеглими силами та засобами, гнучкість, мобільність, використання сучасних систем зв'язку та автоматизованих інформаційно-управлінських систем.

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, як показано на рис. 3.1.

Розвиток системи ЛЕЗ ЗС України в межах єдиного медичного простору передбачає врахування таких факторів [14].

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 [1; 2; 7; 40; 9].

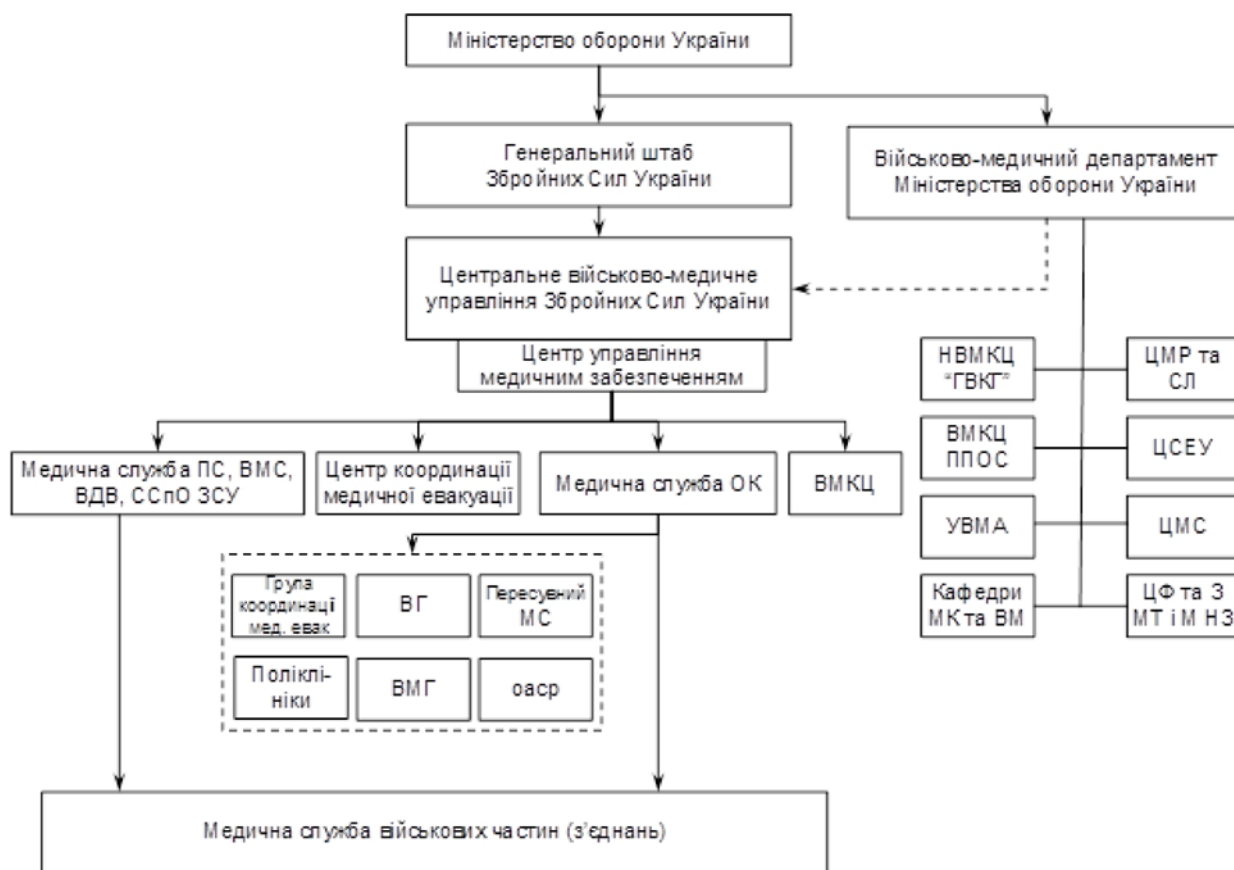


Рис. 3.1. Схема управління медичною службою України

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.

