

Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України

На правах рукопису

СТЕШЕНКО НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА

УДК : 614.2:355.422(477.61)

Магістерська робота

**ОПТИМІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖИТЕЛЯМ ЛУГАНСЬКОЇ
ОБЛАСТІ В УМОВАХ ООС(воєнної Операції об'єднаних сил).**

8.12010006 «Сестринська справа»

Науковий керівник:

Литвинова О.Н.

доцент кафедри

громадського здоров'я та

управління охороною здоров'я

Тернопільського національного

медичного університету

ім. І.Я. Горбачевського

Тернопіль – 2021

Зміст

Скорочення	3	
Вступ.....	4	
Розділ 1.	Оптимізація медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні та в умовах ООС (огляд літератури)	7
1.1	Початок конфлікту. Гуманітарна ситуація.	7
1.2	Соціальні проблеми в умовах конфлікту.....	13
1.3	Організація медичної допомоги в умовах конфлікту	18
1.3.1	<i>Нормативне регулювання надання медичної допомоги.</i>	18
1.3.2	<i>Реалії організації медичної допомоги в умовах військового конфлікту.</i>	22
1.3.3	<i>Організація спеціалізованої медичної допомоги в умовах конфлікту мирним жителям та військовим</i>	26
Розділ 2.	Матеріали і методи дослідження.....	31
Розділ 3	Аналіз надання медичної допомоги жителям Луганської області до та в період АТО - ООС	34
3.1	Характеристика системи охорони здоров'я Луганщини до початку воєнного конфлікту	34
3.2	Актуальні проблеми організації та надання медичної допомоги на КПВВ «станція-Луганська» в умовах проведення АТО - ООС	39
3.3	Можливості спеціалізованої медичної допомога в час ООС	49
3.4	Порівняльна характеристика надання медичної допомоги населенню до воєнного конфлікту та в умовах АТО – ООС	55
Висновки.....	67	
Список використаної літератури.....	69	

СКОРОЧЕННЯ

Скорочення	Розшифрування
АТО	Антитерористична організація
ОСС	Операція об'єднаних сил
КПВВ	Контрольний пункт в'їзду-виїзду
УВКПЛ	Управління Верховного комісара ООН з прав людини
ЄСПЛ	Європейського суду з прав людини
ДСНС	Державна служба надзвичайних ситуацій
ОДА	Обласна державна адміністрація
ЮНІСЕФ	Англ. United Nations Children's Fund, дитячий фонд ООН
МДБ	Медико-добровільний батальйон
ООН	Організація об'єднаних націй
МСД	Медико-санітарна допомога
ЕМД	Екстрена медична допомога
ЦЗ	Цивільний захист
НС	Надзвичайна ситуація
ЛЕЗ	лікувально-евакуаційного забезпечення
ВПО	Внутрішньо переміщені особи
ПБШ	Польовий багатопрофільний шпиталь
СМК	Сили медичного комплектування
ЄСПЛ	Європейський суд з прав людини
НАМН	Національної академії медичних наук України
ГУДСНС	Головне управління державної служби з надзвичайних ситуацій
ТФО	Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць
ТерГБ	Територіальна госпітальна база
ФАП	Фельдшерсько- акушерський пункт
ВЦА	Військово-цивільна адміністрація
НПУТ	Непідконтрольні Уряду України території
МКЧХ	Міжнародний Комітет Червоного Хреста
РUI	Première Urgence Internationale Міжнаціональна перша невідкладна

ВСТУП

Актуальність теми

Внаслідок збройної агресії з боку Російської Федерації, окрім питань реформування сектору оборони та національної безпеки, гостро постала проблема стратегічного планування дій держави в сфері захисту прав цивільного населення. Окупація частини територій, переміщення з них мирних жителів призвело не лише до порушень їх прав, а й втрат здоров'я, не кажучи про численні отримані ушкодження або й поранення.

Протягом останніх років у Луганській області відбулося значне погіршення соціально-економічного стану, що суттєво змінило ситуацію в усіх сферах суспільного життя людей. Наслідки збройного конфлікту торкнулися кожного з мешканців області.

В області спостерігалися такі негативні явища, як економічний занепад та зростання безробіття внаслідок закриття підприємств, розриву економічних зв'язків, фізичного знищення виробничих потужностей, руйнування житлового фонду, соціальної інфраструктури та систем життєзабезпечення, суттєвого погіршення стану фінансової, банківської сфери, транспортної інфраструктури, систем зв'язку, комунікацій тощо. Аналогічні проблеми виникли і у сфері медичної допомоги та охорони здоров'я. Рівень життя населення значно погіршився.

У наслідок конфлікту порушено систему управління регіоном, на відновлення якої були спрямовані заходи з вимушеної евакуації державних органів влади, медичних, освітніх і соціальних установ та налагодження їх роботи на нових місцях.

Для подолання кризових явищ в області було задіяно центральні органи державної влади та міжнародні співтовариства. Наразі система управління налагоджується, що відкриває нові перспективи для виконання стратегічних завдань розвитку – відновлення Луганщини, відбудови її виробничої та соціальної інфраструктури, інтеграції області до єдиного загальноукраїнського економічного, інформаційного, політичного та культурного простору.

Луганську обласну клінічну лікарню переведено в м. Сєвєродонецьк. В процесі оптимізовано мережу для надання медичної допомоги жителям Луганської області в умовах АТО та ООС. Адекватність надання медичної допомоги та її ефективність в нових умовах обумовили актуальність даної теми і спонукали до її дослідження.

Мета дослідження: На основі проміжних результатів аналізу оптимізації медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні та в умовах ООС розробити рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги населенню Луганської області.

Завдання дослідження:

Проаналізувати надання медичної допомоги жителям Луганської області до та в період ООС

Провести аналіз надання медичної допомоги жителям Луганської області на КПВВ «станція-Луганська» в умовах проведення АТО – ООС

Показати можливості спеціалізованої медичної допомоги в час ООС

Провести порівняльну характеристику надання медичної допомоги населенню до воєнного конфлікту та в умовах АТО – ООС

Розробити рекомендації щодо оптимізації надання медичної допомоги населенню в умовах ООС.

Об'єктом дослідження були потреби в медичній допомозі населення Луганської області.

Предметом дослідження були звітні дані Луганської обласної клінічної лікарні за період 2013-2019 років.

Наукова новизна. Автор вперше проаналізувала рівень забезпечення населення Луганської області за 2013-2018 роки через призму подій АТО та ООС. Провела аналіз отриманих результатів і визначила стратегічні напрямки розвитку служби медичної допомоги третинного рівня.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження допоможуть удосконалити систему медичної допомоги третинного рівня населенню Луганської області.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проведено аналіз діяльності Луганської обласної клінічної лікарні за період 2013-2019 років, систематизовано і проаналізовано їх результати. Автор самостійно виконала статистичну обробку результатів досліджень та внесла пропозиції щодо стратегічного розвитку медичної допомоги на даній території.

Оприлюднення результатів магістерської роботи. Основні положення і результати дослідження оприлюднені на конференції молодих вчених, що відбулась в м. Тернополі 13-15 квітня 2020р. XXIV міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених.

Статті:

1. Н.М. Стешенко, О.Н. Литвинова Актуальні проблеми організації та надання медичної допомоги на КПВВ «Станиця-Луганська» в Луганській області в умовах проведення АТО – ООС / Медсестринство. 2021.

2. Н.М. Стешенко, О.Н. Литвинова Проблеми організації та надання високоспеціалізованої медичної допомоги в умовах проведення АТО - ООС на території підконтрольній уряду Україні (Луганська область) /Медсестринство. 2021.

3. Н.М. Стешенко, О.Н. Литвинова Соціальні проблеми в умовах проведення АТО - ООС на території підконтрольній уряду Україні (Луганська область) Медсестринство. 2021.

Обсяг та структура магістерської роботи:

Магістерська робота викладена на 78 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури. Робота містить 4 таблиці, 13 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА В УМОВАХ ООС (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

В 2014 році Україна вперше після проголошення незалежності зіткнулася зі збройним конфліктом, але система охорони здоров'я країни та військові не були готові до ефективного забезпечення і захисту постраждалих людей. Громадяни України та армія виявилися втягнутими у збройний конфлікт на території власної держави з відкритими бойовими діями різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальними операціями, виявами сепаратизму, інформаційною війною та економічним протистоянням на регіональному та міжнародному рівнях.

1.1 Початок конфлікту. Гуманітарна ситуація.

Початком конфліктної ситуації на території Луганської області можна вважати квітень 2014 року, коли за участю Російської федерації було проголошено «державний суверенітет» ЛНР (Луганської народної республіки). Слідом за цією подією на територію області вторглися російські збройні загони. На початку квітня 2014 року проросійські сили суттєво загострили ситуацію і 6 квітня ними було захоплено будівлю СБУ в Луганську та перетворено її у катівню. З початку 2016 року в приміщенні починає функціонувати так зване Міністерство державної безпеки «ЛНР», яке й досі займає це приміщення [1].

Із розвитком конфлікту, неодноразово робилися заяви і оприлюднювалися докази на підтвердження причетності РФ до подальшої ескалації конфлікту [2]. Після появи загонів російських диверсантів у квітні на території України у Донецькій та Луганській областях, керівництво України поклало відповідальність за дестабілізацію ситуації і людські жертви на Російську Федерацію [3].

Заслуговує на увагу той факт, що частина українського суспільства прийняла точку зору, яка пропагувалася російськими ЗМІ та офіційними особами РФ на події у Криму та на Донбасі [4]. Вони, вслід за російськими

пропагандистами, звинувачували українське керівництво у розпаленні і веденні війни, і заперечували існування російської агресії щодо України [5].

Для глибшого розуміння гуманітарної та соціальної катастрофи на Луганщині наведемо дані СБУ про місця захоронення жертв бойовиків [6]. На карті видно місця, в яких розміщуються концтабори та місця масового поховання людей (див.рис.1.1). За результатами пошукових операцій, у місцях колишнього розташування польових таборів проросійських бойовиків виявлено велику кількість братських могил, тіла в яких з чіткими ознаками тортур. Частина небіжчиків неможливо ідентифікувати внаслідок нелюдського спотворення [7].



Рис.1.1 Карта захоронень жертв бойовиків на Сході України

Як свідчать дані Міжнародної правозахисної організації HumanRightsWatch (HRW), проти полонених бойовиками широко застосовуються жорстокі тортури, а з їх родичів за звільнення вимагаються грошові викупи. Ув'язненні активно використовуються на каторжних роботах з

будівництва фортифікаційних укріплень та вивезення майна підприємств України в Російську Федерацію[8].

Представниками ще однієї міжнародної правозахисної організації «AmnestyInternational» підтверджуються факти викрадень та катувань, позасудових страт бойовиками, здебільшого проукраїнського населення, українських бійців, а також активістів «ДНР» та «ЛНР», також фіксувалися випадки стрільби бойовиків по місцевих жителях[9].

Разом з тим неминучим стало і ускладнення соціальної ситуації. Складні соціально-побутові умови життя, не виплата пенсій та неможливість купити харчі через відсутність коштів призвели до того, що у листопаді 2014 року відбувалися виступи населення проти бойовиків з вимогою виплат пенсій та зарплат (Див.рис.1.2).



Рис.1.2 Соціальні бунти на Сході України

В основному в цих «голодних» протестах брали участь молоді матері, пенсіонери, жінки, які доглядають за дітьми чи немічними батьками на територіях, які сьогодні контролюються проросійськими бойовиками. Жінки з дітьми виходили вперед, бо були переконані, що в них проросійські бойовики не стрілятимуть [10,11,12,13].

В одному з лікувальних закладів Луганська за робочий день видають по склянці рису, багатьом медичним працівникам немає за що їздити на роботу[14]. Раніше Інформатор повідомляв, що в одній з лікарень Луганська зарплату видавали курячими крильцями. Також керівництво ДНР заявляло, що відмова України фінансувати на підконтрольній бойовикам території зарплати працівників бюджетної сфери та соціальні виплати незахищеним верствам населення позбавляє «народ Донбасу» медичного, комунального обслуговування, сфери освіти, культури та соціальної сфери.

Пізніше бойовики пообіцяли почати виплату пенсії у «Донецькій народній республіці» з 1 грудня 2014 року.[15]. У середині листопада 2014 року була оприлюднена інформація, що бойовики завозять обладнання для друку фальшивих гривень[16], а наприкінці місяця у «Луганській народній республіці» працівникам установ виплатили зарплатню у розмірі 150 гривень фальшивими купюрами.[17]

Починаючи з вересня 2014 року на підконтрольних проросійським військам територіях Донецької та Луганської областей України, розпочалися стихійні протести та акти непокори місцевих жителів, викликані масовим зубожінням населення та нестачею харчових продуктів. Люди вимагали від керівництва проросійських терористичних організацій «ЛНР» та «ДНР» виплат пенсій, соціальної допомоги і заробітних плат, а також припинення терору і мародерства. У відповідь проросійські злочинці запропонували мітингувальникам працювати безкоштовно, а за соціальними виплатами їхати на непідконтрольні проросійським бойовикам території України. Подавлення голодних бунтів здійснювалося незаконними озброєними формуваннями «ЛНР» та «ДНР» з використанням вогнепальної зброї [18,19,20].

Російська збройна агресія на сході України призвела до серйозних екологічних наслідків (Донецька і Луганська області) — це забруднення підземних вод, водойм, підтоплення площ і просідання ґрунту, забруднення атмосферного повітря, виведення з ладу значних масивів ріллі, знищення і псування об'єктів природно-заповідного фонду, лісові пожежі та ін.. [21].

У філії Луганського заповідника Трьохізбенський степ у західній частині об'єкту вигорів ліс на території 5 га [22]

У Луганському заповіднику знищено адміністрацію, в національному парку «Меотида», філії Луганського заповідника — Провальський степ, Станично-Луганський і філії Українського степового заповідника — Хомутовський степ адміністрація захоплена бойовиками. Ландшафтні парки Донецький кряж, Зуївський і Клебан-бик перестали існувати. Втрачений персонал, документи, устаткування цих природно-заповідних об'єктів. В результаті боїв на території відділення Українського степового заповідника "Крейдяна флора" сильно постраждало урочище Кучугури, де були влаштовані бліндажі, окопи і вогневі точки [23,24,25].

Тільки у Луганській області забрудненими водами затоплені близько 20 шахт, що веде до подальшого забруднення підземних вод. У районі боїв відбувається масове забруднення ґрунтів паливно-мастильними матеріалами, металевими осколками від снарядів і мін, а також збідненим ураном, який використовується для підвищення бронебійної здатності деяких боєприпасів. При подаванні води на окупованих бойовиками територіях нерідко не відбувається її дезінфекція активним хлором, що може стати причиною виникнення інфекцій [26,27,28,29].

Слід відмітити, що така руйнівна ситуація тривала роки. Деяке зрушення наступило 18 січня 2018 року, коли було ухвалено Закон про деокупацію Донбасу, що передбачало можливість завершення антитерористичної операції уведенням воєнного або надзвичайного стану, і переданням управління від СБУ, яка формально керувала АТО, до Об'єднаного оперативного штабу ЗСУ. [30] Закон був підписаний 20 лютого 2018 року.

22 лютого 2018 року, внаслідок підписання закону про деокупацію, Начальник Генерального штабу Збройних сил України Віктор Муженко повідомив, що триває зміна формату антитерористичної операції (АТО) на операцію Об'єднаних сил, яку очолить військове керівництво [31,32].

6 березня 2018 року під час брифінгу для преси офіцер Управління правового забезпечення Генерального штабу Збройних Сил України полковник юстиції Юрій Бобров повідомив, що Операція Об'єднаних Сил, проведення якої передбачається виконанням закону про деокупацію, розпочнеться лише після відповідного Указу Президента України — Верховного Головнокомандувача Збройних Сил України [33].

Попри численні факти участі Збройних сил РФ та докази причетності Росії до війни, офіційно Росія не визнає факту свого вторгнення в Україну, тому з українського боку війна розглядається як неоголошена [34].

До жахів воєнного стану на Луганщині добавилась проблема лісових пожеж. За оперативними даними ДСНС, станом на 2 жовтня 2020 року, внаслідок пожеж на території Луганської області загинуло 9 осіб, госпіталізовано 17, евакуйовано 150. За попередніми оцінками орієнтовна площа, охоплена вогнем, склала понад 13 тис га [35].

На сьогодні, офіс генерального прокурора підготував інформаційне повідомлення до Міжнародного кримінального суду в Гаазі щодо фактів обстрілів Російською Федерацією цивільних об'єктів на Луганщині [36].

Зафіксовано факти систематичного застосування РФ та підконтрольними їй незаконними збройними формуваннями озброєння невідбиркової дії, наслідки ураження яким непрогнозовані, та здійснення обстрілів цивільних об'єктів. У повідомленні йдеться про 34 факти невідбиркових обстрілів з боку окупанта. Такі дії ворога призвели до численних ушкоджень водогонів, гідротехнічних споруд, виробничих будівель та обладнання, перерв у водопостачанні та електроживленні у селищах Новотошківське, Вовчоярівка, Лоскутівка, Підлісне, Тошківка, Світличне, міст Гірське, Золоте та Попасна із загальною кількістю населення понад 40 тисяч осіб. В ОГП додали, що з 2014 року

встановлено понад 7 тисяч пошкоджених та зруйнованих об'єктів інфраструктури Луганської області.

Лише за останній рік задокументували 655 обстрілів з тимчасово окупованої території Луганської області, внаслідок яких пошкоджено 22 об'єкти цивільної інфраструктури, поранено 3 цивільних громадян та один загинув [36].

Гуманітарна криза на Луганщині продовжується і це безпосередньо відбивається на системі охорони здоров'я та наданні медичної допомоги як цивільним громадянам, переміщеним особам та військовим.

1.2 Соціальні проблеми в умовах конфлікту.

Агресія Росії проти України оголила ряд серйозних економічних та соціальних проблем і одночасно стала причинами формування соціально-економічних загроз, що переросли в надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру [37].

Виникнення та розвиток конфлікту на сході України зумовило невпинне погіршення економічних показників розвитку Донецької та Луганської областей, яке супроводжується також втратою частини активів. За даними Мінрегіону [38], лише за пів року збройного конфлікту, станом на 1 листопада 2014 року у Донецькій та Луганській областях пошкоджено або зруйновано 227 об'єктів освіти, 48 – охорони здоров'я, 56 – культурного і спортивного призначення, 91 – адміністративні будівлі, 14 об'єктів торгівлі та 132 промислових об'єкта на загальну суму 5 млрд 788 млн гривень. Без житла залишилось понад 710 тис. осіб. У Луганській області зруйновано та пошкоджено близько 690 житлових будинків. В результаті лише за цей період, загальна сума економічних втрат України через бойові дії на Донбасі склала понад 30 млрд. грн [39].

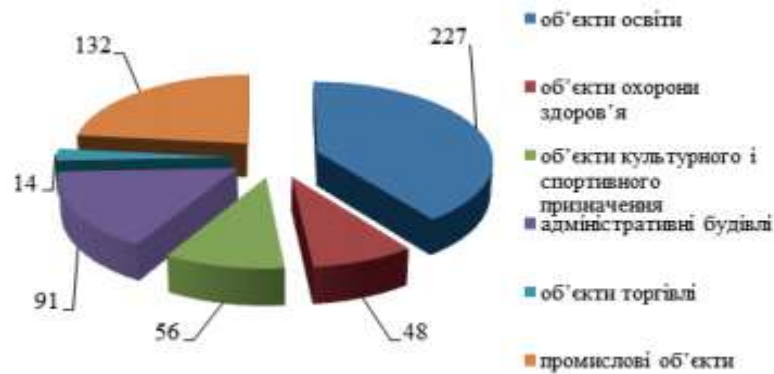


Рис.1.2.1 Кількість зруйнованих або пошкоджених об'єктів у Донецькій та Луганській областях станом на 01.11.2014 [39]

Проведення бойових дій на сході країни, крім економічних породило також низку соціальних і гуманітарних проблем. По-перше, поява в Україні категорії внутрішньо переміщених осіб, кількість яких за 275,3 тис осіб, які вимушено покинули свої домівки через збройну агресію Російської Федерації. За даними інформації про стан виконання Плану заходів з реалізації в Луганській області Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року (за III 2019 року) із зареєстрованих ВПО 72% пенсіонери, 8% діти, 3% інваліди та 11% особи працездатного віку і 2% тих, хто потребує працевлаштування. [40].

Проте офіційна статистика не відображає реальних масштабів переселення, оскільки частина громадян покидає зону бойових дій самостійно (переїзд до родичів, знайомих, тощо без проходження реєстрації).

Характерним відображенням нинішньої ситуації є зменшення розмірів доходів населення з усіма витікаючими із цього наслідками.

Конфлікт продовжує порушувати звичне життя цивільного населення і спричиняти загибель, поранення і руйнування. Періодичні сплески та спади у кількості загиблих і поранених серед цивільного населення відображають нестабільну ситуацію та стійку атмосферу незахищеності й тривоги, якими характеризується життя цивільних осіб по обидва боки від лінії зіткнення. За період з 16 травня до 15 серпня 2018 року Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини (УВКПЛ) зафіксувало на сході

України 105 жертв серед цивільного населення (12 загиблих і 93 поранених), що на 30 відсотків більше порівняно з попереднім звітним періодом. Більшість із цих інцидентів припала на період із середини травня до кінця червня. 50 відсотків жертв були спричинені обстрілами або вогнем із легких озброєнь, причому більшість з них була зафіксована на території, яка контролюється озброєними групами, і може бути спричинена діями Уряду.



Рис.1.2.2 Структура причин жертв серед цивільного населення

Після 1 липня, коли набрало чинності «хлібне перемир'я», чисельність жертв серед цивільного населення значно скоротилася, демонструючи важливість узгоджених зусиль із забезпечення стійкого припинення вогню [41].

Особливо негативна ситуація склалася для пенсіонерів. У першій половині звітної періоду Уряд продовжив припиняти велику кількість пенсійних виплат [42]. Ця тенденція з'явилася після того, як у червні 2016 року Уряд запровадив процедуру, що вимагала проведення перевірки місця проживання пенсіонерів-ВПО. За період із квітня до червня 2018 року кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які отримують пенсію, скоротилося на 15 відсотків, з приблизно 562 тис. до 477 тис. У липні 2018 року Кабінет Міністрів прийняв Постанову № 548, згідно з якою частота проведення банками перевірок пенсіонерів внутрішньопереміщених осіб (ВПО) знов зросла з одного до двох раз на рік. Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини (УВКПЛ) застерігає, що вимога щодо перевірки ВПО кожні шість місяців буде пов'язана з ризиком зіткнутися з проблемами щодо захисту, тому що цим особам дедалі частіше необхідно буде перетинати лінію зіткнення [41]. Ця нова вимога додається до вже існуючих обмежень для пенсіонерів ВПО, які ризикують втратити реєстрацію ВПО і як наслідок доступ

до пенсій, якщо вони перебуватимуть на території, що контролюються озброєними групами, не виїжджаючи довше ніж 60 днів або 90 днів за виняткових обставинах [42].

3 травня 2018 р. Верховний Суд постановив, що припинення виплати пенсії ВПО згідно з Постановою Кабінету Міністрів № 365 становить неправомірне втручання у право власності [41].

Поки створення нової системи очікується, виконання постанови суду ще не забезпечено, особливо щодо перевірки місця проживання ВПО для визначення права на пенсії та соціальну допомогу.

Незважаючи на обмеження свободи пересування, велика кількість людей продовжує здійснювати небезпечну подорож через лінію зіткнення: у травні було зафіксовано 1142300 перетинів, у червні – 1189300, у липні - 128910043. У порівнянні з попереднім звітним періодом середньоденна кількість перетинів лінії зіткнення збільшилася на 5 тис. і досягла 39000 [41]. Таке збільшення, ймовірно, зумовлене поїздками пенсіонерів на контрольовану Урядом територію, для отримання пенсій, виплата яких раніше була призупинена.

УВКПЛ продовжує висловлювати стурбованість тим, що особи, які перетинають лінію зіткнення, а це переважно літні люди та люди з медичними проблемами, наражаються на підвищені ризики смерті через стан здоров'я і небезпеку. Упродовж звітного періоду люди, які перетинають лінію зіткнення, зазнавали впливу високих літніх температур, не маючи при цьому доступу до належних санітарних споруд або медичних установ.

Проблема ВПО полягає ще й у тому, що на національному рівні поки відсутній механізм компенсації шкоди за втрачене майно на окупованій території. Люди вимушені поневірятися по судах, які найчастіше виносять рішення не на їх користь. Відшкодування можливо вимагати у країни-агресора за допомогою міжнародної інстанції – Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ) [43]

Управління ДСНС у Луганській області повідомило УВКПЛ, що за період із 1 травня до 1 серпня по медичну допомогу звернулися 8847 осіб (у тому числі 414 дітей та 1162 особи з інвалідністю), що більше, ніж у попередні місяці.

УВКПЛ не змогла отримати повні статистичні дані щодо кількості осіб, які звернулися по медичну допомогу, на тій стороні КПВВ, яка контролюється озброєними групами. 17 травня 2018 р. померла жінка 77 років, 30 травня 2018 р. – чоловік 71 року (відразу після перетину), а 19 липня 2018 р. – чоловік 79 років. 27 червня 2018 р. від серцевого нападу, стоячи у черзі на КПВВ «Майорське», помер чоловік 79 років. 11 серпня 2018 р. двоє чоловіків віком 50-60 років померли, намагаючись перетнути лінію зіткнення: одному стало погано в автобусі, який їхав через КПВВ «Мар'їнка», і він помер невдовзі після того, як вийшов з автобусу; другий помер, стоячи у черзі на цьому ж КПВВ [41].

Однією з найуразливіших проблем є проблеми дітей, які страждають на територіях конфліктних дій. Статус “дитини, постраждалої внаслідок збройної агресії і військових дій” був запроваджений за кілька років після початку конфлікту на Сході. Але він нічого у житті дітей не змінює. Із заяв представників Міністерства соціальної політики відомо: чиновники хотіли провести загальну оцінку кількості пільговиків, і потім визначити обсяг допомоги від держави, але конкретних термінів ніхто не називав [44].

Були спроби прирівняти дітей, які мають такий статус до дітей Другої світової, але щось пішло не так у наших законодавців, і діти залишилися соціально незахищеними – без надання додаткових пільг чи гарантій. Лише, можливо, десь на місцевому рівні можуть претендувати на адресну допомогу – приміром, безкоштовне харчування у школі.

За офіційними даними, оприлюдненими Донецькою ОДА у серпні 2020 року, в Україні лише 20% від загальної кількості дітей-переселенців отримали статус постраждалих внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів – 39 тисяч. У Дитячому Фонді ЮНІСЕФ говорять, в Україні понад 400 тисяч продовжують зазнавати серйозних ризиків для фізичного здоров'я і психологічного благополуччя через конфлікт на сході України. Діти різного віку зростають в умовах безперервного конфлікту і мають психологічні травми і потребують постійної підтримки психологів. Однак досі не існує реального механізму, який би захищав таких дітей згідно норм міжнародного гуманітарного права [45].

На території, яка контролюється «Луганською народною республікою», озброєні групи продовжували практику «превентивного арешту» на строк 30 діб, упродовж якого осіб тримають без зв'язку з зовнішнім світом, не дозволяючи їм спілкуватися з адвокатами, а родичі не мають інформації про їхнє місцезнаходження. Така практика, що може бути рівносильна насильницькому зникненню, викликає серйозне занепокоєння щодо поводження з затриманими та умов тримання під вартою. Упродовж звітнього періоду УВКПЛ отримала інформацію про осіб, яких тримали під вартою в порядку «превентивного арешту» від 30 до 64 діб у «міністерстві внутрішніх справ» та «МДБ» [41]

З початку збройної агресії Російської Федерації проти України на Донбасі, за даними ООН загинули 3350 мирних жителів.

За словами глави місії Організації Об'єднаних Націй з прав людини на Україні Матильди Богнер, понад 7 тисяч цивільних зазнали поранень. [46].

1.3 Організація медичної допомоги в умовах конфлікту.

Питання надання медичної допомоги в умовах воєнного конфлікту набуває особливо гострого значення. Виникає необхідність надання медичної допомоги не лише військовим, а й мирному населенню. При чому мирному населенню потрібна допомога по обидві сторони барикад і внутрішньо переміщеним особам зокрема.

1.3.1 Нормативне регулювання надання медичної допомоги. Питання охорони здоров'я в Україні, як пріоритетне, оговорено ст. 49 Конституції України «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності» [47]. Питання щодо безоплатності медичної допомоги сьогодні стоїть дещо інакше через

проведення реформи охорони здоров'я, в результаті чого державні та комунальні заклади охорони здоров'я стали самостійними некомерційними підприємствами [48]. Як наслідок, послідували зміни до Господарського Кодексу України, де у статті 76 (частина перша) йдеться, що казенні підприємства створюються у галузях економіки, в яких здійснюється медичне обслуговування населення [49].

Реалізація права на здоров'я не можлива без реалізації права на життя... При цьому, згідно зі сталою практикою ЄСПЛ це право вважається порушеним не лише у разі позбавлення життя, але і при серйозних пошкодженнях організму людини, які не спричинили її смерть, але представляли серйозну загрозу її життю. Держава повинна не лише утримуватися від умисного позбавлення людини життя, але й дотримуватися позитивного зобов'язання захищати життя людини від посягань третіх осіб або від ризику хвороби, яка може спричинити смерть. Відповідно до ст. 2 Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. «Право кожного на життя охороняється законом» [50].

Саме норми міжнародного та національного характеру становлять основу нормативно-правового регулювання медичної допомоги в Україні. Основним документом на який спирається побудова охорони здоров'я в Україні є Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [51]. Реформування системи охорони здоров'я базується на кардинальній зміні її фінансування і регламентується Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [52].

Функції реалізації медичної реформи Кабінет Міністрів України (КМУ) поклав на новостворену ним Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Даний орган виступає центральним органом виконавчої влади і має головним завданням реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій надання медичної допомоги населенню [53]. НСЗУ виконує функції єдиного національного платника або закупівельника медичних послуг та лікарських засобів у країні та укладає договори з медичними закладами для надання медичних послуг за програмою державних медичних гарантій [53].

Закон, який визначив особливості взаємодії різних органів влади, місцевого самоврядування та об'єднаних територіальних громад з метою забезпечення доступності та якості медичної допомоги жителям міст (крім Києва та міст обласного значення), сіл та селищ – це Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [54].

Для повнішого висвітлення питань нашої теми, щодо медичної допомоги в зоні військового конфлікту на Луганщині, слід відмітити види медичної допомоги, які використовуються в Україні, відповідно до чинного законодавства. Тож, медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну допомогу та медичну реабілітацію. Окремо, що важливо для даної досліджуваної ситуації, виділяють домедичну допомогу [51].

Гарантований обсяг медичної допомоги фінансується НСЗУ за програмою медичних гарантій [52].

Домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи. Ще цей вид допомоги називають «долікарською», оскільки її надають особи, які не мають медичної освіти, але володіють базовими прийомами рятування людей в кризових для життя і здоров'я ситуаціях. Домедична допомога розпочинається із зобов'язання будь-якої особи, яка виявила людину у невідкладному стані, викликати службу ЕМД або повідомити про виявлену людину у невідкладному стані та про місце події працівникам найближчого закладу охорони здоров'я чи будь-якій особі, яка зобов'язана надавати домедичну допомогу та перебуває поблизу місця події, згідно зі ст. 3 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [55]. До комплексу заходів домедичної допомоги

входять такі дії, як зупинка кровотечі, накладення пов'язки на рану, штучне дихання, масаж серця (в тому числі із застосуванням дефібрилятора) та інше, зважаючи на обставини. Міністерство охорони здоров'я розробило і затвердило 29 порядків надання домедичної допомоги в таких ситуаціях: раптової зупинки серця, серцевого нападу, при підозрі на пошкодження хребта, травму голови, інсульт, перелом кінцівок, отруєння, при опіках, переохолодженні/відмороженні, перегріванні, укусах тварин та комах, судомах, втраті свідомості та інших випадках.

З 1 квітня 2020 року екстрена медична допомога надається за новими принципами в межах долучення до чергового етапу реформи галузі медичної допомоги в Україні. КМУ прийняв розпорядження, яким схвалив «Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги» (надалі – Концепція), яка описує основні проблеми галузі та визначає кроки для їх розв'язання [56].

Для територій, де сьогодні населення зазнає впливу військової агресії з боку Російської Федерації, статистично значуще зростання показників виживання серед пацієнтів екстреної медичної допомоги досягається лише у разі, коли пацієнти можуть розраховувати на початок такої допомоги не пізніше ніж через 4 хвилини після настання екстреної ситуації. Настільки ранній доступ можливий лише у разі надання ефективної першої допомоги та забезпечення базової підтримки життя безпосередніми свідками на місці події. Хоча такі особи не можуть замінити професійних медичних працівників, вони можуть допомогти підтримати життя до прибуття професіоналів [56].

Враховуючи проблеми з наданням медичної допомоги на згаданих територіях, та з метою вчасного реагування на потреби надання екстреної та спеціалізованої медичної допомоги цивільному населенню, військовослужбовцям та працівникам правоохоронних органів у районі здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях Міністерство охорони здоров'я України 27.04.2018 видало Наказ № 814 «Про організацію направлення медичних працівників, що добровільно виявили бажання надати медичну допомогу у районі здійснення заходів із

забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях» [57].