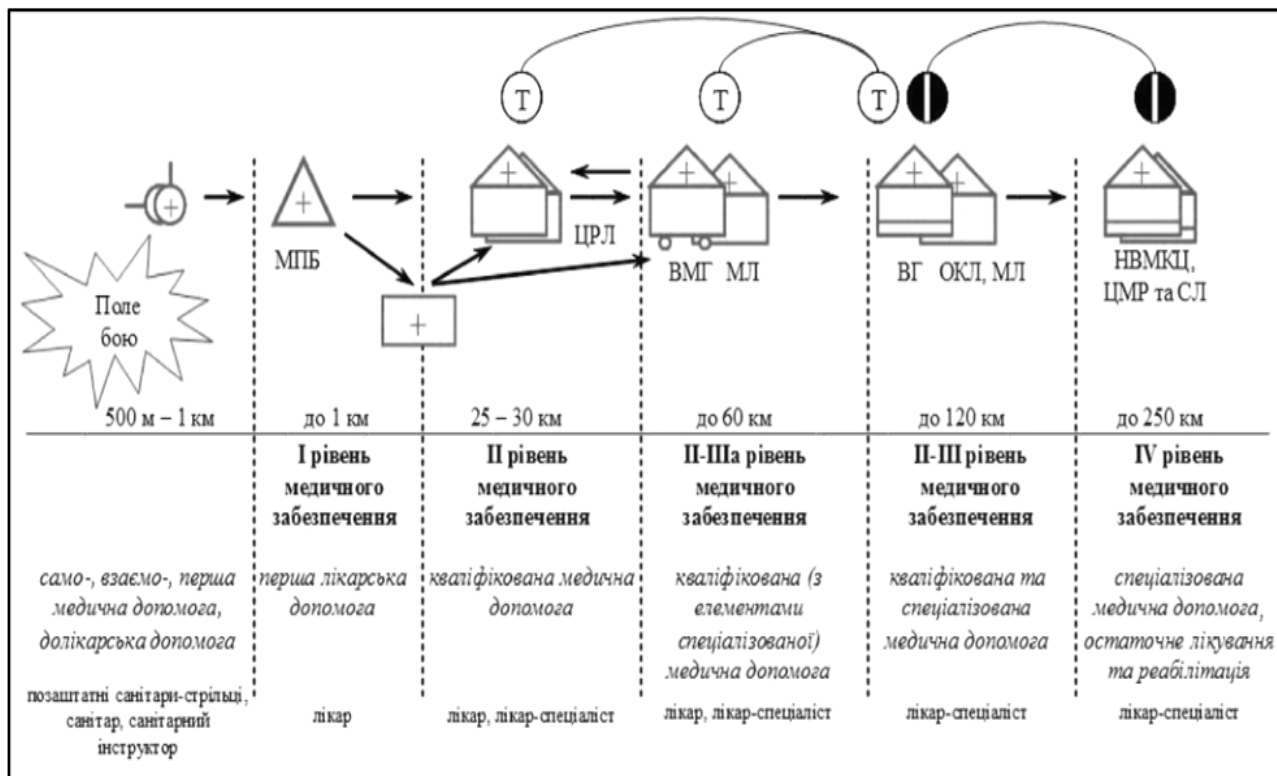


Рис. 3.2. Схема лікувально-евакуаційного забезпечення військ

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, військкоматах, 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 [47], 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 зазначених вище положень системи ЛЕЗ дозволить організувати лікувально-евакуаційне забезпечення особового складу військ (сил) на якісно новому рівні, забезпечить якнайшвидшу евакуацію поранених (уражених, хворих) на рівні медичного забезпечення, що в свою чергу дозволить попередити розвиток ускладнень, покращити прогноз видужання, скоротити терміни повернення до строю, знизити кількість випадків стійкої втрати працездатності(боездатності) особового складу, організувати безперебійне управління та маневр силами і засобами медичної служби під час проведення операцій (бойових дій).

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі запропоновано розв'язання актуального завдання, пов'язаного з обґрунтуванням теоретичних засад та розробленням практичних рекомендацій щодо розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України. Реалізована мета і поставлені завдання дають підстави зробити висновки та сформулювати такі практичні рекомендації.