1.3.2 Реалії організації медичної допомоги в умовах військового конфлікту. Але слід відмітити, що таке регламентування в умовах агресії щодо місцевого населення на територіях збройного конфлікту не працює в повній мірі.

І. В. Кочін, Е. В. Хандога у своїй статті «Організація надання медико-санітарної допомоги населенню в умовах надзвичайної ситуації воєнного характеру» звертають увагу на той момент, що сучасні локальні війни та збройні конфлікти створюють специфічні умови для медико-санітарного забезпечення населення та особливості надання ЕМД, а застосування сучасної зброї в локальних війнах та збройних конфліктах спричиняє масові медико-санітарні втрати серед населення [58]. Також вони звертають увагу на те, що населення зони бойових дій та локальних воєнних конфліктів має особливі потреби у життєзабезпеченні та медичній допомозі. За наявності великої кількості біженців унаслідок бойових дій з метою наближення та забезпечення медичною допомогою на території таборів біженців треба створювати медичні пункти, пересувні амбулаторії та секвестрований склад відділень мобільних медичних формувань, а недоліком системи керівництва центрального органу охорони здоров'я України і служби медицини катастроф є відсутність розроблених теоретико-методологічних та медичних вказівок, конкретних правил та алгоритмів професійно досконалої діяльності медичних бригад в умовах локальних війн і збройних конфліктів [58].

Удосконалення озброєнь, широке використання мінно-вибухових засобів у локальних війнах і збройних конфліктах викликають появу масових медико-санітарних втрат серед населення, що характеризуються високим рівнем поранень, загибелі та тяжкості наслідків.

Так, за опублікованими даними, в результаті авіаційних бомбардувань Югославії співвідношення втрат серед військовослужбовців і цивільного населення становило 1 : 15. Тому організація медичного забезпечення й інтенсивність надання ЕМД населенню в умовах сучасної війни буде значною

мірою залежати від характеру, масштабу воєнних дій і виду застосованих противником засобів ураження [59].

Найважливіші фактори, що визначають особливості медичного забезпечення населення при НС воєнного характеру, такі:

а) можливість виникнення в стислий проміжок часу масових медико-санітарних втрат, у структурі яких будуть переважати тяжкі та комбіновані форми ураження;

б) небезпека застосування ймовірним противником нових видів зброї, характер впливу яких на людину і методи надання ЕМД при їх застосуванні можуть виявитися невідомими для медичного персоналу;

в) невідповідність між потребою в ЕМД населення в осередку ураження та можливостями місцевих закладів охорони здоров'я щодо її надання;

г) небезпека забруднення території радіоактивними й отруйними речовинами та зараження бактеріальними патогенами при застосуванні противником зброї масового ураження або внаслідок навмисного руйнування ним потенційно небезпечних об'єктів (ПНО), нанесення по них прицільних артилерійських і ракетно-бомбових ударів, скоєння диверсійних і терористичних актів;

г) нестійкий санітарно-епідемічний стан в осередках ураження, на шляхах евакуації та в районах розміщення евакуйованого населення та біженців.

Важливу роль у медичному забезпеченні населення при НС мирного і воєнного часу покликані відіграти медичні підрозділи і частини військ цивільного захисту (ЦЗ). Створюване відповідно до положень військової доктрини угруповання медичних сил ЦЗ має бути готове здійснювати медичне забезпечення рятувальних операцій в осередках ураження в будь-яких умовах обстановки, при різних варіантах воєнних дій і застосування ймовірним супротивником усіляких видів сучасної зброї. Це можливо лише за наявності чітко розроблених організаційних основ побудови сучасної системи медичного забезпечення населення в НС мирного і воєнного часу [60].

В умовах війни з застосуванням сучасних засобів збройної боротьби, включаючи зброю масового ураження, внаслідок знищення закладів охорони

здоров'я, запасів медичного майна та втрат серед медичного персоналу, як правило, буде відсутня можливість надання постраждалим МСД і, особливо, ЕМД у повному обсязі в зоні бойових дій [61]. З цієї причини з метою надання повноцінної ЕМД ураженому населенню та здійснення шпитального лікування планується його евакуація в лікувально-профілактичні установи лікарняної бази, розгорнутої поза зоною бойових дій. Для вирішення цього завдання розроблено систему лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) ураженого населення.

У даний час діє ухвалена система дошпитального та шпитального ЛЕЗ уражених з евакуацією за призначенням. У першому періоді (дошпитальному) ЕМД надають медичні підрозділи частин військ ЦЗ, а також лікувально-профілактичні установи, що збереглися в зоні виникнення бойових дій. У другому періоді кваліфіковану, спеціалізовану та високоспеціалізовану ЕМД надають шпиталі лікарняної бази [62]. Разом із тим фахівці військово-медичної служби, які мають великий особистий досвід участі в локальних війнах останніх десятиліть, відзначають, що система ЛЕЗ, види і обсяги медичної допомоги на етапах медичної евакуації не розроблені для їх застосування в умовах локальних війн. У світлі цього здібності керівників відповідних ланок служби медицини катастроф обрати найбільш оптимальний для уражених, соціально, медично та економічно ефективний для служби варіант організації та надання ЛЕЗ потрібно вважати основним показником їх професійної кваліфікації.

Останніми роками загально визнаною стає необхідність скорочення часу надання кваліфікованої та спеціалізованої ЕМД постраждалим, оскільки в структурі медико-санітарних втрат від сучасної бойової травми значну питому вагу становлять тяжкі поєднані та множинні поранення. За досвідом медичного забезпечення військ під час першої військової кампанії в Чечні, частка поранених із поєднаними та множинними пораненнями становила понад 30 % від кількості медико-санітарних втрат пораненими, близько 10 % становили тяжкі й у край тяжкі поранення [63]. В умовах локальних війн і збройних конфліктів наближення ЕМД до постраждалих залежно від конкретної ситуації

забезпечувалось як за рахунок їх ранньої евакуації повітряним транспортом безпосередньо з району втрат, так і шляхом розгортання польових медичних формувань поблизу зони бойових дій із подальшою евакуацією поранених і хворих повітряним шляхом до тилових шпиталів.

Актуальним є також питання про склад угруповання сил і засобів, призначених для медичного забезпечення ураженого населення в сучасних війнах. Маючи на увазі той факт, що при локальних війнах і збройних конфліктах, як правило, воєнне положення не оголошують і загальну мобілізацію не проводять, то в цих умовах найбільш доцільний варіант створення угруповання медичних сил і засобів — включення до їх складу добре оснащених і підготовлених формувань і установ СМК, Міноборони, інших міністерств і відомств [58]. У цьому випадку для надання ЕМД ураженому населенню можуть бути залучені бригади долікарської допомоги, лікарсько-сестринські бригади, бригади спеціалізованої медичної допомоги, польовий багатопрофільний шпиталь (ПБШ), медичні загони спеціального призначення Міноборони, санітарно-епідеміологічні загони та інші формування СМК. Наявність у медичного персоналу СМК статусу рятувальника має забезпечувати медичним працівникам соціальні та юридичні гарантії у випадку тимчасової або стійкої втрати працездатності при виконанні службових обов'язків в зоні воєнних дій. При цьому найважливішою умовою їх ефективної професійної роботи має бути організація міжвідомчої взаємодії задіяних медичних сил і засобів з організації медичного забезпечення ураженого населення [58].

Під час війн і збройних конфліктів поряд із втратами серед цивільного населення в осередках ураження неминуче з'являється і проблема життєзабезпечення населення, постраждалого при веденні бойових дій або внаслідок цих дій. До постраждалих зараховують уражених та тих, які зазнали матеріальних збитків або моральної шкоди. Медичне та санітарно-епідеміологічне забезпечення — важлива складова частина першочергових видів життєзабезпечення постраждалого населення в зонах НС воєнного характеру поряд із задоволенням мінімально необхідних потреб у воді,

продуктах харчування, житлі, предметах першої необхідності, інформаційному, транспортному та комунально-побутовому обслуговуванні.

Медичне та санітарно-епідеміологічне забезпечення постраждалого населення в зоні НС воєнного характеру на думку І.В. Кочіна [58] має включати такі заходи:

- а) надання медичної допомоги;
- б) евакуацію уражених до шпиталів;
- в) забезпечення населення найбільш необхідними медикаментами та медичним майном;
- г) виконання санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Досвід організації МСД населенню в локальних збройних конфліктах свідчить про те, що при неієздатності місцевих органів охорони здоров'я організацію та проведення заходів щодо медичного забезпечення постраждалого населення доцільно покласти на органи оперативного управління, сили і засоби СМК. У цих умовах значно зростає роль організації взаємодії медичних служб з органами управління та спеціальними підрозділами Державної служби України з надзвичайних ситуацій, призначеними для вирішення завдань з організації пошуку, порятунку та першочергового життєзабезпечення постраждалого населення [58].

1.3.3 Організація спеціалізованої медичної допомоги в умовах конфлікту мирним жителям та військовим

З моменту оголошення Президентом України рішення про проведення антитерористичної операції на території Донецької та Луганської областей медичне забезпечення особового складу Збройних Сил України та особового складу угруповання військ (сил), які залучені до виконання заходів АТО, здійснюється в загальній системі медичного забезпечення військ (сил) штатними силами та засобами медичної служби військових частин, військових мобільних госпіталів, військових госпіталів, військово-медичних клінічних центрів регіонів за територіальним принципом з використанням розгорнутих лікувальних закладів МОЗ України [64]

Залучення цивільних закладів охорони здоров'я для лікування поранених і хворих військовослужбовців визначено відповідною урядовою постановою, яка передбачає створення територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України і має на меті компенсувати потреби військ у спеціалізованій та високоспеціалізованій медичній допомозі [65].

Незважаючи на те, що рішення про формування територіальних госпітальних баз під час антитерористичної операції на Сході України не приймалося, в районах її проведення та наближених до них відбулося спонтанне, проте доволі організоване включення до системи надання медичної допомоги пораненим 17 центральних районних лікарень, Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені І. І. Мечнікова та клінічних закладів Національної академії медичних наук (НАМН) України [66]. За інформацією МОЗ України, за час АТО в зазначених цивільних закладах охорони здоров'я надано медичну допомогу близько 5 тисячам поранених і понад 30 тисячам хворих військовослужбовців. Таким чином, можна зробити висновок, що в зоні проведення АТО на принципах єдиного медичного простору сформувалася територіальна система медичного забезпечення військ, до складу якої увійшли медичні підрозділи військових частин і з'єднань ЗС України та інших військових формувань, а також військові та цивільні заклади охорони здоров'я, і яка позитивно зарекомендувала себе в умовах реального збройного конфлікту.

Зважаючи на те, що у воєнний час жодна військово-медична служба не в змозі самотійно забезпечити надання медичної допомоги та лікування великої кількості поранених, вирішення зазначеної проблеми лежить у площині нормативно-правового врегулювання порядку залучення для цього цивільних закладів охорони здоров'я, а з огляду на порядок і реальний стан їх фінансування – компенсації фактичних витрат на зазначені потреби. Досвід АТО підтверджує, що це можливо за умови формування єдиного медичного простору держави. Єдиний медичний простір держави – це спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності, розташованих на визначеній території, щодо надання визначених видів медичної допомоги громадянам України [67]. У нинішніх умовах, під час

захисту суверенітету і територіальної цілісності України, він має стати основою гарантованого забезпечення державою поранених військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань усіма видами медичної допомоги від поля бою і до повної реабілітації. Зважаючи на зазначене, з метою вирішення проблем медичного забезпечення військовослужбовців, які беруть участь в АТО на Сході України, зокрема щодо надання пораненим спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, а також нормативно-правового врегулювання їх лікування в цивільних закладах охорони здоров'я в МО України разом з фахівцями МОЗ України та НАМН України опрацьовано проект відповідної постанови Кабінету Міністрів України. Постановою передбачається утворення тимчасових функціональних об'єднань закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць (ТФО) для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим шляхом створення резерву профільних ліжок у найбільш потужних цивільних закладах охорони здоров'я. Таким чином, ТФО – це група закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, розташованих на території адміністративно територіальної одиниці, що виділяють резерв профільних ліжок (до 30% від загальної ліжкової місткості) для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим військовослужбовцям ЗС України та інших військових формувань, їх лікування та реабілітації. Вони утворюватимуться обласними державними адміністраціями разом з органами місцевого самоврядування за погодженням з МОЗ України і МО України на базі закладів охорони здоров'я, визначених Кабінетом Міністрів України. Надання медичної допомоги та лікування поранених здійснюватиметься штатним медичним персоналом на базі закладів охорони здоров'я, що входять до складу ТФО. Основними завданнями ТФО мають стати прийом, реєстрація та статистичний облік поранених, що надходять, надання їм своєчасної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, лікування та проведення медичної та фізичної реабілітації. Для управління ТФО передбачається створити в структурних підрозділах з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій групи, які мають очолити заступники їх

керівників. Склад груп управління визначатиметься керівниками обласних державних адміністрацій за погодженням з МОЗ України та МО України. Для забезпечення ефективної взаємодії ТФО з військово-медичними службами МО України направлятиме до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я визначених обласних державних адміністрацій представників від органів управління медичним забезпеченням. Загальне керівництво ТФО здійснюватиметься МОЗ України разом з МО України [68].

Головними завданнями ТерГБ у воєнний час є надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація поза межами збройного конфлікту, а в мирний час – у випадку введення надзвичайного стану, пов'язаного із виникненням надзвичайної ситуації природного або техногенного характеру. ТерГБ у воєнний час займають крайнє положення в системі лікувально-евакуаційних заходів, куди направляються поранені та хворі, які потребують тривалого лікування або є неперспективними до подальшого повернення на військову службу. Надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців у ТерГБ здійснюється відповідно до стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів, встановлених МОЗ України [69]. Військово-лікарська експертиза поранених і хворих військовослужбовців проводиться після завершення лікування відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи» [70]. Після завершення лікування в ТерГБ військовослужбовці повертаються до військових частин або звільняються з військової служби.

Таким чином, у зоні проведення АТО в т.ч. на території Луганської області, на засадах єдиного медичного простору сформувалася територіальна система надання медичної допомоги пораненим, яка функціонально об'єднала медичні підрозділи військових частин і з'єднань, військові та цивільні заклади охорони здоров'я. Особливості діяльності зазначеної системи покладено в основу опрацювання нового механізму залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання пораненим (хворим) військовослужбовцям спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, який передбачає

використання для зазначених цілей лише частини їх ліжкового фонду. Прийняття розпорядження Кабінету Міністрів України «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції» [71] щодо використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців шляхом створення Тимчасових функціональних об'єднань є раціональним, економічно вигідним, доцільним і перспективним для формування системи медичного забезпечення військ в особливий період.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Модель дослідження нашого дослідження подає загальний алгоритм дій, якими ми користувалися при здійсненні дослідження.

1. Постановка проблеми. Природно, що проблема дослідження є його вихідним пунктом і сутністю. У нашому дослідженні це опис проблем надання медичної допомоги жителям Луганської області в умовах ООС.

2. Ознайомлення з раніше опублікованими дослідженнями й літературою на дану тему.

3. Висування гіпотези. Проблема дослідження повинна піддаватися експериментуванню й перевірці. Для цього необхідне придатне до перевірки твердження, що спочатку визначає взаємозв'язок змінних. Отже, гіпотеза - це науково обґрунтоване припущення по суті досліджуваної проблеми. У нас воно вилилось у аналізі річних звітів діяльності Луганської обласної клінічної лікарні.

4. Вибір методу збору інформації й аналізу даних.

5. Безпосередній збір інформації.

6. Обробка матеріалу, аналіз результатів. Властиво дослідницька робота: з'єднання, класифікація, порівняння й статистична перевірка інформації, складання таблиць за отриманим даними й т.п. для перевірки, спростування або підтвердження висунутої гіпотези й для знаходження відповідей на поставлені питання.

7. Висновки. Подання результатів дослідження, оцінка виконання завдання дослідження, обґрунтування теоретичного й практичного значення отриманих результатів; визначення в першому наближенні перспективних досліджень, що впливають із результатів даного, і т.п.

Для вирішення поставлених завдань задля досягнення мети роботи нами була розроблена програма дослідження, яка складається з двох розділів: методологічного і методичного, які пов'язані між собою і підпорядковані загальному задуму наукового пошуку.

Методологічна частина програми включає чітке визначення проблеми дослідження, переведення її у тему; формулювання мети та основних завдань дослідження; визначення та аналіз об'єкта та предмета дослідження; висунення гіпотез; виділення основних понять, та їхню інтерпретацію.

В першу чергу програма складалась із таких елементів:

1. аналіз соціальної проблеми (преамбула дослідження) та формулювання теми дослідження;
2. визначення мети дослідження та його основних завдань;
3. визначення об'єкта і предмета дослідження;
4. інтерпретація найважливіших понять;
5. формулювання гіпотез дослідження.

Для подальшого дослідження ми використовували діалектичний метод. Цим методом ми визначали шляхи наукового дослідження, що дало нам змогу дослідити всі явища у взаємозв'язку, взаємообумовленості та динамічному розвитку.

Також ми використовували загальнонаукові та спеціальні методи дослідження. Із загальнонаукових методів дослідження ми застосовували емпіричні, емпірико-теоретичні та теоретичні методи.

Емпіричні методи пов'язані з чуттєвим знанням дослідника, і теоретичні, пов'язані з науковим знанням теорії (через вивчення теоретичних надбань у сфері реформування системи охорони здоров'я). З них ми застосовували спостереження, порівняння, та вимірювання.

Спостереження — це систематичне і цілеспрямоване сприйняття об'єкта, де дослідник не втручається в поведінку об'єкта, а фіксує його властивості – у нашому дослідженні – це перерозподіл навантаження на відділення обласного клінічного закладу.

Порівняння — це встановлення подібностей чи розбіжностей об'єктів та властивостей, що здійснюється як за допомогою органів чуття, так і з використанням спеціальних пристроїв. Ми порівнювали забезпеченість медичною допомогою та інші показники діяльності обласного клінічного закладу за ряд років.

Під вимірюванням розуміють визначення числового значення певної величини за допомогою одиниць виміру шляхом порівняння її з еталоном. Цей метод ми застосовували при аналізі статистичних даних.

Із емпірико-теоретичних методів ми використовували: абстрагування; аналіз і синтез; індукцію і дедукцію; історичний і логічний підходи.

Під абстрагуванням розуміють відхилення несуттєвих думок, властивостей, зв'язків і відносин реальних об'єктів і, одночасно, виділення однієї з декількох сторін. Розрізняють такі види абстрагування: ототожнювання, ізолювання, конструктивізація.

Аналіз і синтез — комплексний метод дослідження, що ґрунтується на послідовному розчленуванні об'єкта на елементи чи властивості (аналіз) та з'єднанні окремих його частин в єдине ціле (синтез).

Індукція і дедукція спрямовує процес пізнання від окремого до загального (індукція) і від загального до конкретного (дедукція).

Історичний і логічний підходи ми використовували комплексно для дослідження історії об'єкта та явища та виділення суті процесу їх розвитку.

Із теоретичних методів наукових досліджень ми застосовували узагальнюючі (сходження від абстрактного до конкретного; ідеалізація та аксіоматичний метод), а з часткових – визначення та опис.

Застосовували ми ці методи для співставлення теорії як абстрактного опису і практики як конкретного опису об'єкта дослідження та відповідно формулювання в результаті цього висновків.

Ідеалізація — це вид абстрагуючої діяльності, пов'язаний з утворенням і вивченням ідеальних об'єктів, що наділяються нереальними, неіснуючими властивостями. Ми використали цей метод при побудові оптимізованої моделі забезпечення медичною допомогою жителів Луганської області медичною допомогою третинного рівня.

Для цієї ж мети ми використали аксіоматичний метод, який передбачає виділення знань за певними логічними правилами, виходячи з ряду тверджень, що приймаються без доказів. Описом є фіксація результатів дослідження на основі певної системи визначень.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖИТЕЛЯМ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ТА В ПЕРІОД АТО - ООС

Аналіз надання медичної допомоги в Луганській області структурно представляє собою опис проблем та можливостей системи медичної допомоги в різні періоди часу, зокрема до 2014 року, в період АТО та спеціалізованої допомоги в період ООС. В поточній частині дана порівняльна характеристика системи медичної допомоги до початку воєнного конфлікту та на даний момент його продовження.

3.1 Характеристика системи охорони здоров'я Луганщини до початку воєнного конфлікту

До початку воєнного конфлікту Луганська область представляла собою достатньо великий промисловий регіон сходу України, продукція якого була широко відома як в середині країни, так і на міжнародному ринку. З проголошенням України як суверенної держави область, займала одне з провідних місць у формуванні валового національного продукту. Разом з тим слід відмітити, що внаслідок розвитку соціально-економічних процесів, як і в більшості регіонів України, на Луганщині склалася дещо несприятлива демографічна ситуація. За період 2000-2010 років населення зменшилось майже на 200 тисяч осіб. Природній приріст теж негативний, особливо у сільських районах. У 2012 року населення Луганської області налічувало майже півмільйона осіб. Дітей до 14 років було більше 52 тисяч. В структурі виражено переважало урбаністичне населення – 460тисяч і ледь більше 3тисяч становили сільські мешканці. Як і у більшості областей України, жіноче населення переважало чоловіче на 11%.

За індексом людського розвитку Луганська область займала 26-27 місце серед інших регіонів України. Відповідно до матеріалів опитування, проведеного в 2010 році, трохи більше половини респондентів (біля 67%) були не задоволені системою медичної допомоги. Найбільше викликала нарікання зношена матеріально технічна база медичних установ. Переважаюча частина

опитаних скаржилася на недостатнє забезпечення лікарняних закладів лікувальними засобами тощо.

Система охорони здоров'я області у 2012 році була представлена розгалуженою мережею лікувально-профілактичних установ: 122 стаціонарних закладів охорони здоров'я, 33 диспансери, 121 амбулаторно-поліклінічних закладів, 13 станцій швидкої та невідкладної допомоги, 397 фельдшерських і фельдшерсько-акушерських пунктів, 10 санаторіїв та ін.

Медичну допомогу надавали 8015 лікарів: і 20198 середніх медичних працівників. Дефіцит лікарських кадрів, за тодішніми стандартами становив майже 3 тис. фахівців. Слід відмітити, що кадровий склад доволі вразливий. Кожен третій фахівець - пенсійного віку.

Ще у 2010 році була затверджена регіональна програма розвитку охорони здоров'я Луганщини, яка стала основою для модернізації галузі. Перед регіональною системою охорони здоров'я були поставлені достатньо складні завдання - сприяти подоланню демографічної кризи; - підвищити рівень медико-соціального захисту населення; - поліпшити кадрове забезпечення лікувальних установ; - удосконалювати систему охорони здоров'я на всіх її рівнях. Слід зазначити, що перші два завдання досить дотично стосуються системи охорони здоров'я, як у плані організації, так і у функціональному полі, не кажучи вже про фінансову складову.

У первинній ланці Луганщині на цей період було створено 30 центрів первинної медико-санітарної допомоги, які здійснюють медичне обслуговування 75% населення області і ще 8 таких центрів на стадії відкриття. Таким чином до 2014 року Луганщина повністю перейшла на медичне обслуговування за принципом сімейної медицини.

Попри певні успіхи, були і деякі труднощі. Це, перш за все: - слабка матеріальна база Центрів, - низька заробітна плата медичних працівників; - недостатня укомплектованість лікарськими кадрами (69%); - незадовільне забезпечення санітарним автотранспортом (30% від нормативу, незважаючи на те, що щорічно купується за рахунок місцевих бюджетів до 25 автомобілів),

медичним обладнанням (40% від табеля оснащення), комп'ютерною технікою (5% від необхідного).

Першочерговими завданнями на цьому етапі було будівництво нових медичних об'єктів - капітальний ремонт приміщень, які не відповідали санітарним вимогам; - дооснащення центрів і амбулаторій медичним обладнанням, автомобілями - реорганізація ФАПів, розташованих в селах з населенням до 300 жителів в медичні пункти тимчасового базування (у 2013 році таких було реорганізовано 149, а 9 із них реставровано за кошти місцевих фермерських господарств. Також планувалось створення в селах з населенням понад 1000 жителів лікарських амбулаторій - реорганізація дільничних лікарень в амбулаторії; проведення інформатизації амбулаторій та центрів - підготовки лікарських кадрів - перепідготовки лікарів первинної ланки. Особливо амбітні були плани щодо надання житла медичним працівникам.

Вирішення цих завдань мало дозволити додатково створити до 2020 року 299 амбулаторій (12 в сільській місцевості і 287 в містах, загальна їхня кількість з наявними сьогодні мала скласти 429) і вийти на рекомендований норматив (3,3 амбулаторії на 10 тис. населення для сільської місцевості і 1,87 - для міської). Однак не так склалось, як гадалось...

Одночасно проводилась підготовча робота з розвитку і реорганізації установ вторинного рівня медичної допомоги (за 2 роки ліжковий фонд було скорочено на 3112 ліжок, що становить 88,6 на 10 тис. населення, у 2011 році було скорочено ліжковий фонд 15-ти малопотужних однопрофільних спеціалізованих установ, які фінансувалися з обласного бюджету). Закрито 6 малопотужних пологових стаціонарних відділень, організовано пологи в 5 межрайонних пологових будинках і створений перинатальний центр 2-ої рівня (м. Первомайськ), з співфінансуванням з обласного бюджету. У поточному році було відкрито перинатальний центр 3-го рівня у м.Луганськ, а до 2015 року ще 3 перинатальних центри 2-го рівня (Алчевськ, Красний Луч, Северодонецьк) і 3 міжрайонних пологових будинки (м.Луганськ - 2, Сватівський район - 1).

Згідно програми розвитку було необхідно ще реорганізувати 22 малопотужних стаціонари (з кількістю ліжок до 100 в кожному), а також ряд

спеціалізованих установ (психіатричних, дерматовенерологічного і ін. профілів), що мало дозволити до 2019 року вийти на показник забезпеченості населення круглодобовими стаціонарними ліжками - 65 на 10 тис. нас. Визначено мережу лікарень інтенсивного лікування (11 для дорослих і 2 для дітей), планового лікування (35), відновного лікування (2) та хоспісів (2).

Оптимізація вторинної ланки повинна була проводитися в кілька етапів, з урахуванням реальної потреби в стаціонарній допомозі і, головне, без обмеження інтересів жителів територій.

За сприяння обласної ради та особистій участі голови обласної державної адміністрації, як куратора системи охорони здоров'я, проводиться певні реформаторські зміни на третинному рівні. Зокрема, реконструюється і створюється високоспеціалізовані центри на базі обласних лікувальних установ. За рахунок коштів державного та обласного бюджетів, а також залучених позабюджетних коштів створені: - в обласній клінічній лікарні - центр ангіології і кардіохірургії, опіковий центр, центр трансплантації органів і тканин.

В обласному кардіологічному диспансері утворено реанімаційний блок, експрес-лабораторія, кабінет комп'ютерної томографії, а також організовано дистанційне консультування і ЕКГ-моніторинг для фахівців галузі. Для 100% охоплення цим видом послуг лікувальних установ області та служби екстреної медичної допомоги необхідно було 200 апаратів «Юкард-100», з них для служби екстреної медичної допомоги - 160 од., Для лікувальних установ - 40 одиниць, які уже функціонують.

В обласному клінічному онкологічному диспансері було введено в експлуатацію операційно реанімаційний блок і відділення інтервенційної радіології (єдине в Україні серед онкодиспансерів). У Слов'яносербській обласній туберкульозній лікарні - введена в дію 2-а черга на 55 ліжок і 3-я черга також на 55 ліжок, що мало дозволити реорганізувати ще 2 мало потужних протитуберкульозних стаціонари на 80 ліжок (Брянка, Луганськ).

В обласному клінічному онкологічному диспансері - введені в експлуатацію операційно реанімаційний блок і відділення та обласній дитячій

клінічній лікарні – інфекційно-діагностичне, реанімаційне відділення та ендоскопії. Впровадження інноваційних технологій в практику роботи дозволило поліпшити якість медичних послуг, скоротити частоту післяопераційних ускладнень і середні терміни лікування хворих. На базі поліклініки обласної клінічної лікарні проводяться роботи по створенню тимчасового консультативно-діагностичного центру, оснащеного всім необхідним медичним обладнанням.

Два роки тому в обласному центрі введено в експлуатацію сучасне єдина в Україні типова будівля станції швидкої та невідкладної медичної допомоги, яка оснащена всім необхідним обладнанням. На базі якого створено регіональний Центр екстреної медицини та медицини катастроф, який має центральну диспетчерську з системою GPS-навігації (аналогічна система працює в Слов'яносербському та Перевальському районах). У складі центру 10 станцій екстреної медичної допомоги в містах обласного значення.

Парк санітарного автотранспорту служби поповнився 75 новими автомобілями. На базі обласної клінічної лікарні планувалося відкриття високоспеціалізованого відділення невідкладних станів і медицини катастроф, обладнаного всім необхідним сучасним медичним обладнанням. Було розгорнуто 4 пункти постійного базування (Станично Луганський, Міловський, Марківський і Білокуракінський райони) і 13 пунктів тимчасового базування. Такі зміни повинні були зменшити радіус зони обслуговування бригади з 21 км до рекомендованих 15, при 20 хвилинній доступності.

Водночас в службі мали місце ряд невирішених проблем, а саме: - 90% всього автомобільного парку підлягало негайному списанню (заміні підлягали 180 автомобілів.). Приміщення станцій вимагали термінового ремонту, частина - капітального. Практично все медичне обладнання було закуплено ще в 50-80 роках минулого століття, що потребувало переобладнання і укомплектування.

Для роботи регіональної центральної диспетчерської в повному обсязі необхідно було дооснастити 8 станцій обладнанням для системи GPS-навігації. Звертало на себе увагу питання незадовільного рівня забезпечення лікарями (50%). Незважаючи на всі проблемні питання в області була розгорнена

широкомасштабна і комплексна робота з модернізації системи охорони здоров'я за всіма основними напрямками.

Викладені дані взяті з матеріалів Департаменту охорони здоров'я Луганської облдержадміністрації за період 2010 – 2012 років [72].

3.2 Актуальні проблеми організації та надання медичної допомоги на КПВВ «Станиця-Луганська» в умовах проведення АТО - ООС

Як уже говорилося, з 2014 року триває збройний конфлікт в Україні в результаті чого частину її території окуповано. Уряд України не має об'єктивної можливості впливати на забезпечення доступу цивільного населення до медичної допомоги в цих регіонах. Лінія розмежування протяжністю у 457 км розділяє підконтрольні та непідконтрольні уряду України території на Сході Держави. Уздовж лінії розмежування розташовано п'ять контрольних пунктів в'їзду-виїзду (надалі – КПВВ), які є єдиними «вузловими пунктами», що єднають території та людей, розділених конфліктом.

Протягом 2018 року на КПВВ на Сході України карети екстреної медичної допомоги виїздили 559 разів, протягом трьох кварталів 2019 року – 201 раз. При цьому, не обійшлося і без летальних випадків. під час перетину лінії розмежування через КПВВ в результаті обстрілів чи загострень проблем зі здоров'ям у 2018 році загинуло понад 50 осіб [73].

За період з січня 2016 по грудень 2019 року, відповідно до інформації Державної прикордонної служби України, через пункти лінії розмежування Луганської та Донецької областей перетнули приблизно 8,6 мільйонів осіб!

В середньому, щодня через кожен КПВВ проходить близько від 5,5 тисяч до 12 тисяч людей.

Контрольний пункт в'їзду-виїзду в зоні проведення АТО (КПВВ) - контрольньо-пропускний пункт, що розміщений в зоні проведення АТО і служить для організації переміщення осіб, транспортних засобів і вантажів через лінію розмежування в т.ч. у зв'язку із станом здоров'я.

КПВВ є єдиними пунктами, через які можна легально потрапити з ОРДЛО на підконтрольну Україні територію та навпаки. Станом на січень 2020 фактично працюють 5 КПВВ на автомобільних шляхах. Чотири - у Донецькій

області: з півночі на південь- «Майорське», «Мар'їнка», «Новотроїцьке», «Гнутове» і єдине КПВВ— в Луганській області: «Станиця-Луганська»[74]. Іноді деякі КПВВ тимчасово призупиняють роботу через обстріли бойовиками[75]. Також трапляються випадки викрадення людей бойовиками [76].

За даними Луганської та Донецької ВЦА переважна більшість людей, які подорожують через КПВВ на сході України, є внутрішньо переміщеними особами пенсіонерами. Вони вимушені перетинати лінію зіткнення заради ідентифікації в Ощадбанку та виконання законодавчих вимог щодо продовження дії довідки ВПО, яка є обов'язковою умовою для отримання пенсії (один раз на 59 днів) [77].

За даними опитування громадської організації "Фундація 101", [78]. яка упродовж шести місяців проводила моніторинг ситуації на КПВВ, на першому місці серед причин перетину лінії розмежування – відвідування родичів (до 41% опитаних на різних пунктах пропуску). Далі – здійснення покупок (до 38%), зняття готівки з банкоматів (до 32%), оформлення документів (до 27%).