1. Вивчено поняття і зміст лікувально-евакуаційного забезпечення військ. Встановлено що це розділ медичного забезпечення Збройних сил України у воєнний час і в умовах надзвичайних ситуацій мирного часу, яке являє собою систему взаємопов'язаних заходів із надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуації, подальшого лікування та реабілітації. Основна його мета — збереження життя і найшвидше відновлення боєздатності й працездатності в якомога більшій кількості військовослужбовців, які вибули із строю в результаті бойового ураження або захворювання, що є в сучасних умовах надзвичайних ситуацій (бойових дій) найбільш ефективним способом поновлення масових бойових втрат особового складу військ.

2. З'ясовано роль державного управління у системі лікувально-евакуаційного забезпечення. Визначено, що 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.

3. Вивчено організаційний механізм управління системи лікувально-евакуаційних заходів в Збройних Силах України. Встановлено що 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.

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

4. Обґрунтовано перспективи використання зарубіжного досвіду організації лікувально-евакуаційних заходів в системі медичного забезпечення збройних сил НАТО. Встановлено, що воєнна доктрина підтримує комплексну систему охорони здоров'я для як найоперативнішого 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 зони 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. Сформовано і запропоновано напрями розвитку 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

зкладами 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. 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.

2. 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.

3. Верба А.В. Стан та проблемні питання медичного забезпечення в зоні проведення антитерористичної операції в різні періоди. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти* : зб. наук. праць ; за заг. ред. Цимбалюка В. І. та Сердюка А. М. Київ: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. С. 15–26

4. Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/352-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 02.10.2023).

5. Деякі питання створення госпітальних округів : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.10.2023).

6. Доктрина медичного забезпечення Сил оборони, затверджена Головнокомандувачем Збройних Сил України 11.11.2021 р., № 3007/НВГШ від 11.11.2021 р.

7. 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.

8. Кошова С., Михальчук В., Радиш Я. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf (дата звернення: 15.09.2023).

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

10. Методичні рекомендації з організації роботи цивільних закладів охорони здоров'я щодо надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України та інших військових формувань / В.О. Жаховський, В.Г. Лівінський. Київ: видавництво «Людмила», 2019. 137 с.

11. Москаленко В.Ф. Медичне страхування – актуальна проблема військової медицини: стан і перспективи: інформаційно-аналітичний збірник. Київ: ВИДАВНИЧИЙ ДІМ ЕКМО. – 2008. – 330 с. ;

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

13. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 25.09.2023).

14. 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.

15. Положення про організацію та здійснення медичного забезпечення Збройних Сил України за територіальним принципом: Наказ Міністерства оборони України від 10.05.2007 р. №235 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2235-07#Text> (дата звернення 25.09.2023).

16. Принципи і політика медичного забезпечення Сил оборони, затверджено Головнокомандувачем Збройних Сил України 15.11.2021 р., № 3050/НВГШ від 16.11.2021 р.

17. 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 Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/819-95-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.09.2023).

18. Про визначення лікувальних установ системи Міністерства охорони здоров'я України, які братимуть участь у наданні медичної допомоги в особливий період: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.10.1998 р. №1894-65. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/575/98#Text> (дата звернення 25.09.2023).

19. 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» (зі змінами, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.02.2018 року за № 252/31704): 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 25.09.2023).

20. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я : Закон України № 421-IX, 20.12.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text> (дата звернення: 02.10.2023).

21. Про внесення змін до Переліку органів військового управління, юрисдикція яких поширюється на всю територію України : Наказ Міністерства оборони України від 10.12.2019 р. № 624. URL: <https://www.mil.gov.ua/ministry/normativno-pravova-baza/nakazi-ministra-oboroni-ukraini/nakazi-ministerstva-oboroni-ukraini-za-2019-rik.html> (дата звернення: 11.10.2023).

22. Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за

організацію медичного забезпечення : Наказ Міністерства оборони України від 16.11.2016 р. № 608. URL: https://www.mil.gov.ua/content/mou_orders/608_nm_2016.pdf (дата звернення: 11.10.2023).

23. Про затвердження військово-адміністративного поділу території України : Указ Президента України від 05.02.2016 р. № 39/261. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/39/2016#Text> (дата звернення: 02.09.2023).

24. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України : Постанова Кабінету Міністрів України 31.10.2018 р. № 910 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.10.2023).

25. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р.: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 р. № 454. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text> (дата звернення: 22.10.2023).