Для жителів населених пунктів уздовж лінії розмежування та непідконтрольних Уряду територій (далі – НПУТ) це – «зона видимості» перед органами державної влади, відносна зона безпеки та логістичний вузол для подальшого пересування. Щодня тисячі людей перетинають КПВВ в обох напрямках, несучи з собою тягарі конфлікту та сподівання.

Описати це все можна однаково: довжелезні черги, недостатня пропускна спроможність, відсутність руху громадського транспорту через лінію розмежування, неналежні умови для тривалого перебування в очікуванні проходження відповідних процедур, зокрема і для осіб з обмеженими фізичними можливостями.

У Луганській області мирні жителі можуть перетнути лінію зіткнення через КПВВ «Станиця Луганська» тільки в пішохідному режимі, через пішохідний міст в Станиці Луганській. У зимовий період, коли температура в Україні опускається нижче нуля, критично важливо поліпшити роботу

основних служб контрольно-пропускних пунктів, на яких люди як і раніше змушені чекати по кілька годин, щоб перетнути лінію дотику.

Протягом січня-вересня 2019 року на пунктах перетину з обох сторін лінії розмежування померло 38 людей [79] та ще 6 осіб – до кінця 2019 року, більшість із цих людей були особами літнього віку. Цього ж року зафіксовано понад 200 випадків госпіталізації до медичних закладів пацієнтів із КПВВ. Усі ці люди потребували екстреної медичної допомоги. До прибуття карети швидкої допомоги за їхні життя та здоров'я боролися представники різних державних служб (немедичного профілю) та неурядових організацій, які надають першу медичну допомогу на КПВВ. Ці офіційні статистичні дані не включають кількість випадків надання екстреної медичної допомоги силами військових медиків та волонтерів[80].

Медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну, медичну реабілітацію. Окремо виділяють домедичну допомогу. В контексті нашого дослідження вивчався доступ до домедичної, первинної та екстреної медичної допомоги.

Домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи [81]. Також цей вид допомоги називають «долікарською», оскільки її надають особи, які не мають медичної освіти, але володіють базовими прийомами рятування людей в кризових для життя і здоров'я ситуаціях.

Домедична допомога розпочинається із зобов'язання будь-якої особи, яка виявила людину у невідкладному стані, викликати службу ЕМД або повідомити про виявлену людину у невідкладному стані та про місце події працівникам найближчого закладу охорони здоров'я чи будь-якій особі, яка зобов'язана

надавати домедичну допомогу та перебуває поблизу місця події, згідно зі ст. 3 ЗУ «Про екстрену медичну допомогу». До комплексу заходів домедичної допомоги входять такі дії, як зупинка кровотечі, накладення пов'язки на рану, штучне дихання, масаж серця (в тому числі із застосуванням дефібрилятора) та інше, зважаючи на обставини. Міністерство охорони здоров'я розробило і затвердило 29 порядків надання домедичної допомоги в таких ситуаціях: раптової зупинки серця, серцевого нападу, при підозрі на пошкодження хребта, травму голови, інсульт, перелом кінцівок, отруєння, при опіках, переохолодженні/відмороженні, перегріванні, укусах тварин та комах, судомах, втраті свідомості та інших випадках[82]. У нашій ситуації найчастіше траплялися серцеві напади. Інсульти, втрати свідомості тощо.

Найбільш поширеними причинами смертності в Україні і на КПВВ є захворювання системи кровообігу, зовнішні причини смерті (нещасні випадки, дорожньотранспортні пригоди, насильницькі дії) та новоутворення. 90,1 % смертей серед пацієнтів з ішемічною хворобою серця відбувається поза межами лікарні. 9,9 % пацієнтів з цим діагнозом помирає в лікарні. Шанси на те, що у разі настання нещасного випадку чи серцевого нападу життя людини буде врятоване, а негативні наслідки для здоров'я – мінімізовані, залежать від строку початку надання допомоги та строку початку проведення критичних для виживання процедур на догоспітальному етапі, які повинні бути мінімальними, а також ефективного госпітального лікування та реабілітації. Кожна з перелічених ланок в Україні організована неефективно[83]. У випадках, пов'язаних із зупинкою серця, домедична допомога включає необхідність проведення серцево-легеневої реанімації, в тому числі із застосуванням автоматичного зовнішнього дефібрилятора, чого на КПВВ, звісно ж немає, як і іншого обладнання.

Первинна медична допомога – це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги,

для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [84]. В межах медичної реформи ПМД в Україні таку допомогу безкоштовно можуть отримати лише ті люди, які підписали декларацію із сімейним лікарем і лише у тих медичних закладах, що співпрацюють із НСЗУ. Обсяг програми медичних гарантій на рівні ПМД визначено у Порядку надання первинної медико-санітарної допомоги, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року №504 [85].

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я[86]. Невідкладним станом людини вважається раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або людей, які її оточують, і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин[87]. З 1 квітня 2020 року ЕМД буде надаватися за новими принципами в межах долучення до чергового етапу реформи галузі медичної допомоги в Україні. КМУ прийняв розпорядження, яким схвалив «Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги» (надалі – Концепція), яка описує основні проблеми галузі та визначає кроки для їх розв'язання[88]

Наразі відсутня стратегія надання медичної допомоги на КПВВ в органів державної влади чи місцевого самоврядування. Проте, на КПВВ регулярно надається домедична, первинна й екстрена медична допомога у вимушеному режимі.

У Луганській області на КПВВ «Станиця Луганська» ПМД надають представники Міжнародної медичної допомоги, ТЧХУ у Луганській області та

ДСНС. За сукупними даними РUI, Луганської обласної організації ТЧХУ, та ДСНС у Луганській області протягом 2018 року та дев'яти місяців 2019 року було надано 38 624 консультації в межах домедичної та первинної медичної допомоги.

Таблиця 3.2.1

Кількість випадків надання медичної допомоги/консультацій протягом січня-вересня 2019 року

КПВВ	Головне управління ДСНС у Луганській області		Товариство Чкровоного Хреста у Луганській області		Загалом
	2018	9 міс 2019	2018	9 міс 2019	
«Станиця - Луганська»	11 439	9 117	13 351	4717	38 624

Попит на медичну допомогу на КПВВ є стабільно високим з початку роботи медичних пунктів. Проте, ресурси неурядових організацій, які її надають, скорочуються, що пов'язано із зменшенням розмірів донорського фінансування. Оскільки гарантом права на медичну допомогу є держава, тому рано чи пізно державі потрібно буде реально долучитися до процесу забезпечення людей доступом до медичної допомоги на КПВВ.

Також в Станиці Луганській є досвід залучення медичного персоналу місцевого закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги подорожнім безпосередньо на КПВВ. Але реформа системи ПМД та децентралізація органів місцевого самоврядування нерівномірно торкнулися територій Донецької та Луганської областей, особливо тих, що розташовані поблизу лінії розмежування, в тому числі населених пунктів поблизу КПВВ. Формально, відповідно до розроблених та затверджених Планів спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Луганської[89] області кожен із населених пунктів поблизу лінії розмежування повинен мати доступ до пункту надання ПМД, який розташований не більше ніж на відстані семи кілометрів по дорозі із твердим покриттям[90]

Виникають труднощі із доступом до первинної та екстреної медичної допомоги на КПВВ та вздовж лінії розмежування є наслідками імплементації

кардинальних реформ місцевого самоврядування та охорони здоров'я без врахування особливостей територій і громад, де спосіб життя суттєво відрізняється від решти території України.

Наразі органами місцевого самоврядування не прийнято рішення про створення постійного чи тимчасового базування пункту надання ПМД на жодному із КПВВ. У зв'язку із відсутністю визначеної структури, статусу КПВВ та видів діяльності, які можуть там здійснюватися (крім виконання функцій держави), то і фізичні особи підприємці із ліцензією на право зайняття лікарською діяльністю також не мають можливості долучитися до надання ПМД в межах медичної реформи.

На КПВВ «Станиця Луганська» розташовано 2 пункти медичної допомоги. Графіки роботи організацій мають незначні відмінності, персонал ДСНС працює за графіком роботи КПВВ, а інші організації – з 8:00 до 16:00. 5 медичних працівників та 18 інших спеціалістів (включаючи волонтерів), які допомагають медикам в роботі, долучено до надання первинної медичної допомоги. Медичний пункт допомоги КПВВ «Станиця Луганська» оснащено необхідним переліком медичних та лікарських препаратів, у тому числі дефібрилятором, для надання ПМД хворим[91].

Пункт допомоги на КПВВ «Станиця Луганська» був встановлений за підтримки Міжнародного Комітету Червоного Хреста у грудні 2016 року по обидва боки від лінії зіткнення. Крім підтримки комфорту обігріву у зимові місяці та охолодження в літні в пункті ще надається і перша медична допомога, яка надається фельдшерами – волонтерами. Але на даний час пункт пропуску “Станиця Луганська” не працює з 1 жовтня через лісову пожежу, яка перекинулася на КПВВ. Там згоріла частина гуманітарної інфраструктури пункту пропуску, інші модулі не постраждали [92].

Екстрена медична допомога на КПВВ надається станціями екстреної (швидкої) медичної допомоги обласних територіальних центрів ЕМД та медицини катастроф, неурядовими організаціями, а також військовими швидкими.

Згідно із статистичними даними, наданими департаментом охорони здоров'я Луганської, Донецької ВЦА на КПВВ «Станиця – Луганська» на Сході України, протягом 2018 року та дев'яти місяців 2019 року було надано майже в два рази більше ЕМД, ніж на КПВВВ Донецької обл, що були обрані для порівняння.

Таблиця 3.2

Характеристика виїздів швидкої медичної допомоги

КПВВ	Кількість виїздів карети ШМД		Кількість госпіталізованих осіб		Кількість летальних	
	2018	січень вересень 2019	2018	січень вересень 2019	2018	січень вересень 2019
КПВВ «Станиця Луганська»	365	109	130	83	5	7
КПВВ «Майорськ»	84	18	5	0	0	1
КПВВ «Мар'їнка»	56	46	32	32	2	5
КПВВ «Новотроїцьке»	51	26	6	6	1	1
КПВВ «Гнутове»	3	2	2	0	0	0

Окремої уваги варте питання ефективної діяльності системи зв'язку із диспетчерською службою ЕМД. Коли на КПВВ необхідно викликати «швидку допомогу» з підконтрольної українському уряду території, необхідно знайти і набрати дуже закований номер, бо якщо телефонувати просто на «101», то дзвінок отримають на окупованій території.

Наявність недоліків у системі центральних оперативних диспетчерських підтверджується також соціально-економічним аналізом Луганської області за 2019 рік, підготовленим Луганською ВЦА, в якому йдеться про відсутність централізованої диспетчерської у Луганському обласному центрі ЕМД та медицини катастроф [93], а також даними аналітичних панелей НЗСУ[94] щодо обох областей та тезами Концепції розвитку системи ЕМД [95].

Наразі надання ЕМД на КПВВ вздовж лінії розмежування Луганської області забезпечується різними організаціями та відокремленими підрозділами.

Таблиця 3.3

Надання ЕМД на КПВВ вздовж лінії розмежування Луганської області забезпечується такими організаціями та відокремленими підрозділами.

КПВВВ	Служба екстреної медичної допомоги	Заклад охорони здоров'я	Відстань від КПВВВ до закладу охорони здоров'я
«Станиця - Луганська»	Станично-Луганська підстанція КНП ЛОР "Луганський регіональний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф"	Комунальне некомерційне підприємство "Станично-Луганське районне територіальне медичне об'єднання"	3,5 км
	Станично-Луганська підстанція КНП ЛОР "Луганський регіональний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф"	комунальне некомерційне підприємство "Щастинська міська лікарня" Новоайдарської районної ради Луганської області	60 км

З 2014 року з районів, що постраждали внаслідок конфлікту, виїхало понад 1500 спеціалістів у сфері охорони здоров'я [96]. Система ЕМД на лінії розмежування також страждає від значного дефіциту персоналу. Зазвичай бригада карети ЕМД складається із 3-х осіб: фельдшера, медичної сестри та водія; також є бригади, склад яких підсилений лікарем [97]. Нижче у таблиці наведені дані щодо вакантних посад у підстанціях системи ЕМД, які обслуговували КПВВ в Луганській області на кінець листопада 2019 року. Їх аналіз чітко дає зрозуміти про виснаження людських ресурсів системи ЕМД і як наслідок неможливість вчасно реагувати на виклики поблизу лінії розмежування та на КПВВ зокрема.

Забезпеченість кадрами системи ЕМД Луганської області

Посада	КПВВ «Станиця Луганська»	
	підстанція Станично Луганська підстанція №6 м. Щастя	підстанція №6 м. Щастя
кількість штатних бригад ЕМД	2	4
вакансія лікаря	2,5	3,25
вакансія фельдшера	3,5	4
вакансія медичної сестри	0	0
вакансія водія	0	1,5

Як бачимо, війна на сході України набула тривалого характеру. Наш аналіз показав, що довгострокові наслідки стають усе більше серйозними та поглиблюють дискримінацію в якості життя населення та доступність до базових державних сервісів між територіями, що розташовані поблизу лінії розмежування, та іншими контрольованими урядом України територіями. У перспективі, захворюваність та смертність від захворювань, що не лікувалися, і травм, викликаних тривалою кризою, ставатимуть на заваді процесам відновлення і розвитку, а також можуть вплинути на життя наступних поколінь.

Лінія зіткнення на сході України існує вже понад 5 років і продовжує розділяти Донецьку та Луганську області України, що також обмежує свободу пересування населення. Місцевість поблизу неї сильно забруднена мінами, а загальна безпекова ситуація залишається непередбачуваною, що в свою чергу становить загрозу для цивільного населення при перетині п'яти КПВВ і відповідних блокпостів. Це становище часто погіршується через нестачу належної інфраструктури та медичної допомоги. Системних рішень щодо організації медичних служб для цивільного населення на КПВВ узгоджено не було, через низку причин, а саме:

- Первинна структура КПВВ формувалася із максимальним наближенням до форми й вигляду контрольних пунктів на кордоні України, які не передбачають наявності пунктів медичної допомоги;

- Реформа первинної ланки медичної допомоги та процеси децентралізації не спроможні задовольнити потребу в первинній медичній допомозі на КПВВ.

Для врегулювання питання надання медичної допомоги на КПВВ, за рахунок державних коштів (відповідно до ст. 49 Конституції України саме «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування») та запобіганню смертей у майбутньому потрібно розробити та затвердити відповідні рішення.

Слід звернути увагу на те, організаційні заходи, які успішно працюють на території інших областей України на Сході країни не працюють, або не можливі до виконання.

Потрібно врегулювати статус КПВВ, уніфікувати перелік послуг та сервісів, які надаються на КПВВ (в тому числі питання доступу до медичної допомоги), чітко визначити балансоутримувачів КПВВ та порядок фінансування утримання та забезпечення.

Для зменшення переміщення осіб через КПВВ слід оптимізувати процеси вирішення потреб населення в публічно-адміністративних послугах

Розробити альтернативний порядок доступу до первинної медичної допомоги на КПВВ коштом державних програм, але поза межами алгоритму запровадженого медичною реформою: «пацієнт — декларація про медичну допомогу — терапевт — медичний заклад».

Посилити технічні спроможності та кадровий потенціал мережі станцій екстреної медичної допомоги поблизу КПВВ.

3.3. Можливості спеціалізованої медичної допомоги в час ОСС

Як уже відмічалось, у зв'язку з тимчасовою окупацією частини Луганської області та триваючими бойовими діями соціальна інфраструктура області зазнала значних втрат. Найбільші втрати в сфері охорони здоров'я із 2014 року понесли заклади високоспеціалізованої медичної допомоги (третинний рівень медичної допомоги). Система надання високоспеціалізованої медичної допомоги населенню в області практично перестала існувати - на непідконтрольній українській владі території області залишилися 11 з 14-ти

міст обласного значення, у тому числі обласний центр – місто Луганськ, де були розташовані майже всі обласні лікувальні заклади, оснащені сучасним медичним обладнанням, які надавали населенню високоспеціалізовану медичну допомогу третинного рівня.

Населення Луганської області станом на 01.01.2019 складає 2151,8 тис. осіб (5,1 % від населення України) [98]. На території області, підконтрольній українській владі, чисельність наявного населення на 01.01.2019 складає 723,4 тис. осіб, у тому числі 684,1 тис. осіб постійного населення. Демографічна ситуація в Луганській області залишається складною і погіршується. Протягом 2014-2018 років чисельність наявного населення області зменшилася з 2220,2 тис. до 2151,8 тис. осіб, але попри це регіон входить до 10 найбільших за чисельністю населення областей України.



Рис.3.3.1 Динаміка чисельності населення Луганської області

Із 2014 року місто обласного значення Сєвєродонецьк виконує функції обласного центру, у ньому розміщено Луганську обласну державну адміністрацію – обласну військово-цивільну адміністрацію та інші установи.

В зв'язку з військовими діями та проведенням АТО в Луганській області на підставі Постанови кабінету міністрів України від 07.11.2014р. №595 «Деякі питання фінансування бюджетних установ, здійснення соціальних виплат населенню та надання фінансової підтримки окремим підприємствам і організаціям Донецької та Луганської областей, а також інших платежів з рахунків, відкритих в органах Казначейства»(<https://zakon.rada.gov.ua>) і наказу

Департаменту охорони здоров'я від 03.11.2014р.№1 «Про організацію роботи Луганської обласної клінічної лікарні на території підконтрольної Уряду України» була проведена перереєстрація лікарні у м. Северодонецьку в листопаді 2014р. і на підконтрольну територію України були частково переміщені обласні медичні установи.

З метою продовження надання високоспеціалізованої медичної допомоги третинного рівня населенню області на підконтрольній Україні території почався процес реорганізації. Були поставлені завдання: перереєстрація за новими адресами, відновлення втрачених документів, печаток, ліцензій на лікарську практику та по роботі з наркотичними засобами.

Керівний склад формувався з прибулих, на той час на територію підконтрольну уряду України, лікарів і медсестер з різних лікувальних закладів окупованої частини Луганської області.

Зокрема, планувалось розмістити та відновити діяльність таких медичних закладів з надання медичної допомоги третинного рівня:

- Луганської обласної дитячої клінічної лікарні;
- Луганської обласної клінічної лікарні та перинатального центру;
- Луганського обласного клінічного онкологічного диспансеру;
- Луганського обласного кардіологічного диспансеру;
- Луганського обласного наркологічного диспансеру.
- Централізованої лабораторії
- Луганського обласного бюро судово-медичної експертизи,
- клініко-діагностичної лабораторії
- Луганського обласного центру СНІД та централізованої лабораторії

діагностики ВІЛ та вірусних гепатитів.

З жовтня 2014 року при Департаменті охорони здоров'я ЛОДА тривала напружена робота по формуванню кадрів для відновлення роботи переміщених закладів. Перед керівниками обласних ЛПЗ постали проблеми:

1. Оренда приміщень, де будуть розміщені відділення лікарень.

2. Пошуки середнього та молодшого медичного персоналу, а частини і лікарських кадрів.

3. Налагодження ефективної роботи підрозділів на базі міських ЛПЗ, шляхом організації чіткої схеми забезпечення допоміжних підрозділів, таких як лабораторія, рентген, харчування та ін.

4. Облаштування та оснащення відділень ЛПУ медичним обладнанням, меблями та витратними матеріалами з нуля.

Не дивлячись на значні обсяги адміністративних організаційних заходів, медичне забезпечення населення Луганської області (зони проведення АТО) у розрізі надання високоспеціалізованої медичної допомоги, залишається не задовільним.

З невирішених проблемних питань, залишились розміщення обласних закладів та оренда приміщень або площ у лікувальних закладах міст.

Серед переміщених лікувальних закладів Луганська обласна клінічна лікарня, як і раніше залишається провідним медичним закладом області, на яке покладено відповідальність за приймання, зберігання та видачу лікарських препаратів та медичних виробів, які забезпечують хворих мешканців області згідно Державних програм [99].

Станом на 1.01.2021 року обласні медичні заклади, що перемістились на територію, підконтрольну українській владі, знаходяться в орендованих приміщеннях міських лікарень м. Северодонецьк, Лисичанськ, Рубіжне і Кремінна. Зрозуміло, що умови в переміщених установах далекі від реальних вимог до облаштування закладів третинного рівня медичної допомоги. Лікарні продовжують працювати в складних умовах нестабільності в регіоні.

Керівництвом Луганської обласної клінічної лікарні в певній мірі були вирішені питання оренди приміщень для розміщення та організації роботи складів (отримання та видача ліків, інсулінів та медичних виробів, які надходять згідно державних програм, для забезпечення жителів та тимчасово переміщених осіб державних програм Луганської області. Також адміністрація обласної лікарні стала координатором розподілу гуманітарної допомоги від благодійних організацій, червоного хреста та ін., серед медичних закладів

Луганщини. Також одним із важливих заходів є налагодження діяльності відділення гемодіалізу, яке розташоване в орендованому приміщенні на першому поверсі двохповерхової будівлі (колишній дитсадок) і має все необхідне якісне обладнання, для проведення життєвонеобхідної процедури більш ніж 40 хворим на ХПНВ Луганської області у 4 зміни на добу, 6 днів на тиждень на 8-х діалітичних апаратах «штучна нирка»

Відновлено надання високоспеціалізованої хірургічної та ортопедо-травматологічної допомоги.

Відновлено роботу обласної консультативної допомоги населенню області та забезпеченням безкоштовними ліками та мед виробами категорій хворих, згідно Державних програм (діабет, трансплантологія, онкогематологія, серцево-судинні захворювання та ін.).

Відділення Луганської обласної клінічної лікарні розміщені у трьох різних населених пунктах, а саме:

м. Сєвєродонецьк - обласна консультативна поліклініка, відділення гемодіалізу, відділення ком'ютерної томографії, відділення лікувальної фізкультури та спортивної медицини, а також санавіація та адміністрація лікарні;

м. Лисичанськ – відділення судинної хірургії (10 ліжок), ортопедо-травматологічне (30 ліжок), кардіологічне, анестезіологічне та урологічне відділення (10 ліжок), клінічна лабораторія;

м. Рубіжне – хірургічне відділення (30ліжок) (з колопроктологічними та щелепно-лицевими койками).

Також владою України та керівництвом Луганської області були налагоджені зв'язки з міжнародними донорами по ремонту будівель та відновленню роботи лікарень. Зокрема, завдяки виділеним Японією спонсорським коштам, у травні 2015 року для потреб обласної клінічної лікарні у Сєвєродонецьку було розроблено проектно-кошторисну документацію для проведення капремонтів. Однак на той час тривали запеклі бої, тому вирішили віддати два найбільші приміщення мобільному 59-тому військовому шпиталю. Був укладений договір оренди щодо корпусів 3641,6 кв. м та 2171,1 кв. м. між

штабом Об'єднаних сил та керівництвом Луганської обласної військово-цивільної адміністрації тривали консультації щодо спільного використання будівлі обласної клінічної лікарні та 59-го військового шпиталю з метою максимально ефективного обслуговування цивільних і військових. Однак, перевага залишилась за військовими, а всі ці п'ять років для Луганщини гостро стоїть питання відновлення медицини третього рівня, бо сьогодні жителі області отримують таку допомогу не в повному обсязі.

Через обмеження лікувально-діагностичних можливостей та неспроможності на належному рівні, в повному обсязі надавати високоспеціалізовані медичні послуги, Луганська обласна клінічна лікарня продовжує працювати із перенавантаженням.

В особливо складних випадках породіль з новонародженими приймають перинатальні центри Харкова, Дніпропетровська, Запоріжжя та Києва [100]

Не дивлячись на певні зусилля місцевих адміністрацій, на Луганщині відсутня цілісна трьохрівнева система надання третинного рівня медичної допомоги. Система надання високоспеціалізованої медичної допомоги населенню в області практично мінімальна через гострий дефіцит медичних кадрів, відсутність житлового фонду і для медперсоналу і для тимчасово переміщених осіб, низький рівень заробітної плати медичним працівникам з поєднанням тиску військової ескалації.

З іншого боку Стратегія розвитку Луганської області до 2027 року обіцяє відновити та розбудувати систему надання спеціалізованої медичної допомоги

В той же час, військові лікарі надаватимуть спеціалізовану та екстрену медичну допомогу цивільному населенню Луганської області. Про це в ході прес-конференції повідомив голова Луганської обласної державної адміністрації – керівник обласної військово-цивільної адміністрації Юрій Гарбуз [101].

У Луганській області гостро стоїть проблема браку медичних кадрів, укомплектованість лікарями у медзакладах складає 57%. Особлива потреба існує у вузькоспеціалізованих фахівцях, які надають послуги у закладах третьої ланки медицини.

Питання співпраці з військовими госпіталями очільник області особисто обговорював з директором Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України генерал-майором медичної служби ЗСУ Андрієм Вербою. Також ініціативу підтримали і у Штабі об'єднаних сил.

За словами Юрія Гарбуза, договір про співпрацю з військовими у сфері надання медичних послуг буде підписано найближчим часом.

Крім того, Штаб ОС готовий виділяти вертольоти для транспортування хворих дітей у разі необхідності надання їм екстреної медичної допомоги.

3.4 Порівняльна характеристика надання медичної допомоги населенню до воєнного конфлікту та в умовах АТО – ООС

Третина території Луганщини до сьогодні, а це уже сьомий рік, є окупованою, як наслідок, обласний бюджет за обсягом – на передостанньому місці в країні. Слід наголосити, що обласна влада плідно співпрацює з Європейським та Міжнародним банками реконструкції та розвитку і у багатьох проєктах Луганщина намагається брати участь першою в країні. Для прикладу, 28 вересня 2020 р. Європейський Союз спільно із Програмою розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) в Україні передали партію з 15 000 безклапанних респіраторів N95 Луганській обласній клінічній лікарні – лікувально-профілактичному закладу 3 рівня, який забезпечує високоспеціалізовану планово-консультативну та екстрену медичну допомогу, для подальшого розподілу між медичними закладами області, для посилення безпеки медичних працівників під час пандемії COVID-19.

Передача засобів індивідуального захисту на суму 45 572 доларів США здійснювалася в межах Програми ООН із відновлення та розбудови миру за фінансової підтримки Європейського Союзу.

Робота над посиленням стійкості медичних установ на сході України триває, а основна увага зараз приділяється безпеці медичного персоналу. Разом із європейськими партнерами проводиться робота над створенням умов для лікарів, які були б водночас і безпечними, і дозволяли їм ефективно виконувати свою роботу та надавати необхідну допомогу пацієнтам

Респіратори допоможуть захистити медичних співробітників від вірусів та бактерій, які ті потенційно можуть вдихнути чи то під час транспортування пацієнтів до медичних установ, чи то під час діагностики та подальшого лікування хворих уже безпосередньо у лікарнях [102].

6 травня, у рамках офіційного візиту Луганську область відвідала делегація міністрів закордонних справ країн Бенілюксу, де ознайомила із роботою КПВВ «Щастя».

Відповідаючи на запитання високоповажних гостей, заступник Командувача Об'єднаних сил з питань застосування сил та засобів ДПСУ, полковник Андрій Тишкевич повідомив, що КПВВ «Щастя» знаходиться на відстані 1360 м від лінії розмежування сторін, до прикордонного посту на першому «вогневому рубежі» 1000 м. З української сторони пункт пропуску функціонує з 10 листопада 2020 року. Тут створено по дві смуги: для пішого та транспортного перетинання «лінії зіткнення», але їх робота блокується з боку незаконних збройних формувань. Тому, на даний момент через транспортний коридор переміщуються лише гуманітарні вантажі на тимчасово окуповану територію області.

Загалом для обслуговування громадян, які рухаються в обох напрямках, тут створено 14 модулів, або 27 робочих місць, що потенційно дозволяє обслуговувати до 15 тис. людей та п'яти тисяч автомобілів за добу. До серпня поточного року встановлять ще п'ять модулів для обслуговування транспортних засобів.

Попри героїчні зусилля Луганської влади вкупі з європейськими гуманітарними місіями відбудовувати область, показуючи людям, які вимушені жити в окупації багато позитивних змін, упродовж усіх цих років на тимчасово непідконтрольній території триває російська пропаганда, яка намагається звести нанівець усі старання налагодження нормального життя в краї.

Як доповів делегації заступник Командувача Об'єднаних сил, генерал-майор Едуард Москальов, керівництво Російської Федерації продовжує реалізацію планів щодо пошуків шляхів подальшої дестабілізації обстановки на території України та недопущення реінтеграції тимчасово окупованих

територій Луганщини та Донеччини. РФ намагається штучно загострити ситуацію в районі проведення ООС за рахунок збільшення обстрілів [103].

Наразі чисельність особового складу окупаційних військ становить близько 28 тисяч осіб. Крім того, із початку поточного року значно збільшилася кількість порушень режиму припинення вогню з боку противника. Загалом зафіксовано 951 відповідне порушення, в тому числі із застосування мінометів та артилерії. Це має на меті провокування українських військ на вогонь у відповідь. Обстрілюються ворогом наші населені пункти і об'єкти інфраструктури – з початку року зафіксовано 15 таких обстрілів. Незважаючи на це, ситуація в районі проведення ООС залишається контрольованою.

Прикладом стійкості закладів охорони здоров'я є Гірська лікарня, яка як структурний підрозділ увійшла до складу КНП «Попаснянська центральна районна лікарня». До війни це була Первомайська однопрофільна міська лікарня на 50 ліжок. Наразі тут функціонує поліклінічне відділення та стаціонар соматичного відділення на 30 ліжок (15 ліжок неврологічних, 15 ліжок терапевтичних) та відділення сестринського догляду на 10 ліжок, в якому знаходяться хворі за соціальними показниками.

Лікарня надає послуги мешканцям Гірського, Золотого 1-4, Тошківки, Чихірового, Нижнього, Світличного та Новотошківки – це понад 15 тисяч людей, яким вкрай незручно їздити до Попасної.

Матеріальна база закладу добра: медичне обладнання не нове, але робоче, у 2019 році відремонтовані колишня хірургія та травматологія. Працюють 97 медичних працівників, у тому числі 10 лікарів. Але, разом з тим, деяким стандартам НСЗУ лікарня не відповідає, тож немає можливості укласти угоди на пакети медичних послуг, а, відповідно, це недостатність фінансування з усіма витікаючими наслідками.

Окрім негараздів, пов'язаних з воєнним конфліктом, на території Луганської області, як і по всій Україні присутня проблема Covid-19. За весь час досліджень в області цей діагноз лабораторно підтверджено у 24 220 випадках.

На період 7 квітня 2021 року лабораторно підтверджено 232 нових випадки COVID-19 в області, з них, у м. Лисичанськ – 38, Рубіжному – 32, Сєверодонецьку – 54, Біловодському районі – два, Білокуракинському – вісім, Кременському – 10, Марківському – вісім, Міловський – два, Новоайдарському – чотири, Новопсковському – 17, Попаснянському – шість, Сватівському – п'ять, Станично-Луганському – п'ять, Старобільському – 20, Троїцькому – 21.

Одужали – 19 561 (243 за останню добу), лікуються – 3 887 (578 – стаціонарно, 3 309 – амбулаторно).

Слід зазначити, що за час поширення цього вірусу в області захворіли 980 дітей віком до 17 років. З них одужали – 784.

Рівень госпіталізації в області на 100 тисяч населення дорівнює 51,6 (при пороговому 60).

Усього з початку пандемії на Луганщині від цієї хвороби померло 772 людини [104].

Аналіз динаміка захворювань за період 2012 – 2020 років [105] показав тенденцію до зменшення рівня виявлення основної маси захворювань. Для об'єктивізації цієї ситуації ми розраховували динамічний показник темпу зростання, що представляв собою відношення рівня ряду 2020 року до рівня 2012, який ми прийняли за основу, вираженого у відсотках. Даний показник показав, на скільки відсотків збільшився або зменшився рівень ряду за даний період.

Так, аналізуючи рівні виявлення онкологічних захворювань серед сільського населення Луганщини, ми визначили, що темп спадання за період 2012 – 2020 років склав серед жінок 54,19%, а серед чоловіків цей показник був ще гірший і становив 59,35%. Така ж тенденція зберігалась і в аналізі частки Луганщини в загальній картині по Україні: у 2012 році частка виявлених онкологічних хворих становила 1,58%, а у 2020 – 1,32% , відповідно темп за цей період становив 83,54%.

Насторожуючим і таким, що свідчить про виражені негаразди в системі надання медичної допомоги є факт високого темпу зростання - 125,56%

захворюваності на активний туберкульоз за період 2012 – 2020 років. А серед осіб, які знаходяться в установах Державного департаменту України з питань виконання покарань спостерігаються катастрофічний темп спадання 3520%. Така ситуація швидше за все засвідчує майже повну відсутність медичного контролю за даним контингентом населення.

До захворювань, фактором ризику яких є виражені соціальні негаразди належать захворювання, які передаються статевим шляхом. За період 2012 – 2020 років загалом в Україні цей показник знижувався і темп спаду становив 83,41%. В той же час, у Луганській області за цей же період ці показники зростали і темп росту становив 104,16%.

Слід також наголосити на тому, що в умовах воєнного конфлікту населення постійно знаходиться в стані стресу, як гострого, так і хронічного. Загально відомо, що стан хронічного стресу призводить до погіршення здоров'я, загострення хронічних захворювань, збільшення числа захворювань системи кровообігу та новоутворень, що ми і спостерігаємо з 2014 року в Луганській області. Для запобігання ускладнень розвитку хвороб необхідне застосування удосконалених підходів до проблеми впливу стресових чинників, які б включали комплекс профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів і підготовки кадрів, які здатні працювати в умовах підвищеного стресу, що є невід'ємним атрибутом будь-якого воєнного конфлікту.