26. Про затвердження об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2018 р. № 1881. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#n16> (дата звернення: 02.10.2023).

27. Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.02.2017 р. № 165. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text> (дата звернення 25.09.2023).

28. Про Концепцію розвитку сектору безпеки і оборони України: Указ Президента України від 04.03.2016 р. № 240/2016 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.09.2023).

29. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 02.09.2015 р. «Про нову редакцію Воєнної доктрини України»: Указ

Президента України від 02.09.2015 р. № 555/2015. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/5552015-19443> (дата звернення 22.09.2023).

30. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: Указ Президента України від 14.09.2020 р. № 392/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020#Text> (дата звернення: 12.10.2023).

31. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 серпня 2021 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» : Указ Президента України 17.09.2021 р. № 473. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/473/2021#Text> (дата звернення: 12.10.2023).

32. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 березня 2021 року «Про Стратегію воєнної безпеки України»: Указ Президента України від 25.03.2021 р. № 121/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/121/2021#Text> (дата звернення: 12.10.2023).

33. Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки: Указ Президента України від 17.04.1998 р. № 251/1998 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/475/98#Text> (дата звернення 20.10.2023).

34. Про створення Української військово-медичної академії: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 820 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/820-95-%D0%BF#Text> (дата звернення 23.10.2023).

35. Про Стратегічний оборонний бюлетень України: Указ Президента України від 20.05.2016 р. № 334/2016 URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137> (дата звернення 22.09.2023).

36. Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2017 р. № 412 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/412-2017-%D0%BF> (дата звернення 22.09.2023).

37. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 07.09.2023).

38. Роцін Г.Г., Мазуренко О.В., Дорош В.М., Пагава О.З., Іванов В.І. Реформування системи екстреної медичної допомоги постраждалим на ранньому госпітальному етапі. *Клінічна хірургія*. 2019. № 86 (5). С. 72 – 78. URL: <https://doi.org/10.26779/2522-1396.2019.05.7>. (дата звернення: 11.10.2023).

39. 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.

40. 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.

41. Сердюк А.М., Риган М. М., Антоненко Л. П., Скалецький Ю. М. Співпраця державної та відомчих систем охорони здоров'я на особливий період – актуальна проблема для України. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : зб. наук. праць ; за заг. ред. акад. В. І. Цимбалюка, А. М. Сердюка. Київ : НВЦ «Пріоритети», 2016. С. 27–32.

42. Структура організації діяльності медичних сил Збройних Сил України. Сайт Міністерства оборони України. 2022. URL: <https://www.mil.gov.ua/diyalnist/vijskova-mediczina/> (дата звернення: 23.09.2023).

43. Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період: Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 02.03.2016 р. № 90 URL: <https://library.gov.ua/emed/medytsyna-voiennoho-i-povoiennoho-chasu/tymchasova-nastanova-z-medychnoi-evakuatsii-poranenykh-i-khvorykh-u-zbroynykh-sylakh-ukrainy-na-osoblyvyy-period-2> (дата звернення: 23.09.2023).

44. Шекера О.Г. Соціально-економічні аспекти формування системи медичного забезпечення ЗС України: монографія. Київ: ЕКМО. 2006. 274 с.

45. AJMedP-1. «Allied joint medical planning doctrine». URL: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-1_EDA_V1_E_2542.pdf (дата звернення 10.09.2023).

46. AJMedP-2 «Allied joint medical doctrine for medical evacuation». URL: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-EDA_V1_E_2546.pdf (дата звернення 10.09.2023).

47. AJP 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 (дата звернення 10.09.2023).

48. Allied joint doctrine for medical support. Edition C. Version 1 : NATO standard AJP-4.10(C). URL: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf (дата звернення 10.09.2023).

49. Allied Joint Publication-4.10, Allied Joint Doctrine For Medical Support. URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/922182/doctrine_nato_med_spt_ajp_4_10.pdf (дата звернення 10.09.2023).

50. 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 10.09.2023).

51. NATO Principles and Policies of Medical Support : MC0326/4. 2018. 26 p.

52. Shekera O.G., Shekera O.O., Kirzhner G. Conceptual approaches to developing military medical doctrine. The Health of Society. 2016. № 3-4. P. 69-77.