Останні роки не ведеться статистичний облік захворюваності та поширеності захворювань, через що аналіз в динаміці неможливий. Однак, навіть проаналізувавши захворювання найбільш чутливі до соціальних факторів, бачимо, що ці захворювання мають тенденцію до негативного розвитку, що, безумовно спровоковано воєнним конфліктом в області.

Відбилися політичні негаразди і на демографічних показниках в області. Динамічний аналіз народжуваності за ці роки показав виражену тенденцію до зниження Див. рис.3.4.1. Темпи спадання становлять 23,60%. Різкий спад народжуваності у 2014 та 2015роках очевидно пов'язаний з воєнними діями та необхідністю мігрувати із даних територій. У 2016 році звилась надія на завершення конфлікту і народжуваність виросла, та з часом конфліктна

ситуація затягнулась на невизначений час і рівні народжуваності знову поповзли вниз і темпи спадання з 2016 року сягають цифри 77,5%.



Рис.3.4.1 Динаміка народжуваності в Луганській області.

Для об'єктивізації причин, що призвели до спаду народжуваності ми проаналізували динаміку кількості зареєстрованих шлюбів в Луганській області за цей же період (Див.рис.3.4.2). Логічно, що ми побачили в результаті аналізу схожу тенденцію: кількість шлюбів також зменшувалась у цей період. Темпи спадання кількості зареєстрованих шлюбів становили з 2014 року 57,75%, а з 2016 року - 91,77%, що підтверджує виражено негативну демографічну тенденцію в зоні воєнного конфлікту.



Рис.3.4.2 Динаміка кількості зареєстрованих шлюбів в Луганській області.

Аналіз динаміки смертності показав аналогічну тенденцію до зростання негативних показників (Див. рис.3.4.3). Через відсутність інформації по частині тимчасово окупованих територій у Луганській області з 2014р. вважається некоректним здійснення розрахунків на 1000 населення. Тому наш аналіз ми будували на абсолютних показниках, що допустимо в динамічному аналізі. На графіку бачимо різке зменшення чисельності померлих з 2013 і в 2014 році саме через згадані проблеми в обліку населення та документальній фіксації померлих.



Рис.3.4.3 Динаміка смертності в Луганській області.

З 2015 року ситуація з реєстрацією більш-менш нормалізувалась, то ж бачимо реальну картину ситуації і вона невтішна [106]. Темпи зростання смертності з 2015 року становлять 110,66%. Дана ситуація ще може бути пов'язана із постарінням населення, яке залишається на території воєнного конфлікту. Дана ситуація потребує додаткового вивчення.

Для глибшого уявлення впливу воєнного конфлікту на показники смертності в області ми вдалися до аналізу структури причин смертності за 2012 та 2019 роки (Див.рис.3.4.4). Перше місце традиційно займають хвороби системи кровообігу, що підтверджується тим фактом, що стресові ситуації, а воєнний конфлікт є високим стресовим чинником, спричиняють виникнення порушень з боку органів системи кровообігу. У 2012 році хвороби системи

кровообігу займали 66,59% в структурі причин смертності. У 2019 році цей показник сягнув до 74,28%. Темп зростання становить 111,55%.

На другому місці в структурі причин смертності були новоутворення, які займали 12,62% і відсоткове значення було однаковим і у 2012 і у 2019 роках, хоч абсолютні числа відрізнялися суттєво: 4636 чол. і 1883 чол. відповідно. Темпи спадання становили 40,6%. Таке зменшення можна пов'язати із певним згортанням спеціалізованої допомоги. Цим же пояснюється зменшення рівня смертності від туберкульозу – 1,37% у 2012 році і 0,63% у 2019. Темпи спадання 19,5%, при абсолютних показниках 484 і 94 у 2012 та 2019 роках відповідно.

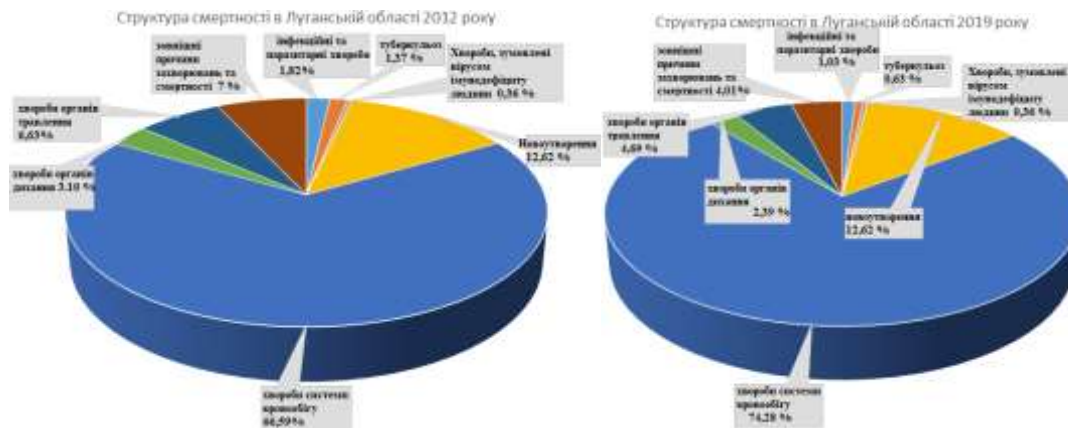


Рис.3.4.4 Структура причин смертності у 2012 та у 2019 роках в Луганській області

Така ж тенденція збережена і для причин смертності від хвороб органів травлення – 6,63% у 2012 році і 4,69% у 2019 та від зовнішніх причин захворюваності та смертності 7% у 2012 році та 4,01% у 2019.

Не суттєво мінялась картина причин смертності від хвороб органів дихання 3,10% та 2,39% за відповідні роки і незмінною залишилась частка причин смертності від хвороб, викликаних вірусом імунодефіциту людини 0,36% в обидва періоди.

Не менше спричинило дану ситуацію збіднення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я та їх різке зменшення, як і криза медичного персоналу (Див.табл.3.4.1).

З 2013 року в Луганській області темпи спаду кількості закладів охорони здоров'я становили 18,11% - це на 103 лікувальних закладів стало менше (Див.рис.3.4.5). У 2013 році, перед воєнним конфліктом, ліжковий фонд Луганщини становив 21200 ліжок, у 2020 від зменшився до 4800 ліжок. Темпи спадання становили 22,64%.

Таблиця 3.4.1

Заклади охорони здоров'я та медичні кадри Луганської області

	Кількість лікарняних закладів, одинць.	Кількість лікарняних ліжок всього, тис.	Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, один.	Кількість лікарів усіх спеціальностей всього, тис.	Кількість середнього медичного персоналу всього, тис.
2013	126	21,2	558	9,4	20,6
2014	25	4,9	198	2,0	5,3
2015	30	7,2	209	2,1	5,3
2016	27	6,5	204	2,1	5,4
2017	27	6,5	207	2,2	5,5
2018	27	6,1	209	2,0	5,2
2019	25	6,1	161	1,3	4,9
2020	23	4,8	160	1,9	4,5

(З 2014 року без урахування частини тимчасово окупованої території у Луганській області)

Кількість лікарських амбулаторно поліклінічних закладів вираховувались без врахування фельдшерсько- акушерських пунктів.



Рис.3.4.5. Динаміка кількості закладів охорони здоров'я в Луганській області

Аналогічна тенденція спостерігається і з ліжковою базою Луганщини. (Див.рис.3.4.6).З приведеної на рис.3.4.6 діаграми, бачимо, що кількість лікарняних ліжок суттєво не мінялась за ці роки. За період з 2014 року по 2020 темп спадання кількості лікарняних ліжок становив 97,95%. Що в принципі корелювало з кількістю стаціонарів в області.



Рис.3.4.6 Динаміка ліжкового фонду в Луганській області за 2013 – 2020 роки

Що ж до динаміки лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів. То тенденція така ж. як і кількості стаціонарних закладів охорони здоров'я в Луганській області. Починаючи з 2014 року – початку воєнної агресії, спостерігався різкий спад у зв'язку із захопленням частини території області проросійськими силами. А з 2014 року рівень амбулаторно-поліклінічних закладів практично незмінний (Див.рис. 3.4.7).



Рис.3.4.7 Динаміка кількості лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів в Луганській області за 2013 – 2020 роки

Відповідно із зменшенням закладів охорони здоров'я, зменшилось і число медичних кадрів (Див.рис.3.4.8). На період 2013 року в Луганській області було 9,4 тисяч лікарів та 20,6 тисяч медсестер. З початком воєнної агресії та відділенням частини територій лікарів залишилось менше чвертини - дві тисячі, а медсестер 5,3 тисячі. На жаль, в подальші роки невизначеність ситуації в зоні конфлікту призвела до повзучого спаду чисельності як лікарів так і середнього медперсоналу. Чисельність лікарів на період 2020 року залишилась на рівні 1,9 тисяч, темп спаду рівний 95%, середнього медперсоналу залишилось 4,5 тисячі з рівнем темпу спаду у 85%.



Рис.3.4.8 Динаміка чисельності медичних працівників у Луганській області за 2013 – 2020 роки

При порівнянні рівнів надання медичної допомоги населенню до воєнного конфлікту та в умовах АТО – ООС, бачимо, що ситуація змінилася в гіршу сторону. Кількість закладів охорони здоров'я, як і чисельність медичних працівників, починаючи з 2014 року зменшилась, що, відповідно, спричинило менший рівень надання медичної допомоги, що в свою чергу призвело до погіршення демографічної ситуації в Луганській області, зокрема зростання смертності. Зменшення народжуваності та постаріння населення.

Забезпечення адекватної медичної допомоги, особливо високоспеціалізованої, потребує в першу чергу відповідного фінансування. В

умовах ООС забезпечити усі вимоги НСЗУ, щодо можливості надання тих чи інших пакетів медичних послуг найчастіше нереально, що ще більше усугубляє проблему надання якісної медичної допомоги населенню, яке знаходиться в зоні конфлікту.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дало можливість сформулювати такі висновки:

1. Воєнний конфлікт на території Луганської області роздисбалансував систему надання медичної допомоги населенню.
2. Матеріальне забезпечення закладів охорони здоров'я Луганщини в період конфлікту різко зменшилося.
3. Гуманітарна криза на Луганщині продовжується і це безпосередньо відбивається на системі охорони здоров'я, доступності та якості надання медичної допомоги як цивільним громадянам, переміщеним особам так і військовим.
4. Наразі відсутня стратегія надання медичної допомоги на КПВВ в органів державної влади чи місцевого самоврядування. Проте, на КПВВ регулярно надається домедична, первинна й екстрена медична допомога у вимушеному режимі, як показує практика, часто особами без медичної освіти, військовими тощо.
5. При порівнянні рівнів надання медичної допомоги населенню до воєнного конфлікту та в умовах АТО – ООС, бачимо, що ситуація змінилася в гіршу сторону. Кількість закладів охорони здоров'я, як і чисельність медичних працівників, починаючи з 2014 року зменшилась, що відповідно, спричинило менший рівень надання медичної допомоги, що в свою чергу призвело до погіршення демографічної ситуації в Луганській області, зокрема зростання смертності. Зменшення народжуваності та постаріння населення.
6. Показано, що можливості спеціалізованої медичної допомоги в час ООС доволі обмежені. На непідконтрольній українській владі території області залишилися 11 з 14-ти міст обласного значення, у тому числі обласний центр – місто Луганськ, де були розташовані майже всі обласні лікувальні заклади, оснащені сучасним медичним обладнанням, які надавали населенню високоспеціалізовану медичну допомогу третинного рівня. Наслідком того є нижчі рівні обстеження хворих, нижчі рівні виявлення таких небезпечних захворювань, як туберкульоз та новоутворення.

7. Для запобігання ускладнень розвитку хвороб необхідне застосування удосконалених підходів до проблеми впливу стресових чинників, які б включали комплекс профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів і підготовки кадрів, які здатні працювати в умовах підвищеного стресу, що є невід'ємним атрибутом будь-якого воєнного конфлікту.

8. Забезпечення адекватної медичної допомоги, особливо високоспеціалізованої, потребує в першу чергу відповідного фінансування. В умовах ООС забезпечити усі вимоги НСЗУ, щодо можливості надання тих чи інших пакетів медичних послуг найчастіше нереально, що ще більше усугубляє проблему надання якісної медичної допомоги населенню, яке знаходиться в зоні конфлікту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Новини про порушення прав людини [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://jfp.org.ua/news/news_novyny/articles/6-rokiv-tomu-zakhopyly-budivliu-sbu-v-luhansku-uchasnyku-nzf-peretvoryly-yii-u-kativniu
2. РНБО розпочинає масштабну АТО із залученням Збройних Сил — Українська правда, 13 квітня 2014 р.
3. Постанова Верховної Ради України «Про Заяву Верховної Ради України щодо захисту конституційних прав військовослужбовців Збройних Сил України та інших військових формувань, осіб рядового і начальницького складу та інших працівників органів внутрішніх справ України, які беруть участь у антитерористичній операції, направленій на захист незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, мирного життя українських громадян», Відомості Верховної Ради, 2014, № 20-21, ст.763
4. Як виграти інформаційну війну на Донбасі?. Українська правда. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.pravda.com.ua/columns/2014/07/9/7031357/>
5. Війна на Донбасі. Що думають українці (дослідження). [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://glavcom.ua/publications/129079-vijna-na-donbasi-shcho-dumajut-ukrajintsi-doslidzhennja.html>
6. СБУ показала «карту смерті» на Донбасі: концтабори та масові захоронення жертв бойовиків. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://glavred.info/politics/291835-sbu-pokazala-kartu-smerti-na-donbasse-konclagerya-i-massovye-zahoroneniya-zhertv-boevikov.html>
7. Терористи жорстоко катували полонених захисників Савур-Могили. Тіла загиблих спотворені до невпізнання [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://espresso.tv/news/2014/09/09/terorysty_zhorstoko_katuvaly_polonenykh_zakhy_snykiv_savur_mohyly_tila_zahyblykh_spotvoreni_do_nevpiznannya
8. HumanRightsWatch заявляє о пытках гражданских лиц со стороны боевиков ДНР и ЛНР [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.rbc.ua/rus/news/hrw-zayavlyaet-o-pytkah-grazhdanskih-lits-so-storony-prorossiyskih-01092014210800>
9. Оксана Хмельовська Amnesty International: Безкарність на Донбасі спричинила поширення безсудових страт і кутувань. // Український тиждень. — 2014. — № 45. — 6 листопада 2014. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://tyzhden.ua/Society/123007>
10. Діана Куришко. Життя в Первомайську: 200 грамів хліба по паспорту ВВС Україна. 13.11.2014. [Електронний ресурс]. - Режим доступу https://www.bbc.com/ukrainian/politics/2014/11/141112_pervomaisk_bread_dk

11. Українці готують протести на окупованих бойовиками територіях — РНБО Українська правда. 23.11.2014. [Електронний ресурс]. - Режим доступу:

https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%83%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D1%96%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%B2_%D0%B7%D0%BE%D0%BD%D1%96_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%82%D1%83#cite_ref-

[_%D0%A3%D0%9F._%D0%A0%D0%9D%D0%91%D0%9E_%D0%BF%D1%80%D0%BE_%D0%B1%D1%83%D0%BD%D1%82%D0%B8_%D0%BD%D0%B0_%D0%94%D0%BE%D0%BD%D0%B1%D0%B0%D1%81%D1%96._23.11.14._11-0](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%9F._%D0%A0%D0%9D%D0%91%D0%9E_%D0%BF%D1%80%D0%BE_%D0%B1%D1%83%D0%BD%D1%82%D0%B8_%D0%BD%D0%B0_%D0%94%D0%BE%D0%BD%D0%B1%D0%B0%D1%81%D1%96._23.11.14._11-0)

12. Жанна Безп'ятчук. Донбас охоплюють протести через безгрошів'я та голод Радіо Свобода. 18.11.2014. <https://www.radiosvoboda.org/a/26698500.html>

13. Володимир Пиріг. РНБО заявляє про масові протести пенсіонерів в окупованих терористами міста ZAXID.NET. 13.11.2014. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://zaxid.net/rnbo_zayavlyaye_pro_masovi_protesti_pensioneriv_v_okupovanih_teroristami_mistah_n1329914

14. Ольга Карабан. У Луганську медсестрам видали зарплату рисом Zaxid.net. 30.11.2014. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://zaxid.net/u_lugansku_medsestram_vidali_zarplatu_risom_n1331955

15. Хоменко Святослав Донбаспотерял право на пенсії[Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://www.bbc.com/ukrainian/ukraine_in_russian/2014/11/141124_ru_s_pensions_donbas

16. Терористи завозять в Донбас обладнання для друку фальшивих грошей — МВС DT.ua. 18.11.2014. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://zn.ua/ukr/UKRAINE/teroristi-zavozyat-v-donbas-obladnannya-dlya-druku-falshivih-groshey-mvs-156810_.html

17. В ЛНР виплатили бюджетникам по сто п'ятьдесят гривень фальшивими десятигривенними купюрами Острів. 28.11.2014. (рос.) [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.ostro.org/lugansk/criminal/news/459125/>

18. В Свердловске голодный бунт. Боевики стреляют (рос.) [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://glavnoe.ua/news/n200483>

19. Жители Макеевки подняли голодный бунт против террористов. (рос.) [Електронний ресурс]. - Режим доступу:

https://censor.net/ru/photo_news/310021/jiteli_makeevki_podnyali_golodnyyi_bunt_protiv_terroristov_foto

20. Люди лезли едва ли не по головам. Было много пострадавших", - жители Горловки штурмом взяли райадминистрацию, требуя соцвыплат, - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: очевидцы https://censor.net/ru/news/316413/lyudi_lezli_edva_li_ne_po_golovam_by_lo_mnogo_postradavshih_jiteli_gorlovki_shturmom_vzyali_rayadministratsiyu

21. Борейко В.Е. Экологические последствия путинской войны на юго-востоке Украины. — Київський еколого-культурний центр, 7 листопада 2015 року. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%96_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%B8_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8_%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8#cite_ref-2abc_2-0

22. Василюк А. В., Ширяева Д. В., Коломыцев Г. А. Военные действия в Украине привели к росту степных пожаров // Степ. бюлл. — 2014. — № 42. — С. 36-38.

23. Лиманский С. В. Военные действия на территории заповедника «Меловая флора» // Степовий бюллетень. — 2014. — № 42. — С. 34-35.. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%96_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%B8_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8_%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8#cite_ref-4abc_4-0

24. Воєнні дії на сході України-цивілізаційні виклики людству. — Львів: Екологія-Право-Людина, 2015. — 132 с. [Электронный ресурс]. - Режим доступа:

https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%96_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%B8_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8_%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8#cite_ref-5abc_5-0

25. Манчук А. Экология войны. — ЛІВА інтернет-журнал, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://liva.com.ua/the-ecology-of-war.html>

26. Аверин Д., Денисов Н. Війна на сході України: бойові дії та екологічні наслідки. — ДП «Східноукраїнський екологічний інститут», 10 червня 2015 року. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%96_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%B8_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8_%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8#cite_ref-7abc_7-0

27. Аверин Д., Подтуркин Д. Экологический капкан «республик». — Petrimazera.com, 22 липня 2015 року. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%96_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BA%D0%B8_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8_%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%96_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8#cite_ref-8abc_8-0

28. Экологическая катастрофа на Донбассе представляет для Украины большую угрозу, чем авария на Чернобыльской АЭС [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://ukranews.com/news/739907-ekologicheskaya-katastrofa-na-donbasse-predstavlyaet-dlya-ukrainy-bolshuyu-ugrozu-chem-avariya-na>

29. Про заходи щодо розв'язання еколого-гідрогеологічних проблем, які виникають унаслідок закриття гірничо-видобувних підприємств, шахт і розрізів. За матеріалами доповіді Міністра екобезпеки Василя Шевчука на засіданні Кабінету міністрів України 11 січня 1999 року [Електронний ресурс]. - Режим доступу: https://web.archive.org/web/20050321002725/http:/members.fortunecity.com/dnipro/prensa/12_01_98s.html

30. Рада ухвалила закон про реінтеграцію Донбасу [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.pravda.com.ua/news/2018/01/18/7168749/>

31. Муженко: АТО на Донбасі завершується, операцію Об'єднаних сил очолить військове керівництво Радіо Свобода (uk). Процитовано 2018-02-22. Донбасу [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.radiosvoboda.org/a/news/29056099.html>

32. В Україні завершується Антитерористична операція. <https://mil.in.ua/>. Український мілітарний портал. 2018-02-22. Процитовано 22 лютого 2018. <https://mil.in.ua/uk/v-ukrayini-zavershuyetsya-antyterrorystychna-operaciya>

33. Операція Об'єднаних Сил розпочнеться лише після відповідного Указу Президента України <http://milnavigator.com.ua/>. Військовий навігатор

України. 2018-03-06. Процитовано 6 березня 2018. Донбасу [Електронний ресурс]. - Режим доступу:

<https://milnavigator.com.ua/%d0%be%d0%bf%d0%b5%d1%80%d0%b0%d1%86%d1%96%d1%8f-%d0%be%d0%b1%d1%94%d0%b4%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d0%b8%d1%85-%d1%81%d0%b8%d0%bb-%d1%80%d0%be%d0%b7%d0%bf%d0%be%d1%87%d0%bd%d0%b5%d1%82%d1%8c%d1%81/>

34. Порошенко: Нинішня неоголошена війна може стати Вітчизняною для українців. Архів оригіналу за 31 березень 2015. Процитовано 8 лютий 2015. [Електронний ресурс]. - Режим доступу:

<https://web.archive.org/web/20150331070138/http://ua.112.ua/suspilstvo/poroshenko-ninishnya-neogoloshena-viyna-mozhe-stati-velikoyu-vitchiznyanoyu-dlya-ukrayinciv-105941.html>

35. Надзвичайна ситуація на території Луганської області – працює урядова група та прийняті рішення Державної комісії ТЕБ та НС з приводу ліквідації пожеж [Електронний ресурс]. - Режим доступу:

<https://www.minregion.gov.ua/press/news/nadzvyhajna-sytuacziya-na-terytoriyi-luganskoji-oblasti-praczuuye-uryadova-grupa-ta-pryjnyati-rishennya-derzhavnoyi-komisiyi-teb-ta-ns-z-pryvodu-likvidacziyi-pozhezh/>

36. Офіс Генерального прокурора підготував інформаційне повідомлення до МКС щодо фактів обстрілів РФ цивільних об'єктів на Луганщині [Електронний ресурс]. - Режим доступу:

https://www.gp.gov.ua/ua/news?_m=publications&_c=view&_t=rec&id=290528&fbclid=IwAR23Ghh4A8_hMoQk7I-MIynE2JbcRbMfj7PJhQn97QepPByWIq90w0uXnl8

37. Гаркавий С.Ф. Ескалація конфлікту на сході України: соціально-економічні наслідки / Фінансовий простір № 4 (16) 2014 [Електронний ресурс]. — Режим доступу :

<https://ofp.cibs.ubs.edu.ua/files/1404/14gsfekn.pdf>

38. Офіційний сайт Міністерства регіонального розвитку, будівництво та житлово-комунального господарства України [Електронний ресурс]. — Режим доступу :

<http://minregion.gov.ua/>

39. Офіційний сайт Інформаційно-аналітичного центру РНБО [Електронний ресурс]. — Режим доступу :

<http://mediarnbo.org>

40. Інформація про стан виконання Плану заходів з реалізації в Луганській області Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року (за III 2019 року) [Електронний ресурс]. — Режим доступу:

https://dszn.loga.gov.ua/upload/editor/plan_zahodiv_iii_kv.pdf

41. Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини Доповідь щодо ситуації з правами людини в Україні 16 травня – 15 серпня 2018 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://www.ohchr.org/Documents/Countries/UA/ReportUkraine16May-15Aug2019_UA.pdf
42. Стаття 12(1.8) Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» № 1706-VII від 20 жовтня 2014.
43. Вимушена переселенка довела у суді: залишила свій дім внаслідок збройної агресії РФ [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <https://helsinki.org.ua/articles/vymushena-pereselenka-dovela-u-sudi-zalyshyla-sviy-dim-vnaslidok-zbrojnoi-ahresii-rf/>
44. Діти війни: статус – є, допомоги – нема [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://helsinki.org.ua/articles/dity-viyny-status-ie-dopomohy-nema/>
45. ЮНІСЕФ: 700 тисяч дітей в Україні не мають належних умов для навчання через конфлікт на Донбасі [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-unisef-dity-konflikty/29681185.html>
46. В ООН назвали кількість загиблих цивільних на Донбасі з початку війни СУСПІЛЬСТВО12 березня 2020, 13:02 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.slovoidilo.ua/2020/03/12/novyna/suspilstvo/oon-nazvaly-kilkist-zahyblyx-cyvilnyx-donbasi-pochatku-vijny>
47. Конституція України [Електронний ресурс]. - Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
48. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>
49. Господарський Кодекс України[Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>
50. Європейська конвенція про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. ратифікована Законом № 475/97-ВР від 17.07.97 [Електронний ресурс]. - Режим доступу:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text
51. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» / (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19)[Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
52. Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5,

ст.31)[Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

53. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України». [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

54. Законом України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.32) [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

55. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» / (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст.340) [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>

56. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 383-р Про Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80#Text>

57. Наказ МОЗ України від 27.04.2018 № 814 «Про організацію направлення медичних працівників, що добровільно виявили бажання надати медичну допомогу у районі здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0814282-18#Text>

58. Кочін І.В. Організація надання медико-санітарної допомоги населенню в умовах надзвичайної ситуації воєнного характеру / І. В. Кочін, Е. В. Хандога // Медицина неотложных состояний. - 2015. - № 5. - С. 17-22. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Medns_2015_5_6 с. 17-22

59. Рунов В.А. Характерные черты современной операции (По опыту локальных войн конца XX — начала XXI вв.) / В.А. Рунов, С.М. Родионов // Армейский сборник. — 2013. — № 12. — С. 59-60.

60. Указ Президента України «Про воєнну доктрину України» від 15.06.2004 р. № 648/2004, поточна редакція від 22.06.2012 року. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/648/2004>

61. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI ст. 16 п. 8б. / Відомості Верховної Ради. — 2013. — № 30. — С. 340.

62. Кочін І.В. Медицина катастроф: Виробниче видання / І.В. Кочін, Г.О. Черняков, П.І. Сидоренко / за ред. проф. І.В. Кочіна. — К.: Здоров'я, 2008. — 724с

63. Лобанов А.И., Авитисов П.В. Система медицинского обеспечения населения в современной войне: проблемы,

путисовершенствования / А.И. Лобанов, П.В. Авитисов // Гражданская защита. — 2002. — № 5. — С. 31-33

64. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2015 рік. – К., 2016. – 360 с

65. 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 30.11.1998 № 1894- 65. – 17 с

66. Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції в Українській військово-медичній академії 18.12.2014.

67. Жаховський В. О. Воєнно-медична доктрина України як інструмент формування єдиного медичного простору / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Україна. Здоров'я нації : науково-практичний журнал. – 2015. – Вип. № 3 (Спецвипуск). – С. 36–39.

68. Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/352-2017-p>. – Назва з екрана.

69. Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру : наказ МОЗ України від 18.02.2015 р. № 75 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150218_0075.html. – Назва з екрана.

70. Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи : постанова Кабінету Міністрів України від 07.09.1993 р. № 708.

71. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/352-2017-%D1%80#Text>

72. Малиш П. Н., Фесенко Реформирование системы здравоохранения в луганской области / Департамент здравоохранения Луганской облгосадминистрации [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://irbis-nbuv.gov.ua> > irbis_nbuv > cgiirbis_64

73. План гуманітарного реагування січень-грудень 2019 - Представництво ООН з координації гуманітарних питань [Електронний

ресурс]. – Режим доступу
https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/ukraine_209_humanitarian_response_plan_ua.pdf

74. Касумова Р. Люди гинуть за прохід: життя і смерть на лінії розмежування//УП. Життя, 12 вересня 2017.

75. Ввечері бойовики відкрили вогонь по Новотроїцькому: Роботу КПВВ було тимчасово призупинено 26 липня 2017// Джерело: 112.ua»[Електронний ресурс]

76. Поліція підтвердила викрадення хлопця на КПВВ «Станиця Луганська»// УП 2 вересня 2017 [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://www.pravda.com.ua/news/2017/09/2/7153845/>

77. Соціально-економічний аналіз Луганської області, 2019 р.- С.37

78. ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «ФУНДАЦІЯ.101» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://www.foundation101.org/news/20160913>

79. Спільна заява: Чотири глави держав, Чотири гуманітарні питання [Електронний ресурс]. – Режим доступу https://www.clovekvrtisni.cz/media/publications/1353/file/1912---n4-ngos-statement_ukr_v1.pdf

80. Доступ до медичної допомоги на КПВВ: загрози та шляхи розв'язання Сайт БО «Право на захист» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://r2p.org.ua/dostup-do-medychnoyi-dopomogy-na-kpvv-zagrozy-ta-shlyahy-rozvyazannya/#>

81. «Основи законодавства України про охорону здоров'я», п. 4 ч. 1 ст.1 ЗУ «Про екстрену медичну допомогу» абз. 12 ч. 1 ст. 3 ЗУ

82. Наказ МОЗ від 16.06.2014 № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах»

83. «Концепція розвитку системи екстреної медичної допомоги», яка схвалена розпорядженням КМУ від 22.05.2019 № 383-р

84. ст. 351 ЗУ «Про основи законодавства України про охорону здоров'я»

85. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»

86. п.5 ч.1 ст. 1 ЗУ «Про екстрену медичну допомогу»

87. п.7 ч.1 ст. 1 ЗУ «Про екстрену медичну допомогу»

88. Розпорядження КМУ від 22.05.2019 №383-р «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги».

89. Розпорядження Голови обласної державної адміністрації – керівника обласної військово-цивільної адміністрації №423 від 30.05.2018 «Про затвердження плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Луганської області»

90. Критерії спроможності мережі ПМД встановлені Порядком формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, затвердженим спільним Наказом Міністерством охорони здоров'я та Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України №178/24 від 06.02.2018

91. Моніторинговий звіт «Дослідження умов доступу до медичної допомоги на КПВВ».БФ «Право на захист» за фінансової підтримки Європейської комісії в рамках цивільного захисту та гуманітарної допомоги Європейського союзу в межах консорціуму ACCESS.[Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://r2p.org.ua/monitoringovuj-zvit-doslidzhennya-umov-dostupu-do-medychnoyi-dopomogy-na-kpvv/>

92. “Новинарня“ – український ньюзрум стаття «Червоний Хрест відновить знищений вогнем модуль на КПВВ “Станція Луганська”» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://novynarnia.com/2020/10/02/chervonyj-khrest-vidnovyt/>

93. Соціально-економічний аналіз Луганської області, 2019 р.

94. Аналітична панель Національної служби здоров'я України

95. «Концепція розвитку системи екстреної медичної допомоги», яка схвалена розпорядженням КМУ від 22.05.2019 № 383-р

96. Огляд гуманітарних потреб 2019 Представництво ООН з координації гуманітарних питань [Електронний ресурс]. – Режим доступу https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/ukraine_2019_humanitarian_needs_overview_ua.pdf

97. “Типове положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги” затвердженого Постановою КМУ від 21.11.2012 № 1114п. 6,7

98. Всеукраїнський перепис населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/Perepis>. – Заголовок з екрану.

99. (<https://moz.gov.ua/article/health/jakimi-likami-ta-medichnimi-virobami-zabezpechujutsja-pacienti-zavdjaki-derzhavnim-zakupivljam>)

100. Надання першої допомоги без страху подальшого покарання [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.medsprava.com.ua/news/497-u-syevyerononetsku-nezabarom-vidkrijut-usi-viddilenja-luganskoyi-oblasnoyi-likarni>

101. Гарбуз Юрій Спеціалізовану медичну допомогу жителям Луганщини надаватимуть військові лікарі [Електронний ресурс]. Режим доступу:

http://loga.gov.ua/oda/press/news/specializovanu_medichnu_dopomogu_zhitelyam_luganshchini_nadavatimut_viyskovi_likari

101. Гарбуз Юрій Спеціалізовану медичну допомогу жителям Луганщини надаватимуть військові лікарі [Електронний ресурс]. Режим доступу:

http://loga.gov.ua/oda/press/news/specializovanu_medichnu_dopomogu_zhitelyam_luganshchini_nadavatimut_viyskovi_likari

102. Медики Луганщини отримали захисні респіратори завдяки ЄС та ПРООН [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/presscenter/pressreleases/2020/medics-of-Luhansk-Oblast-receive-respirators-thanks-to-EU-UN.html>

103. Луганщину відвідали міністри закордонних справ країн бенілюксу [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://vistilug.com.ua/ru/news/9632-luganshchinu-vidvidali-ministri-zakordonnikh-sprav-krain-benilyuksu/>

104. За даними Міністерства охорони здоров'я, станом на 7 травня (09:00) в Україні 2 105 428 підтверджених випадків COVID-19 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://bv.loga.gov.ua/oda/press/news/laboratorno_pidtverdzheno_232_novih_vipadki_covid_19_v_oblasti

105. Статистичні довідники [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html>

106. Статистика населення України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp