



# СТАНДАРТ НАТО

Спільна публікація НАТО-4.10

## СПІЛЬНА ДОКТРИНА НАТО З МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Видання С, Версія 1

ВЕРЕСЕНЬ 2019



ОРГАНІЗАЦІЯ ПІВНІЧНОАТЛАНТИЧНОГО ДОГОВОРУ

МЕДИЧНА ПУБЛІКАЦІЯ НАТО

Опубліковано  
Офісом СТАНДАРТИЗАЦІЇ НАТО (NSO)  
© НАТО/ОТАН

Перекладено командою [tccc.org.ua](http://tccc.org.ua)



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**

## ОРГАНІЗАЦІЯ ПІВНІЧНОАТЛАНТИЧНОГО ДОГОВОРУ (НАТО)

### ОФІС СТАНДАРТИЗАЦІЇ НАТО (NSO)

#### ПОВІДОМЛЕННЯ НАТО ПРО ОФІЦІЙНЕ ОПРИЛЮДНЕННЯ

11 вересня 2019

1. Цим документом оприлюднюється Спільна публікація НАТО AJP-4.10, Видання С, Версія 1, СПІЛЬНА ДОКТРИНА НАТО З МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, яка була схвалена країнами у Раді Військового комітету з медичної стандартизації. Згода країн використовувати цю публікацію зафіксована в STANAG 2228.
2. AJP-4.10, Видання С, Версія 1, набирає чинності з моменту отримання та замінює AJP-4.10, Видання В, Версія 1, яка має бути знищена відповідно до місцевої процедури знищення документів.
3. Жодна частина даної публікації не може бути відтворена, збережена в пошуковій системі, використана в комерційних цілях, адаптована або передана в будь-якій формі чи будь-якими засобами: електронними, механічними, фотокопіюванням, записом чи іншим способом, без попереднього дозволу видавця. Виняток становлять комерційні продажі; вищезазначене не стосується країн-членів або партнерів НАТО, а також командувань і органів НАТО.
4. Цю публікацію слід використовувати відповідно до С-М(2002)60.



Dieter Schmaglowski  
Deputy Director NSO  
Branch Head P&C

Zoltán GULYÁS  
Brigadier General, HUNAF  
Director, NATO Standardization Office

Перекладено командою [tccc.org.ua](http://tccc.org.ua)



НАЦІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР  
ПЕРЕКЛАДУ  
РЕФОРМАЦІЙ

**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**



**ЗАРЕЗЕРВОВАНО ДЛЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ОФІЦІЙНЕ ОПРИЛЮДНЕННЯ**



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**

## **ПЕРЕЛІК ЗАСТЕРЕЖЕНЬ**

ЧАСТИНА	ПЕРЕЛІК ЗАСТЕРЕЖЕНЬ, ПОДАНИХ КРАЇНАМИ

Примітка: Застереження, перелічені на цій сторінці, включають лише ті, які були зареєстровані на момент оприлюднення та можуть бути неповними. Щоб отримати повний список існуючих застережень, зверніться до Бази даних стандартизаційних документів НАТО.



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**



## ПЕРЕЛІК КОНКРЕТНИХ ЗАСТЕРЕЖЕНЬ

[країна]	[опис застереження]
НІМЕЧЧИНА	<p>Розділ 2, 1.50, Мал. 1-1, №2 у поєднанні з MC 325/4 II № 17 - Німеччина зберігає за собою право не відмовляти в наданні невідкладної медичної допомоги третім особам у випадку загрозливих для життя станів, якщо дозволяють можливості, хоча командир має право обмежити військово-медичне забезпечення. (Відповідно до MC 0326/4 II №15 “Універсальне надання невідкладної медичної допомоги” - “Хоча командувач бойовою операцією має повноваження обмежувати доступ до військово-медичної підтримки для третіх сторін, зазвичай не можна відмовляти в проведенні невідкладного лікуванні станів, що загрожують життю, у межах можливостей/потужностей розгорнутих медичних ресурсів.”</p> <p>Розділ 2, № 1.51 у поєднанні з Виноскою 13 - Німеччина зберігає за собою право щодо того, аби медичний персонал був оснащений особистою зброєю для відбиття атак, які порушують міжнародне право. Для Бундесверу (Збройні сили Федеративної Республіки Німеччини - прим. пер.) це пістолет, гвинтівка, пістолет-кулемет.</p> <p>Медичний персонал Бундесверу не може використовувати зброю, для транспортування та експлуатації якої потрібна більше, ніж одна особа (наприклад, великокаліберні кулемети &gt;12,7 мм). Те ж саме стосується використання зброї, яку може транспортувати та експлуатувати одна особа у випадку, якщо зброя зазвичай використовується для активного бою (наприклад, ручні гранати, гранатомет, протитанкова зброя). (відповідно до Спеціальної публікації C1-800/04016 «Waffeneinsatz durch den Sanitätsdienst der Bundeswehr» [Використання зброї медичною службою Бундесверу], Розділ 210.)</p> <p>Розділ 2, № 1.52 у поєднанні з Виносками 14 та 15</p> <p>Згідно з національними правилами та законодавством, Німеччина зберігає за собою право маскувати або видаляти розпізнавальні емблеми за наказом командирів бригадного рівня або вище, або офіцерів на еквівалентній посаді, після консультації зі старшим медичним офіцером (медичним директором) та юрисконсультом. (відповідно до Загальної публікації A-2141/1 «Humanitäres Völkerrecht in bewaffneten Konflikten» [Гуманітарне право у збройних конфліктах], Розділ 6.5.2)</p> <p>Додаток D - 3. Куля</p> <p>З перспективи Німеччини, опис Передового військово-медичного закладу (ВМЗ) 2 етапу (англ. Role 2 Forward, R2F) в морському середовищі, наведений у Додатку D, є недостатньо точним.</p> <p>ВМЗ 2 етапу 3-го рівня є морським еквівалентом R2F/R2B (Базового ВМЗ 2 етапу/Role 2 Basic, R2B), лише якщо виконуються вимоги, докладно описані в Частині 2 Розділу 4 В 2.44.</p>
ВЕЛИКО-БРИТАНІЯ	<p>Застереження 1: Великобританія використовує термін «хірургія в межах театру бойових дій (ТБД)» для опису хірургічних втручань, які проводяться в межах ТБД, крім хірургічних втручань за принципом контролю критичних пошкоджень.</p>

	<p>Застереження 2: Великобританія використовує термін «тривала допомога» при описі додаткових методів підтримки постраждалого, якщо очікується перевищення будь-якого компонента часових рамок (принцип 10-1-2(+2)), наведених у Настановах з медичного планування. Надання тривалої допомоги потребує техніки, навичок і можливостей утримувати пацієнта протягом тривалого часу. Тривала допомога включає такі підкатегорії: тривала допомога на догоспітальному етапі (охоплює методи, придатні для використання у клінічній фазі невідкладної допомоги на догоспітальному етапі) і тривала госпітальна допомога (охоплює ті методи, які придатні для використання у клінічній фазі розгорнутої госпітальної допомоги). Великобританія визнає включення термінів «тривала допомога пораненим» і «тривала допомога в польових умовах» в AJP-4.10(C), але не вважає, що їх визначення є достатньо опрацьоване, аби змінити поточну національну термінологію.</p> <p>Застереження 3: Великобританія використовує термін “допомога на догоспітальному етапі” для опису всіх аспектів надання медичних послуг, що передують розгорнутій госпітальній допомозі. Сюди належать: основні функції первинної медичної допомоги; невідкладна допомога на догоспітальному етапі та передова медична евакуація; а також санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців.</p> <p>Застереження 4: Великобританія розглядає хірургічні втручання за принципом контролю критичних пошкоджень як компонент ресусцитації за принципом контролю критичних пошкоджень, а не як окрему функцію ресусцитації, що описана в AJP 4-10(C).</p> <p>Застереження 5: Великобританія зберігає за собою право, за потреби, визначати Медичні критерії пріоритетності та політику повернення пацієнтів на ТБД у межах своїх національних можливостей. Великобританія також зберігає за собою право пропонувати заходи медичної протидії використанню хімічної, біологічної, радіологічної та ядерної зброї (ХБРЯ-зброї), включаючи застосування профілактичних заходів.</p> <p>Застереження 6: Великобританія не використовує концепцію п'ятирівневої морської медичної допомоги, сформульованих у Додатку D.</p>
НІДЕРЛАНДИ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Пункт 1.50: Нідерланди не можуть відповідати стандартам медичної практики та допомоги в операціях, еквівалентних тим, які надаються на базі своєї країни. Однак Нідерланди завжди надаватимуть персоналу, що знаходиться в зоні ризику, відповідної якості військової оперативної допомоги у лікуванні травм. (Наприклад: Нідерланди не зможуть забезпечити надання серцево-судинної допомоги під час бойових операцій, оскільки, як було сказано, цивільні стандарти допомоги мають інший обсяг повноважень у порівнянні з військово-медичними.)</li> <li>2) Пункт 3.20: Нідерланди будуть трактувати принцип 10-1-2 (+2) наступним чином: ми плануємо надати хірургічну допомогу за принципом контролю критичних пошкоджень протягом однієї години, але не пізніше, ніж через дві години після травми чи ушкодження.</li> </ol>

	<p>3) Малюнок 3.2, 10 хвилин: всі військовослужбовці Нідерландів здатні надавати самопомогу та взаємодопомогу. Окремий (нідерландський) військовий персонал (CIMIC Group North) здатний надавати посилену допомогу в польових умовах.</p>
НОРВЕГІЯ	<p>AJP-4.10(C), 2.50 (4): «Відстеження пацієнтів у реальному/наближеному до реального часу протягом безперервного надання допомоги». Норвегія вважає цей підхід занадто амбіційним з перспективи проведення Масштабних об'єднаних операцій (англ. Major joint operations, MJO, MJO+) та/або операцій, які регулюються Статтею 5. Це пов'язано з досить великою кількістю пацієнтів, поява яких очікується в таких сценаріях (Розраховано згідно з тренуваннями Saber Strike (SABERS)). Зважаючи на це, Норвегія матиме застереження щодо відстеження пацієнтів, як зазначено в цьому розділі.</p>
США	<p>Застереження 1. Сполучені Штати Америки рекомендують видалити текст у пункті 2.13, що стосується терміну «кібервійна», оскільки наступальні атаки в кіберпросторі самі по собі не є актом війни, що визначено вищим керівництвом.</p> <p>Застереження 2. Сполучені Штати Америки рекомендують використовувати термін «міжнародне право» замість «гуманітарного права» в пункті 1.52, оскільки цей термін неправильно використовується відповідно до національного розуміння та Женевських конвенцій.</p> <p>Застереження 3. Сполучені Штати Америки рекомендують виключити зі словника всі терміни та визначення, які не є узгодженими НАТО, дослівно цитованими з NATOTerm, коректно вжитими відповідно до AAR-47 Розробка спільних доктрин НАТО, правильно провадженими або переглянутими відповідно до AAR-77, Термінологічного посібника НАТО, а також виключити терміни, значення яких не можна відстежити за допомогою спеціальних форм.</p> <p>Застереження 4. Сполучені Штати Америки рекомендують узгодити існуючий текст у пункті 1.62.c. «Усі військові зусилля мають бути обмежені в часі та масштабі, з чітко визначеною стратегією виходу для передачі обов'язків цивільним особам» з AJP-1 та AJP-3.</p> <p>Застереження 5. Сполучені Штати Америки рекомендують звернути увагу на різницю, пов'язану з тим, що визначення ВМЗ 2 етапу, яке використовується силами НАТО, включає терміни та описи, які не використовуються Сполученими Штатами, наприклад, ВМЗ 2 етапу забезпечує більші ресусцитаційні можливості, ніж ті, що доступні у ВМЗ 1 етапу. Це визначення не стверджує, що хірургічні можливості є обов'язковими на даному етапі медичної допомоги.</p> <p>Застереження 6. Сполучені Штати Америки рекомендують вирішити питання, пов'язане з тим, що США не навчає і не використовує мнемоніку першої допомоги та допомоги пораненим T.H.R.E.A.T.</p> <p>Застереження 7. Сполучені Штати Америки рекомендують вирішити питання, пов'язане з тим, що п'ять категорій сортування НАТО відрізняються за кольоровим кодуванням від чотирьох категорій сортування, які використовуються у США і закладені в їх поточну доктрину, навчання та практику.</p>



<p>Примітка: Застереження, перелічені на цій сторінці, включають лише ті, які були зареєстровані на момент оприлюднення та можуть бути неповними. Щоб отримати повний список існуючих застережень, зверніться до Баз даних стандартизаційних документів НАТО.</p>	

## Зміст

<i>Список пов'язаних документів.....</i>	<i>xiii</i>
<i>Передмова.....</i>	<i>xix</i>
<b>Частина 1 – Основи медичного забезпечення.....</b>	<b>1-1</b>
<i>Розділ 1 – Контекст .....</i>	<i>1-1</i>
A. Стратегічний контекст.....	1-1
B. Оперативний контекст.....	1-1
C. Медичне забезпечення, охорона здоров'я та підтримка служби охорони здоров'я.....	1-2
D. Медичне забезпечення повномасштабних бойових операцій .....	1-3
E. Медичне забезпечення стабілізації та відновлення.....	1-3
F. Медичне забезпечення об'єднаних операцій з підтримки миру.....	1-4
G. Медичне забезпечення об'єднаних операцій меншого масштабу.....	1-5
H. Медичне забезпечення міжнародних операцій з ліквідації наслідків катастроф .....	1-5
I. Медичне забезпечення об'єднаних наземних операцій .....	1-6
J. Медичне забезпечення об'єднаних повітряних операцій .....	1-8
K. Медичне забезпечення об'єднаних морських операцій .....	1-8
L. Медичне забезпечення об'єднаних спеціальних операцій.....	1-9
M. Медичне забезпечення об'єднаних операцій з підтримки театру бойових дій .....	1-11
<i>Розділ 2 – Принципи, політика та стандарти медичного забезпечення.....</i>	<i>1-11</i>
A. Захист медичних можливостей .....	1-13
B. Принципи та політика, пов'язані з пріоритетністю медичного забезпечення .....	1-14
C. Політика повернення пацієнтів на ТБД.....	1-15
D. Медична допомога особам, позбавленим волі.....	1-15
E. Медична допомога пацієнтам, які не є учасниками бойових дій .....	1-16
F. Принципи цивільно-військового медичного співробітництва.....	1-17
G. Багатонаціональна медична підтримка.....	1-19
H. Модульний підхід до медичного забезпечення .....	1-21
I. Постійне вдосконалення медичного забезпечення операцій (CIHSO).....	1-23
<i>Розділ 3 – Обов'язки та повноваження, пов'язані з медичним забезпеченням.....</i>	<i>1-24</i>
A. Передача повноважень.....	1-24
B. Обов'язки та повноваження командира, пов'язані з медичним забезпеченням.....	1-24
C. Обов'язки та повноваження країн, пов'язані з медичним забезпеченням.....	1-26
D. Медичні обов'язки стратегічних командувань НАТО .....	1-26
E. Обов'язки командування об'єднаних сил (JFCs), комбінованих об'єднаних оперативно-тактичних груп (CJTF) і штабу постійної об'єднаної групи матеріально-технічного забезпечення (SJLSG).....	1-28
F. Медичні обов'язки командування компонентів.....	1-29

<b>Частина 2 – Організація медичного забезпечення .....</b>	<b>2-1</b>
<i>Розділ 1 - Командування та управління .....</i>	<i>2-1</i>
A. Структура медичного персоналу штабу .....	2-1
B. Взаємодія між медичним персоналом та іншими працівниками, а також функції забезпечення.....	2-2
<i>Розділ 2 – Управління інформацією та комунікаціями .....</i>	<i>2-7</i>
<i>Розділ 3 – Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців (FHP).....</i>	<i>2-9</i>
<i>Розділ 4 – Охорона здоров'я Збройних сил (MHC) .....</i>	<i>2-10</i>
A. Елементи охорони здоров'я Збройних сил .....	2-10
B. Етапи та можливості .....	2-11
<i>Розділ 5 - Медична евакуація (MEDEVAC).....</i>	<i>2-14</i>
A. Масштаб медичної евакуації .....	2-14
B. Засоби медичної евакуації.....	2-16
<i>Розділ 6 - Медична логістика .....</i>	<i>2-17</i>
<b>Частина 3 – Задачі та функції, пов'язані з медичним забезпеченням.....</b>	<b>3-1</b>
<i>Розділ 1 - Фізична підготовка та зміцнення здоров'я.....</i>	<i>3-1</i>
<i>Розділ 2 - Медична розвідка та інформація (MI2).....</i>	<i>3-1</i>
<i>Розділ 3 - Навчання та підготовка .....</i>	<i>3-2</i>
<i>Розділ 4 - Медична оцінка (MEDEVAL) .....</i>	<i>3-5</i>
<i>Розділ 5 - Медичне планування.....</i>	<i>3-6</i>
A. Обсяг медичного планування .....	3-6
B. Часові рамки.....	3-7
C. Оцінювання кількості постраждалих.....	3-8
D. Планування надання допомоги при масовому випадку .....	3-10
E. Медичне планування операцій в умовах хімічної, біологічної, радіологічної або ядерної загрози .....	3-10
<i>Розділ 6 - Профілактична медицина, охорона довкілля та ветеринарна служба .....</i>	<i>3-11</i>
<i>Розділ 7 - Спостереження за станом здоров'я під час розгортання, звітування про хвороби та поранення.....</i>	<i>3-12</i>
<i>Розділ 8 – Забезпечення охорони здоров'я Збройних сил.....</i>	<i>3-13</i>
A. Безперервне надання допомоги .....	3-13
B. Самодопомога та взаємодопомога.....	3-16
C. Первинна медична допомога .....	3-16
D. Вторинна медична допомога .....	3-17
E. Остаточна медична допомога .....	3-18
<i>Розділ 9 - Координація евакуації пацієнтів .....</i>	<i>3-18</i>
A. Матриця медичного забезпечення (blue light matrix) .....	3-18



В. Управління потоком пацієнтів .....	3-19
С. Відстеження пацієнтів .....	3-20
<i>Розділ 10 - Медичне управління в надзвичайних ситуаціях критичного рівня .....</i>	<i>3-20</i>
<b>ДОДАТОК А - СТРУКТУРА МЕДИЧНОЇ ДОКТРИНИ .....</b>	<b>A-1</b>
<b>ДОДАТОК В: ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА ДОПОМОГА ПОРАНЕНИМ .....</b>	<b>B-1</b>
<b>ДОДАТОК С: МЕДИЧНЕ УПРАВЛІННЯ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ.....</b>	<b>C-1</b>
<b>ДОДАТОК D - РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС МОРСЬКИХ ОПЕРАЦІЙ.....</b>	<b>D-1</b>
<b>ДОДАТОК Е - СЛОВНИК. ЧАСТИНА 1: АБРЕВІАТУРИ ТА СКОРОЧЕННЯ.....</b>	<b>E-1</b>
<b>ДОДАТОК F - СЛОВНИК. ЧАСТИНА 2: ТЕРМІНОЛОГІЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ .....</b>	<b>F-4</b>



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**



## Список пов'язаних документів

Женевська конвенція 1949 року

PO(2010) 0169	Стратегічна концепція Альянсу
PO(2016) 0407 (INV)	Політика НАТО щодо захисту цивільного населення
PO(2018) 0227-AS1	Концепція Військового комітету щодо захисту цивільного населення
MC 133/4	Планування операцій НАТО
MC 0319/3	Принципи та політика логістики НАТО
MC 0326/4	Принципи та політика НАТО щодо медичного забезпечення
MC 0327/2	Військова політика НАТО щодо Операцій з реагування на кризові ситуації, які не регулюються Статтею 5
MC 0335	Створення Комітету начальників військово-медичних служб НАТО (COMEDS)
MC20/11	Політика Військового комітету щодо військової оперативної стандартизації
MC 0343/1	Військова підтримка НАТО під час міжнародних операцій з ліквідації наслідків стихійних лих (IDRO)
MC 0411/2	Військова політика НАТО щодо цивільно-військового співробітництва (CIMIC) та цивільно-військової взаємодії
MC 0472	Військова концепція НАТО щодо захисту від тероризму
MC 0551	Концепція медичного забезпечення Сил реагування НАТО (NRF)
MC 0572	Військово-медичне бачення та цілі НАТО на 2007-2016 рр.
AAP- 6 ED 2017	Словник термінології та визначень НАТО (англійською та французькою мовами)
AAP-15 ED 2016	Словник аббревіатур, що використовуються в документах та публікаціях НАТО
AJP-01	Спільна доктрина НАТО
AJP-2	Спільна доктрина НАТО з розвідки, контррозвідки та безпеки
AJP-3	Спільна доктрина НАТО з проведення операцій
AJP-4	Спільна доктрина НАТО з логістики
AJP-5	Спільна доктрина НАТО з планування операцій
AJP-6	Спільна доктрина НАТО з систем зв'язку та інформаційних систем

AJP-3.5	Спільна доктрина НАТО зі спеціальних операцій
AJP-3.8	Спільна доктрина НАТО з хімічного, біологічного, радіологічного та ядерного захисту
AJP-3.13	Спільна доктрина НАТО з розгортання сил
AJP-3.14	Спільна доктрина НАТО з захисту військовослужбовців
AJP-3.19	Спільна доктрина НАТО з цивільно-військового співробітництва
AJP-4.4	Спільна доктрина НАТО з переміщення і транспортування
AJP-4.5	Спільна доктрина НАТО з підтримки країни-господаря
AJP-4.6	Спільна доктрина НАТО для об'єднаної групи матеріально-технічного (логістичного) забезпечення
AJP-4.11	Спільна доктрина НАТО з видимості транспортних засобів
AJMEDP-1	Спільна доктрина НАТО з медичного планування
AJMEDP-2	Спільна доктрина НАТО з медичної евакуації
AJMEDP-3	Спільна доктрина НАТО з медичної розвідки
AJMEDP-4	Спільна доктрина НАТО з санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців
AJMEDP-5	Медичні системи зв'язку та інформаційні системи (MEDCIS)
AJMEDP-6	Спільна доктрина НАТО з цивільно-військової медичної взаємодії
AJMEDP-7	Спільна доктрина НАТО з підтримки хімічних, біологічних, радіологічних та ядерних (ХБРЯ) оборонних операцій
AJMEDP-8	Спільна доктрина НАТО з охорони здоров'я Збройних сил (МНС)
AJMEDP-9 (ДОСЛІДЖЕННЯ)	Спільна медична доктрина НАТО з багатонаціональної служби охорони здоров'я
AMEDP-1.1 (ДОСЛІДЖЕННЯ)	Мінімальні вимоги до крові, донорів та пов'язаного обладнання
AMEDP-1.6	Спільна доктрина НАТО з оцінки військово-медичних закладів - Посібник з медичної оцінки
AMEDP-1.7	Спільна доктрина НАТО з оцінки військово-медичних закладів - Матриця можливостей
AMEDP-1.8	Спільна доктрина НАТО з оцінки військово-медичних закладів - Матриця навичок
AMEDP-1.9	Мінімальні вимоги до засобів надання невідкладної медичної допомоги на борту суден

AMEDP-1.10	Медичні аспекти управління у разі масштабного інциденту/масового випадку
AMEDP-1.12	Процедури медичного та стоматологічного постачання
AMEDP-3.1	Військова судово-стоматологічна ідентифікація
AMEDP-4.1	Спостереження за станом здоров'я під час розгортання підрозділів
AMEDP-4.3	Профілактика сказу в людей в оперативних умовах
AMEDP-4.4	Стандарти стоматологічної придатності для військовослужбовців і система класифікації стоматологічної придатності НАТО
AMEDP-4.8	Оцінка стану здоров'я до та після розгортання
AMEDP-5.1	Формат обміну загальною інформацією про пацієнтів
AMEDP-5.2 (ЧОРНОВИЙ ВАРІАНТ)	Стандарти обміну даними між інформаційними системами охорони здоров'я
AMEDP-7.1	Медична допомога постраждалим від ХБРЯ-ураження
AMEDP-7.1-1	Особливості медичного планування та надання допомоги в ХБРЯ-середовищі
AMEDP-7.2	Посібник з надання першої допомоги при ХБРЯ-ураженні
AMEDP-7.2-1	Документ, пов'язаний зі стандартом “Посібник з надання першої допомоги при ХБРЯ-ураженні”
AMEDP-7.5	Настанови НАТО з планування оцінювання кількості постраждалих внаслідок хімічного, біологічного, радіологічного і ядерного (ХБРЯ) ураження
AMEDP-7.8	Реєстрація для медичних цілей впливу іонізуючого випромінювання під час бойових операцій та використання дозиметрів
AMEDP-8.1	Документація, пов'язана з початковою медичною допомогою та евакуацією
AMEDP-8.2	Базова (клінічна) документація військового госпіталю
AMEDP-8.4	Догляд за тваринами, їх добробут і ветеринарна підтримка на всіх етапах військового розгортання
AMEDP-8.5	Мінімальні вимоги до досліджень, що проводяться лабораторними підрозділами у військово-медичних закладах (ВМЗ) на ТБД
AMEDP-8.6	Охорона психічного здоров'я на передовій
AMEDP-8.7	Перев'язувальні матеріали для першої допомоги, аптечки першої допомоги та набори для надання невідкладної медичної допомоги

AMEDP-8.8	Медичний жетон/браслет
AMEDP-8.9	Мінімальні вимоги до медичної допомоги жінкам під час об'єднаних/ комбінованих операцій
AMEDP-8.10 (ДОСЛІДЖЕННЯ)	Психологічний довідник для керівників впродовж циклу розгортання
AMEDP-8.11 (ДОСЛІДЖЕННЯ)	Попередження самогубств
AMEDP-8.12	Вимоги до військової підготовки з надання невідкладної медичної допомоги при травмах
AMEDP-8.13	Обсяг стоматологічного та щелепно-лицевого лікування на 1-3 етапах медичного забезпечення
AMEDP-8.14	Профілактика соматоформних розладів, які виникають після повернення з бойового завдання
AMEDP-8.15	Вимоги до підготовки з надання допомоги пораненим та навчання з базової гігієни для всіх військовослужбовців
AMEDP-9.1 (ДОСЛІДЖЕННЯ)	Модульний підхід до багатонаціональних військово-медичних закладів
AMEDP-9.2	Настанови для багатонаціонального медичного підрозділу
AMEDP-9.3	Акредитація медичних працівників НАТО, призначених на 2/3 етапи медичної допомоги багатонаціональних медичних підрозділів
AMEDP-23	Національні військові стратегії вакцинації Збройних сил НАТО
AAMEDP-1-1	Медична публікація Повітряних сил НАТО з аеромедичної евакуації
AAMEDP-1.5 ED.6	Використання повітряного транспорту в медичних цілях на передовій
AMOV-6	Директива НАТО щодо мультимодального транспортування небезпечних вантажів
ACO DIR 80-90	Доступ до цивільної експертизи (цивільного планування на випадок надзвичайних ситуацій)
ACO DIR 83-1 (ED 2)	Медичне забезпечення операцій (вересень 2010р.)
ACO DIR 83-2	Настанови Оперативного командування Об'єднаних Збройних сил (ОЗС) НАТО щодо залучення військово-медичних служб до надання гуманітарної підтримки та забезпечення управління, реконструкції та розвитку (березень 2010 р.)
ACT DIR 75-2/T	Навчальний посібник "Об'єднана медична функціональна зона"



NSHQ DIRECTIVE 75-  
001

Директива про медичні стандарти та підготовку

NSHQ DIRECTIVE 300-  
001

Посібник для медичних керівників Сил спеціальних операцій



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**

## Передмова

**I. Контекст.** Це видання Спільної доктрини НАТО з медичного забезпечення відображає зміни, які відбулися в НАТО з часу публікації попереднього видання в травні 2015 року, а також сучасний розвиток військової медицини, уроки і досвід останніх розгортань НАТО та роль медичного і санітарного забезпечення в об'єднаних операціях. У даному виданні також розглядаються зростаючі очікування громадськості щодо високоякісних результатів лікування постраждалих і нові тенденції розвитку системи охорони здоров'я, яка повинна бути самодостатньою, спроможною, підготовленою та оперативною сумісною для досягнення амбіцій НАТО в межах комплексного підходу.

**II. Сфера застосування.** Доктрина встановлює основоположні принципи та загальновизнані стандарти, згідно з якими збройні сили керують своїми діями на підтримку поставлених цілей. Чітке розуміння та прийняття доктрини об'єднаними силами союзників є необхідною умовою для успішного проведення операцій. Спільна публікація НАТО (англ. Allied Joint Publication, AJP) AJP-4.10 ґрунтується на ключових засадах, викладених у AJP-01(D), Спільна доктрина НАТО, та виражає основоположні принципи та політику НАТО стосовно медичного забезпечення, викладені у Публікації Військового комітету (англ. Military Committee Publication, MC) 326, у вигляді оперативних настанов. AJP 4.10 є однією з допоміжних спільних публікацій AJP-4, Спільної логістичної доктрини НАТО. Підпорядковані AJP-4.10 публікації — це серії Спільних медичних публікацій НАТО (англ. Allied Joint Medical Publication, AJMedP), Медичних публікацій НАТО (англ. Allied Medical Publication, AMedP) і Медичних публікацій повітряних сил НАТО (англ. Allied Air Medical Publications, AAMedP), які призначені для медичних офіцерів і галузевих експертів<sup>1</sup> та надають детальнішу інформацію про різні аспекти об'єднаного медичного забезпечення.

**III. Мета.** Це видання має на меті надати основи для планування та здійснення спільного медичного забезпечення операцій НАТО. У публікації пояснюється спільне медичне забезпечення в політичному, стратегічному та оперативному контексті, а також окреслюються принципи, настанови та обов'язки медичного забезпечення (Частина 1). Описується організація медичного забезпечення в НАТО, взаємозв'язки та взаємодія різних його компонентів між собою, у військових структурах та з цивільними органами охорони здоров'я і організаціями (Частина 2). Окреслюються завдання та функції, пов'язані з медичним забезпеченням (Частина 3). Даний документ має сприяти чіткому розумінню загальної ситуації та гнучкості у прийнятті рішень. Він також повинен підтримувати навчання та багатонаціональну взаємосумісність під час операцій, надаючи узгоджені єдині стандарти та термінологію. Це видання має заохочувати та сприяти тісній співпраці між країнами-учасницями НАТО, навіть якщо у їхніх національних доктринах існують деякі відмінності.

**IV. Застосування.** Доктрина НАТО надає орієнтири та настанови, що базуються на узгоджених стандартах і термінології НАТО. Публікацію AJP-4.10 слід розуміти як настанову та довідковий документ з медичного забезпечення, який можна застосовувати з певною гнучкістю у разі потреби. Основна цільова аудиторія — це персонал НАТО на оперативному рівні штабів або формувань та підрозділів, які до них належать, а також медичний персонал НАТО. Документ AJP-4.10 не має на меті замінити національну доктрину чи підхід будь-якої конкретної країни-учасниці до медичного забезпечення. AJP-4.10 також може бути застосований (з адаптаціями, узгодженими залученими країнами-учасницями у разі потреби) для операцій під іншими міжнародними мандатами або у складі коаліції країн-учасниць та країн, які не є учасницями НАТО, якщо таке використання не суперечить інтересам НАТО.

<sup>1</sup> Див. Додаток А. Структура медичної доктрини

## Спільна публікація НАТО АJP-4.10

**V. Зміни.** Доктрина розвивається відповідно до змін у її політичній та стратегічній основі у світлі нових технологій, виявлених уроків і аналітичних інсайтів щодо операцій. АJP-4.10 підлягає регулярному перегляду і може бути змінена і перевидана за потреби. Керуючись завданнями, поставленими Комітетом начальників військово-медичних служб НАТО (англ. Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO, COMEDS), Медичний відділ Командування ОЗС НАТО з питань трансформації (англ. Allied Command Transformation, ACT) переглядає матеріали АJP-4.10; Робоча група Доктрини об'єднаних операцій НАТО (англ. Allied Joint Operations Doctrine Working Group, AJOD WG) і Робоча група Військового комітету з медичної стандартизації (англ. Military Committee Medical Standardization Working Group, MC MedStdWG) забезпечують контроль з боку NSO, а Робоча група з Військових медичних структур, операцій та процедур COMEDS (англ. COMEDS Military Medical Structures, Operations and Procedures Working Group, MMSOP WG) здійснює нагляд за медичними аспектами, щоб відобразити зміни у політиці НАТО або швидко внести поправки відповідно до вимог. Будь-які рекомендовані зміни або пропозиції щодо розвитку завжди вітаються та мають бути направлені до Медичного відділу ACT.



## Частина 1 – Основи медичного забезпечення

*Цей розділ описує основи медичного забезпечення, що охоплюють стратегічний та оперативний контексти. Він деталізує принципи, політику та стандарти медичного забезпечення НАТО, а також обов'язки, пов'язані з охороною здоров'я на різних рівнях командування НАТО.*

### Розділ 1 – Контекст

#### А. Стратегічний контекст

- 1.1 Глобальне середовище безпеки все більше характеризується складністю, невизначеністю, нестабільністю та невинним поширенням інформації. Останні глобальні економічні тенденції призвели до складного та вразливого балансу залежностей. Екологічні та ресурсні обмеження, включаючи ризики для здоров'я, зміни клімату, урбанізацію, дефіцит води та зростаючі потреби в енергії, будуть надалі формувати майбутнє середовище безпеки.
- 1.2 НАТО, як правило, є одним із багатьох суб'єктів, і, хоча цілі різних сторін можуть бути загалом узгоджені, кожна з них формується з різних перспектив, пріоритетів, мотивацій, мандатів, часових рамок, культур і процесів. НАТО залишається зосередженим на колективному захисті (як визначено в Статті 5 Північноатлантичного договору), кризовому управлінні та спільно підтримуваній безпеці. Стратегія безпеки НАТО спрямована на підвищення готовності, оперативності, стійкості і стабільності, на зміцнення трансатлантичного зв'язку, а також на посилення співпраці та взаємосумісності між її членами та партнерами.
- 1.3 Військові сили НАТО повинні підтримувати здатність проводити масштабні стандартні операції та високо інтенсивні бойові дії по всьому світу, вздовж розширених ліній комунікацій та протягом тривалих періодів у складних кліматичних, географічних, соціокультурних, економічних і політичних умовах, а також брати участь у гібридній, асиметричній і нетрадиційній війні. Це вимагає високого рівня готовності, мобільності та гнучкості, а також взаємосумісності, взаємності, стійкості та стабільності. Розуміння та взаємодія з органами та організаціями цивільної влади залишаються актуальними в середовищі безпеки сьогодення і найближчого майбутнього та є важливими для зміцнення стійкості держав-членів у колективному захисті та спільній безпеці.

#### В. Оперативний контекст

- 1.4 Під час операцій сили НАТО можуть бути розгорнуті в складних оперативних умовах. До них належать:
  - високоінтенсивні бойові дії, що поєднують класичні та гібридні війни;
  - віддалені та непристосовані місцевості з високою поширеністю та частотою виникнення загроз і ризиків для здоров'я;
  - великі відстані, операції за умови розширених і обмежених ліній комунікацій;
  - мінімальна або відсутня підтримка країни-господаря;
  - густонаселені міські райони з великою кількістю цивільного населення, де чітке розмежування між комбатантами та цивільним населенням майже неможливе.
- 1.5 Різні потенційні загрози можуть вплинути на здоров'я військових сил або населення з групи ризику, і включають:



СЕРВІС ПЕРЕКЛАДУ  
РЕФОРМАЦІЇ

## Спільна публікація НАТО AJP-4.10

- **Хімічні** загрози, такі як бойові отруйні речовини (БОР), токсичні промислові хімікати, хімічні речовини, які застосовуються для придушення масових заворушень та небезпечні хімічні речовини, що походять від фармацевтичних препаратів;
- **Біологічні** загрози, такі як живі організми, токсини та біологічні небезпеки, що навмисно використовуються для заподіяння шкоди населенню з групи ризику;
- **Радіологічні** загрози, такі як речовини (або ситуації), що вивільняють іонізуюче (альфа-, бета-, гамма-випромінювання та нейтрони) та неіонізуюче випромінювання (включно зі спрямованою енергією);
- **Ядерні** загрози, такі як зброя або ситуації, що призводять до реакцій ядерного поділу/синтезу;
- **Вибухові** (та балістичні) загрози, що включають усі наслідки вибухової діяльності на людський організм, включаючи вогнепальні поранення, непрямий вогонь, саморобні вибухові пристрої, снаряди та бомби;
- **Екологічні** загрози, такі як умови навколишнього середовища, що можуть завдати шкоди, як-от спека, холод і висота;
- **Ендемічні** загрози, такі як інфекційні захворювання та біологічні агенти оперативного значення, які не вивільняються навмисно, але становлять загрозу для здоров'я населення з групи ризику;
- **Травматичні** загрози, які охоплюють травми, що не пов'язані з бойовими діями, доповнюючи вибухові (та балістичні) загрози, які спричиняють бойові поранення.

### C. Медичне забезпечення, охорона здоров'я та підтримка служби охорони здоров'я

- 1.6 Медичне забезпечення та охорона здоров'я є ключовими факторами підтримки боєздатності сил. Вони включають комплекс заходів, які сприяють підготовці та збереженню людського потенціалу шляхом повного та узгодженого догляду за здоров'ям<sup>2</sup>.
- 1.7 Медичне забезпечення охоплює весь спектр медичних послуг<sup>3</sup>. Воно сприяє захисту сил, їх готовності та стійкості шляхом планування та надання профілактичної, лікувальної та реабілітаційної медичної допомоги військовослужбовцям від моменту мобілізації до виходу на пенсію. Сюди входить профілактика захворювань, зміцнення здоров'я, швидка евакуація та лікування хворих, поранених або травмованих, а також відновлення та повернення до служби якомога більшої кількості осіб.
- 1.8 Підтримка служби охорони здоров'я охоплює всі послуги, що надаються спеціалізованим медичним персоналом. Вона спрямована на безпосереднє або опосередковане сприяння здоров'ю та благополуччю пацієнтів або населення<sup>4</sup>.
- 1.9 Медичні та санітарні служби охоплюють усі професійні, технічні та пов'язані з ними функції, що виконуються медичними працівниками у військовій організації. Вони включають загальне та спеціальне медичне лікування, стоматологічну допомогу, послуги із збереження психічного здоров'я, догляд за хворими, ветеринарну службу, медичні лабораторні послуги, евакуацію пацієнтів, профілактичну медицину, дієтологію та медичну логістику<sup>5</sup>.
- 1.10 Медичні та санітарні служби мають на меті збереження та відновлення здоров'я та боєздатності сил у разі впливу загроз оперативного середовища та надання медичної

<sup>2</sup> Узгоджене НАТО визначення медичного забезпечення та охорони здоров'я у словнику

<sup>3</sup> Узгоджене НАТО визначення медичного забезпечення у словнику

<sup>4</sup> Узгоджене НАТО визначення підтримки служби охорони здоров'я у словнику

<sup>5</sup> Узгоджене НАТО визначення медичних і санітарних служб у словнику

допомоги пацієнтам, які страждають від наслідків впливу однієї або кількох із цих загроз (або мають проблеми зі здоров'ям, спричинені внутрішніми факторами). У цьому контексті здоров'я розглядається не лише як відсутність травм, захворювань або недуг, але й як стан фізичної та психічної готовності, що дозволяє розгорнутим силам виконувати свої обов'язки без перешкод з боку фізичних або психічних проблем. На вимогу та за потреби медичні та санітарні служби можуть сприяти розвитку цивільного сектору охорони здоров'я, який забезпечують організації, що не входять до НАТО, а також допомагати місцевим силам у розвитку військових медичних можливостей.

#### D. Медичне забезпечення повномасштабних бойових операцій

- 1.11 Повномасштабні бойові операції становлять значний виклик для медичного забезпечення через такі фактори, як кількість залучених військових підрозділів та військовослужбовців, а також потенційний вплив на цивільне населення та інфраструктуру<sup>6</sup>. Військові медичні служби можуть не впоратися з очікуваними рівнями постраждалих, тоді як цивільна медична інфраструктура буде зазнавати труднощів з наданням допомоги цивільному населенню, особливо в густонаселених районах. Витривалість, необхідна для управління такою ситуацією, залежить від політичної волі та дій, надійного планування на випадок надзвичайних ситуацій, підтримки відповідної інфраструктури, комплексної цивільно-військової співпраці та взаємної підтримки всіх залучених націй і організацій.
- 1.12 Вихід на театр бойових дій, ймовірно, буде ускладненим, і перевага в повітрі не може бути гарантована. Після введення військових сил можуть виникнути потреби у встановленні та підтримці комунікацій. Для цього потрібні транспортні засоби з можливістю медичної евакуації (англ., medical evacuation, MEDEVAC) великої кількості пацієнтів одночасно (можливо, з кількох місць) і наявність військово-медичних закладів з можливістю прийому великої кількості пацієнтів.
- 1.13 Крім того, повномасштабний конфлікт може значно вплинути на місцеву цивільну систему охорони здоров'я, послуги, інфраструктуру та персонал. Багато закладів і служб можуть бути знищені або виведені з ладу. У таких умовах місцеві органи влади можуть звернутися до командувачів НАТО з проханням про підтримку охорони здоров'я. Такі запити можуть поставити командирів і їхні штаби перед важким вибором стосовно вимог завдання та його пріоритетів, наявності можливостей, спроможності та стійкості, а також забезпечення або збереження інтересів місцевого населення.

#### E. Медичне забезпечення стабілізації та відновлення

- 1.14 Відновлення має на меті сприяти стабілізації шляхом встановлення або підтримки легітимності уряду, забезпечення повернення переміщених осіб і сприяння поверненню до нормального життя. Безпека та надання суспільних і соціальних товарів і послуг є взаємозалежними; хоча безпека потрібна для забезпечення послуг, відчутний прогрес у відновленні необхідний для підтримки тривалої безпеки. Низька якість інфраструктури та відсутність доступу до послуг та структур, необхідних для повсякденного життя, можуть сприяти нестабільності та загрожувати легітимності уряду. Відновлення роботи різних служб підтримує діяльність із порятунку життя та запобігання шкоді та забезпечує необхідну інфраструктуру для початкового відновлення та подальшого розвитку. Основні служби

<sup>6</sup> У спільній лексичі НАТО також використовується вираз "повномасштабні об'єднані операції" (англ., major joint operations, MJO, MJO+)

включають водовідведення, водопостачання, електропостачання, освітні послуги, вивезення сміття, медичні послуги, безпеку та верховенство права.

- 1.15 Відновлення роботи комунальних служб є передусім цивільною відповідальністю; військові сили, ймовірно, будуть сприяти створенню безпечного середовища та встановленню умов безпеки, необхідних, щоб інші організації могли виконувати свої завдання з відновлення. Однак, у деяких випадках, наприклад, у надзвичайних ситуаціях, військові сили можуть бути або єдиними доступними ресурсами, або єдиними, хто має відповідний для початку відновлення роботи служб досвід. У таких випадках військові підрозділи повинні виконувати ці завдання з чітким наміром якнайшвидше передати їх місцевим, регіональним і національним (урядовим) організаціям і установам.
- 1.16 Підрозділи медичної служби НАТО можуть брати участь у медичному забезпеченні інших підрозділів військових сил НАТО, які сприяють стабілізації та відновленню. Крім того, підрозділи медичної служби НАТО можуть допомагати місцевій владі у відновленні та покращенні роботи місцевих служб охорони здоров'я і, у виняткових випадках, тимчасово усувати прогалини в наданні медичних послуг, аж поки ці послуги будуть відновлені місцевою владою. Військові сили можуть залучатися до широкого спектра заходів з медичного забезпечення: від безпосереднього надання медичної допомоги до діяльності в сфері громадського здоров'я. Надання медичної допомоги місцевому населенню підрозділами військових сил НАТО має бути ретельно сплановане з урахуванням місцевих стандартів, за участю місцевих органів влади або їхніх представників, наприклад, Управління ООН з координації гуманітарних питань (англ. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, UN OCHA), та підтримуватися органами місцевої влади після виведення сил НАТО.

#### **F. Медичне забезпечення об'єднаних операцій з підтримки миру**

- 1.17 Підтримка миру охоплює низку військових зусиль, таких як запобігання конфліктам, встановлення миру, примус до миру, підтримання миру та відбудова/зміцнення миру, які здійснюються неупереджено і безсторонньо з метою відновлення або підтримання міжнародного миру та безпеки. Конфлікти часто призводять до поганих санітарних умов, бідності та пошкодження критичної інфраструктури й промислових об'єктів, що призводить до підвищеного ризику для здоров'я населення, а також для розгорнутих сил.
- 1.18 Військово-медичні служби призначені, перш за все, для надання медичної підтримки своїм силам, а не місцевому населенню. Однак у районах, де інфраструктура охорони здоров'я була пошкоджена або не існує, командири можуть розглянути можливість надання допомоги і місцевому населенню також.
- 1.19 Співпраця з цивільними медичними органами, організаціями та установами є важливою для координованого і, де це можливо, спільного реагування. Загалом, слід завжди прагнути надавати підтримку відповідному керівництву. Якщо відповідний уряд або орган існує, він повинен мати пріоритет, незалежно від масштабу його можливостей. Якщо держава неефективна, тимчасово координувати надання медичних послуг може провідне агентство.<sup>7</sup> Там, де надається медична підтримка цивільному населенню, вона повинна відповідати

<sup>7</sup> У більшості випадків Управління ООН з координації гуманітарних питань (UN OCHA) буде уповноваженим провідним агентством і підтримуватиметься іншими агенціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я, Організація, ЮНІСЕФ та неурядові організації.

стандартам, прийнятним як для країн-учасниць, що надають допомогу, так і для країни, що її отримує.

#### **G. Медичне забезпечення об'єднаних операцій меншого масштабу**

- 1.20 Об'єднані операції меншого масштабу, такі як операції з нагляду, консультування та навчання, часто характеризуються дуже довгими лініями комунікацій та дуже обмеженими можливостями. Крім того, підрозділи військових сил можуть бути розпоршені по всьому театру бойових дій.
- 1.21 Медичне забезпечення може покладатися на цивільну підтримку приймаючої країни або на залучення приватних військових сил і засобів на контрактній основі, де це доступно. Медичні стандарти таких можливостей можуть не завжди відповідати стандартам країн-учасниць, що надають війська. У деяких випадках об'єднані операції меншого масштабу можуть підтримуватися інтегрованою медичною командою з певними можливостями надання первинної медичної допомоги, проведення хірургічних втручань та медичної евакуації. Медичне забезпечення таких операцій має бути адаптоване до розміру сил і специфіки завдання та повинно враховувати альтернативні концепції медичного забезпечення, такі як тривала допомога в польових умовах.
- 1.22 Військовослужбовцям, задіяним в об'єднаних операціях меншого масштабу, може знадобитися самостійно надавати невідкладну медичну допомогу, яку зазвичай надають медичні фахівці, тому вони повинні бути відповідним чином підготовлені та мати потрібне обладнання. Вони також повинні пам'ятати про можливі загрози для здоров'я та мати базові знання з медицини в умовах дикої природи і профілактичної медицини для надання само- та взаємодопомоги.

#### **H. Медичне забезпечення міжнародних операцій з ліквідації наслідків катастроф**

- 1.23 Ліквідацію наслідків катастроф можна описати як організоване реагування для полегшення ситуації, що виникла в результаті природної або техногенної катастрофи. Постраждала країна залишається відповідальною за ліквідацію наслідків катастроф. У разі запиту на міжнародне реагування, ООН зберігає за собою провідну роль у координації міжнародних операцій з ліквідації наслідків катастроф. НАТО та країни-партнери можуть звертатися за допомогою через Євроатлантичний координаційний центр реагування на стихійні лиха та катастрофи НАТО (англ., Euro-Atlantic Disaster Response Coordination Centre, EADRCC). EADRCC не дублюватиме роль ООН, а доповнюватиме та надаватиме додаткову підтримку. Військові сили будуть залучені лише у таких випадках:
- на запит влади постраждалої країни (тобто встановлюється цивільний пріоритет);
  - як крайній захід, коли невійськові структури не можуть забезпечити належне реагування на катастрофу або потребують подальшого посилення;
  - у співпраці з іншими урядовими та неурядовими установами або в рамках поточного завдання НАТО, або як окреме гуманітарне втручання.

В останньому випадку операція часто передбачає значний ступінь військового захисту, а також логістичну та медичну підтримку.

- 1.24 Характер катастрофи, географічне розташування, кількість постраждалого населення та інфраструктура визначатимуть загрози для здоров'я, які необхідно усунути, типи травм і хвороб, кількість постраждалих, які потребують лікування, а також необхідну медичну

допомогу. Епідемічні події, погані умови проживання та відсутність базових комунальних послуг можуть сприяти погіршенню стану здоров'я населення.

- 1.25 Медичний внесок у ліквідацію наслідків катастроф спрямований на пом'якшення наслідків таких подій. Він включає негайну допомогу та запобіжні заходи, спрямовані на порятунок життя та зменшення страждань, зменшення психологічного стресу, обмеження збитків та відновлення роботи комунальних служб. Медичне реагування на катастрофи має бути швидким, а також спланованим і координованим із місцевими органами влади, міжнародними та неурядовими організаціями.
- 1.26 Необхідні чіткі інструкції щодо правових питань, таких як відповідальність та обсяг медичної практики, які мають бути узгоджені між командувачем об'єднаних сил, країнами-учасницями, що надають війська, та приймаючою країною до початку розгортання. Загальна відповідальність за ефективну систему медичної евакуації лежить на медичному відомстві постраждалої країни або призначеному ним представнику. Пацієнти, як правило, не повинні бути переміщені за межі своєї країни без дозволу уряду (якщо такий уряд/вимога існує).
- 1.27 Знання та досвід в управлінні надзвичайними ситуаціями критичного рівня, галузі громадського здоров'я та гуманітарній підтримці є необхідними для координації медичного забезпечення в міжнародних операціях з ліквідації наслідків катастроф. Професіоналізм у галузі профілактичної медицини допоможе гарантувати, що наслідки катастрофи не стануть гіршими через руйнування інфраструктури в постраждалому районі. Характер операції та географічне розташування визначатимуть необхідний набір професійних навичок медиків, а також можуть вимагати персоналу, обладнання та матеріалів для надання екстреної допомоги літнім людям, вагітним жінкам та дітям.
- 1.28 Подальші вказівки щодо медичної підтримки операцій з ліквідації наслідків катастроф, гуманітарної підтримки, догляду за переміщеними цивільними особами та подібних місій, безпосередньо не пов'язаних з бойовими діями чи підтримкою миру, наведені в таких документах:
  - МС 343 Військова підтримка НАТО під час міжнародних операцій з ліквідації наслідків стихійних лих;
  - МС 327 Військова політика НАТО щодо Операцій з реагування на кризові ситуації, які не регулюються Статтею 5;
  - AJMedP-6 Цивільно-військова медична взаємодія (STANAG 2563);
  - Управління ООН з координації гуманітарних справ (ОСНА), Настанови Осло щодо використання іноземних військових сил та засобів цивільного захисту в ліквідації наслідків катастроф;
  - Директива АСО 83-2 (вказівки щодо залучення військово-медичних служб до надання гуманітарної підтримки та забезпечення управління, реконструкції та розвитку)

#### I. **Медичне забезпечення об'єднаних наземних операцій**

- 1.29 Наземні операції значно відрізняються як за типом завдань, так і за характеристиками. Вони можуть включати розгортання амфібійних, аеромобільних, повітряно-десантних сил та військ наступного ешелону, асиметричну, нетрадиційну, гібридну війни та ведення бойових дій в міських умовах, а також проводиться в таких середовищах, як арктика, пустелі, гори та джунглі. Медичне забезпечення наземних операцій може варіюватися від медичної підтримки розгорнутих сил до реформування сектору охорони здоров'я, що сприяє відновленню або розвитку місцевих структур охорони здоров'я. Медичне забезпечення





## Спільна публікація НАТО АJP-4.10

зазвичай пов'язане з комунікаціями, які в деяких випадках можуть бути розташовані на значній відстані або розсосереджені на значній території. Кожне завдання та його операційне середовище ставитимуть перед медичним забезпеченням специфічні завдання:

- a. Комунікаційні лінії можуть бути складними для встановлення та легко перериватися, ускладнюючи використання наземних машин швидкої допомоги та доступність і постачання військово-медичних закладів.
- b. Оперативний темп може вимагати швидкої зміни позицій медичних підрозділів упродовж обмеженого часу.
- c. Підрозділи та заклади можуть бути ізольованими, що вимагатиме тривалої підтримки поранених.
- d. Рятувальні та евакуаційні засоби можуть зіткнутися зі значними загрозами, яким буде важко протистояти, особливо там, де неможливо забезпечити перевагу в повітрі.
- e. Військово-медичні заклади можуть не бути розміщені у відносно безпечній зоні оперативного тилу, де вже чітко не видно лінії фронту; безпечне середовище для розгортання та підтримки належного медичного забезпечення не завжди буде доступним.
- f. Медична допомога, що надається місцевими закладами охорони здоров'я або гуманітарними організаціями, може бути недоступною в ворожому середовищі або середовищі високого ризику.
- g. Військово-медичні заклади, розташовані в населених пунктах, можуть бути перевантажені великою кількістю місцевих (цивільних) поранених.
- h. На підтримку та за запитом місцевих органів влади або гуманітарних організацій медичні підрозділи НАТО можуть бути уповноважені мандатом підтримувати обмежені можливості для надання невідкладної допомоги цивільному населенню або біженцям, включаючи літніх людей, вагітних жінок та дітей.

1.30 Потреби в медичному забезпеченні визначаються цілями завдання, розмірами та характером зони проведення операцій, а також розміром, складом і розподілом населення з групи ризику (ГР):

- a. Медичні підрозділи або елементи повинні мати таку ж мобільність і маневреність, як і підрозділи/штаби, які вони підтримують.
- b. Порятунком і евакуацією поранених вимагатиме адаптованого до потреб конкретного завдання поєднання різних повітряних і наземних транспортних засобів для передової, тактичної та стратегічної медичної евакуації
- c. Медичні транспортні засоби та заклади потребують захисту з боку бойових підрозділів, особливо під час роботи в непристосованих або ворожих умовах.
- d. Для задоволення клінічних і оперативних потреб та забезпечення належної медичної присутності з метою підтримки широко розповсюдженого населення із групи ризику необхідне гнучке та динамічне позиціонування та посилення медичних можливостей.

Система модульної конфігурації військово-медичних закладів повинна бути здатна (тимчасово) надавати основні можливості, такі як ресусцитація за принципом контролю критичних пошкоджень та хірургія, навіть у ворожому середовищі, із забезпеченням та підтримкою додаткових можливостей, у безпечному місці на достатній відстані.

- e. Медичні засоби та заклади повинні бути підготовлені до тривалої допомоги пораненим.
- f. Діяльність з медичної підтримки в зоні проведення операцій повинна координуватися з ключовими партнерами, такими як приймаюча країна, цивільні, міжнародні урядові та неурядові організації. Рамкова угода з ключовими партнерами повинна бути укладена заздалегідь до початку кожного завдання, щоб забезпечити гармонізацію зусиль і розуміння мотивів, цілей, можливостей і обмежень один одного.

#### **J. Медичне забезпечення об'єднаних повітряних операцій**

- 1.31 Повітряні операції можуть проводитися з головної оперативної бази (англ., main operating base, MOB), з оперативної бази розгортання (англ., deployed operating base, DOB), розташованої на захищеному аеродромі, або з морської платформи. Цільова зона часто розташована на відстані і може бути невизначеною, несприятливою або ворожою. Перевага в повітрі не завжди може бути забезпечена. Військова авіація часто піддає екіпажі екстремальним фізичним і психологічним навантаженням та вимагає від них надзвичайної фізичної підготовки та тренування.
- 1.32 Медичне забезпечення повітряних операцій повинне враховувати технічні складнощі та оперативні обмеження військової авіації та медицини. Для надання консультацій у галузі аерокосмічної медицини при проведенні повітряних операцій необхідні фахівці з авіаційної медицини та охорони праці. Ці фахівці повинні бути доступні в режимі 24/7 та в ідеалі бути частиною командно-штабної структури MOB або DOB. На MOB або DOB первинна та вторинна медична допомога може надаватися у ВМЗ, приймаючою країною або контрактованими цивільними медичними закладами.
- 1.33 Порятунк та евакуація поранених зі збитого літака в умовах невизначеного, несприятливого або ворожого середовища можуть вимагати об'єднаних зусиль для проведення евакуації персоналу, пошуково-рятувальних робіт або бойових пошуково-рятувальних операцій, які, можливо, доведеться посилити за допомогою фахівців MEDEVAC<sup>8</sup>.

#### **K. Медичне забезпечення об'єднаних морських операцій**

- 1.34 Однією з найскладніших характеристик медичного забезпечення морських операцій є те, що судна та морські військово-медичні заклади постійно рухаються, як абсолютно, так і відносно інших платформ, що надають або потребують підтримки. Крім того, морські зони операцій часто є дуже великими, охоплюючи сектори з різним юридичним статусом (національний, міжнародний), а морські плавзасоби можуть бути розділені великими відстанями. Крім того, погодні умови можуть ускладнювати або затримувати транспортування пацієнтів і обмежувати виконання медичних процедур. Там, де незалежно діючі невеликі підрозділи з обмеженими медичними можливостями, такі як підводні човни, функціонують за межами досяжності адекватної медичної підтримки (часто протягом тривалого часу), командирам потрібно ретельно зважувати важливість бойового завдання та ризику, що виникають через перевищення часових рамок надання медичної допомоги.

<sup>8</sup> MEDEVAC описано в пункті 3.2.5 та публікації AJMedP-2



- 1.35 Медичне забезпечення на плаву значною мірою залежить від наявності платформ, придатних для розміщення медичних можливостей. Незалежно від їх розміру та важливості для операції, широкий спектр суден обмежений своєю конструкцією та конфігурацією і може нести лише обмежений фізично медичний потенціал. Посилення військово-медичних закладів на борту суден після їхнього розгортання є складним завданням. У морському середовищі платформи зазвичай не призначені виключно для виконання медичної функції або надання медичних послуг. Це може створити складнощі та викликати напругу під час виконання медичних та оперативних задач, відповідних до етапу медичної допомоги та наявних можливостей, і вимагати ретельного визначення пріоритетів та переоцінки ситуації командиром платформи на різних етапах бойової операції.
- 1.36 Хоча притаманна платформам мобільність дозволяє швидко передислокувати військово-медичні заклади відповідно до медичних потреб, це також дозволяє їм швидко покинути базу з тактичних або захисних причин, що може призвести до порушення безперервності надання медичної допомоги та встановлених шляхів медичної евакуації. Медична евакуація також повинна враховувати вимогу щодо всіх літаків, які наближаються до морських платформ, про дозвіл на посадку на палубу. Тому важливо, щоб медичний персонал взаємодіяв з командирами для врахування таких особливостей.
- 1.37 Ті ж самі виклики стосуються і медичної логістики. Простір для зберігання на військових суднах обмежений. Водночас великі відстані або тимчасова недоступність військово-медичних закладів вищого рівня можуть призвести до подовження термінів лікування пацієнтів на борту морської платформи з обмеженими медичними можливостями. Результуюче підвищене споживання може вплинути на курс або завдання цього конкретного судна, якщо воно буде змушене рухатися до зони постачання для поповнення запасів критично важливих медичних матеріалів або йти на ризик заради дотримання термінів виконання бойового завдання.
- 1.38 Проживання в обмеженому середовищі на борту морських засобів може призвести до більшої ймовірності спалахів хвороб та ускладнити боротьбу з ними. Крім того, атака на судно, ймовірно, призведе до великої кількості одночасно постраждалих від вибуху та подальшої пожежі в закритому просторі, що спричинить серйозні опіки, інгаляційні ушкодження і травми, спричинених вибуховою хвилею. Велика кількість людей, які опинилися у воді та піддалися впливу холоду через втрату судна або значне його пошкодження, також є унікальними для морського середовища.
- 1.39 Медичне забезпечення морських операцій повинно враховувати описані вище специфічні виклики та природу морського середовища. Персонал морських медичних служб повинен мати відповідні знання та навички, включаючи, але не обмежуючись, профілактичною медициною та ветеринарією, охороною праці, водолазною медициною, авіаційною медициною, а також мати глибоке розуміння специфічних морських викликів, таких як евакуація та порятунок з підводних човнів.
- L. Медичне забезпечення об'єднаних спеціальних операцій**
- 1.40 Спеціальні операції відрізняються від стандартних операцій ступенем політичного ризику, оперативними методами та способами дій. Спеціальні операції часто проводяться таємно або під прикриттям, зі стратегічними цілями, в стислі терміни, в суворих умовах несприятливого та ворожого середовища. Спеціальні операції вимагають гнучкості, точності, рішучості та швидкості.

- 1.41 Часто медичні служби, рятувальники та засоби для евакуації не можуть наблизитися до підрозділу ССО під час його бойового завдання через ризик негативного впливу на результат та завдання шкоди. Навіть бійці ССО на місці події, які володіють розширеними навичками надання першої допомоги, можуть не мати можливості негайно надати допомогу пораненим через тактичну ситуацію.
- 1.42 Медичне забезпечення спеціальних операцій повинно долати найбільш серйозні загрози, не порушуючи при цьому принципів та вимог ССО. Зазвичай ССО повинні покладатися на стандартне забезпечення для збройних сил - це стосується більшості або всіх підтримуючих підрозділів, навіть якщо це може підвищити ризик порушення оперативної безпеки. ССО використовують стандартні можливості медичної підтримки, де це доступно та необхідно. Там, де це можливо, до складу ССО включається медичний персонал, спеціально підготовлений і відібраний для підтримки таких сил. Спільна доктрина НАТО зі спеціальних операцій AJP-3.5 (англ., Allied Joint Doctrine for Special Operations), Директива штабу спеціальних операцій НАТО (NSHQ) 75-001 з медичних стандартів та підготовки (англ., NATO Special Operations Headquarters (NSHQ) Medical Standards and Training Directive) та Директива NSHQ 030-001 "Посібник для медичних керівників сил спеціальних операцій" (англ., Special Operations Medical Leaders Handbook) надають рекомендації щодо медичного забезпечення спеціальних операцій.
- 1.43 Фахівці з надання першої медичної допомоги<sup>9</sup> в спецопераціях повинні бути кваліфікованими та оснащеними для надання розширеної допомоги пораненим в умовах бойових дій. Вони можуть бути змушені самостійно виконувати деякі втручання, які зазвичай виконуються медичними працівниками. Це зачіпає національні нормативні документи і часто вимагає спеціальних дозволів або схвалень з боку національних органів влади.
- 1.44 Медичний персонал, що входить до складу ССО, повинен бути належним чином споряджений і здатний надавати невідкладну та стандартну медичну допомогу в складних бойових умовах проведення спеціальних операцій. Оскільки спецпідрозділи можуть діяти в повітрі, на землі або на морі, їх медичне забезпечення повинно охоплювати широкий спектр, включаючи водолазну медицину, авіаційну медицину, тропічну медицину, профілактичну медицину, гірську медицину та медицину в умовах дикої природи. Крім медичної спеціалізації, медичний персонал ССО повинен підтримувати високий рівень фізичної підготовки, бути тактично грамотним в умовах проведення спеціальних операцій і здатним діяти, пересуватися та комунікувати з військами, яких вони підтримують.
- 1.45 Командири сил спеціальних операцій повинні бути поінформовані про «зону досяжності» наданих їм медичних можливостей та про можливі обмеження, які це може накласти на виконання оперативних задач. Якщо військам доводиться діяти поза зоною медичного покриття, не маючи можливості дотримання клінічних часових рамок, командири повинні бути проінформовані про підвищений ризик для їхніх військ внаслідок затримки лікування.
- 1.46 Медичне обладнання та витратні матеріали для сил спеціальних операцій повинні бути компактними, легкими, багатофункціональними і такими, що легко утилізуються, витримувати екстремальні температурні та польові умови, а також бути простими у використанні в стресових ситуаціях. З цієї причини сили спецоперацій часто покладаються на готові технологічні засоби, спеціально розроблені для ССО, зазвичай відсутні серед стандартних медзасобів, які постачаються військам. Гнучкість у закупівлях та повноваження

<sup>9</sup> Навчених та під наглядом медичних працівників.

використовувати ці засоби вимагають участі вищого медичного керівництва і є критично важливими для збереження переваги ССО над чисельнішими силами, особливо в несприятливих умовах з тривалими часовими рамками евакуації.

#### М. Медичне забезпечення об'єднаних операцій з підтримки театру бойових дій

- 1.47 Залежно від бойового завдання та оперативного сценарію, операції з підтримки театру бойових дій проводяться Об'єднаною групою логістичного забезпечення (англ., joint logistic support group, JLSG)<sup>10</sup>. Операції з підтримки театру бойових дій включають прийом, розташування і подальше переміщення (рух вперед) та інтеграцію розгорнутих підрозділів через всі доступні місця висадки (переважно аеропорт висадки, морський порт висадки або залізничний порт висадки), а також їх подальше переміщення вздовж потенційно довгих ліній комунікацій.
- 1.48 Медичне забезпечення групи JLSG, яка проводить операцію з підтримки театру бойових дій, планується на оперативному рівні штабів Командування об'єднаних сил. За Об'єднаною групою логістичного забезпечення закріплюються відповідні сили та засоби медичного забезпечення. Командир JLSG бере на себе командування та управління цими силами і засобами медичного забезпечення на весь час перебування їх у складі JLSG. Медичний персонал JLSG є частиною загальної структури медичного командування та управління і відповідає за координацію функцій медичного забезпечення та медичних засобів у зоні відповідальності, визначеній для JLSG. Старший офіцер медичної служби JLSG діє як медичний радник командира JLSG<sup>11</sup>. Він отримує оперативні вказівки і настанови від командира JLSG та координує медичне забезпечення JLSG з разом із медичним директором/медичним радником театру бойових дій, який знаходиться у штабі оперативного рівня, а також доповідає безпосередньо командувачу оперативного рівня.
- 1.49 Щоб забезпечити медичну підтримку сил розгортання, необхідні медичні транспортні засоби та об'єкти повинні бути розгорнуті та мати відповідний рівень оперативної готовності до прибуття сил. Після розгортання Об'єднаної оперативно-тактичної групи та початку її діяльності усі можливості та персонал медичного забезпечення будуть реінтегровані в загальну структуру медичного забезпечення. Під час повернення підрозділів з бойового завдання слід зберігати медичне покриття протягом усього процесу, починаючи від розташування підрозділів для зворотного руху аж до відбуття, зменшивши лише його потужність (відповідно до скорочення сил).

## Розділ 2 – Принципи, політика та стандарти медичного забезпечення

- 1.50 Медичне забезпечення завжди має відповідати передовій медичній практиці, а також законам, правилам та вимогам, встановленим у національних системах або міжнародними організаціями. Стандарти практики та допомоги, які здійснюються під час операцій, мають бути принаймні такими ж, як і на базі в рідній країні, навіть якщо середовище, в якому має здійснюватися медичне забезпечення операцій НАТО, суттєво відрізняється від такого в межах національної бази. Тому Комітет начальників військово-медичних служб НАТО (англ. the Chiefs of Medical Services (COMEDS) in NATO) визначив принципи (наведені на Малюнку 1-1), які були запроваджені через публікацію Військового комітету НАТО MC 326/4 «Принципи та політика медичного забезпечення». Ця публікація адаптовує принципи MC 326/4 і

<sup>10</sup> Див. Спільну публікацію НАТО AJP-4.6, Спільна доктрина НАТО для JLSG

<sup>11</sup> Див. також Частина 2, Розділ 1: Структура медичного командування та управління



універсальні Принципи та політику медичного забезпечення в оперативну директиву та керівництво.

### Принципи медичного забезпечення

1. Медичне забезпечення надається відповідно до гуманітарних, етичних та правових стандартів, таких як Закон про збройні конфлікти /Закон про війну (англ. Law of Armed Conflict, LoAC/Law of War, LW), Женевська конвенція та Настанови Осло, опубліковані Управлінням ООН з координації гуманітарних питань (англ. the United Nations Office for the coordination of humanitarian affairs (ОСНА), а також згідно з відповідними національними правилами як для військових, так і клінічних професій.<sup>12</sup>
2. У наданні невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю, не може бути відмовлено в межах можливостей/потужностей розгорнутих медичних ресурсів.
3. Має бути забезпечена медична таємниця: конфіденційна клінічна інформація не повинна передаватись жодній особі чи організації, які не мають медичної потреби її знати.
4. Медичне забезпечення повинне надаватися відповідно до першочергової клінічної потреби.
5. Медичне забезпечення завжди повинне прагнути досягнути стандартів надання допомоги, які відповідають міжнародно визнаним найкращим медичним практикам.
6. Слід забезпечувати безперервність надання допомоги від нижчих до вищих рівнів.
7. Слід забезпечувати своєчасність лікування за клінічними показаннями.
8. Слід завжди забезпечувати добробут пацієнтів.
9. Медичне забезпечення повинне ґрунтуватися на співпраці всіх залучених сторін.
10. Медичне забезпечення повинне бути сумісним. Медичні підрозділи повинні бути підготовлені, оснащені, навчені та готові до розгортання так само, як і сили, які вони забезпечують.

#### Малюнок 1-1. Принципи медичного забезпечення

##### A. Захист медичних можливостей

- 1.51 Медичний персонал, обладнання, конструкції і транспортні засоби (включно з морськими суднами та авіацією), як це визначено Женевською конвенцією, слід поважати та захищати за будь-яких обставин, особливо якщо їх можна чітко ідентифікувати за розпізнавальними (охоронними) емблемами. Медичні підрозділи та військово-медичний персонал зберігають свій охоронний статус до тих пір, поки вони виконують виключно гуманітарні функції. Медичний персонал зберігає свої зобов'язання відповідно до Женевської конвенції

<sup>12</sup> Деякі країни/організації посилаються на LOAC/LW як на Міжнародне гуманітарне право (МГП). Ці країни/організації вважають LoAC/LW відгалуженням міжнародного права, яке, на їхню думку, регулює ведення війни (jus in bello) і прагне обмежити наслідки збройного конфлікту шляхом захисту осіб, які не беруть участі у бойових діях, а також шляхом обмеження та регулювання засобів і методів ведення війни, доступних учасникам бойових дій. Він містить набір правил, встановлених договором або звичаєм, зокрема Женевські та Гаазькі конвенції, а також похідні договори, прецедентне право та міжнародне звичаєве право».

незалежно від того, чи розміщено охоронну емблему. Медичному персоналу дозволено носити та застосовувати зброю для самозахисту або для захисту поранених і хворих під їх опікою, але не для підтримки колективного захисту немедичних закладів і транспортних засобів.<sup>13</sup> Медичні можливості не можна використовувати для отримання будь-якої військової переваги або для збору чи передачі розвідувальних даних.

1.52 Командири всіх рівнів відповідальні за забезпечення захисту медичних транспортних засобів, а також за те, щоб Червоний Хрест, Червоний Півмісяць, Червоний Кристал (Діамант) або будь-які інші визнані розпізнавальні знаки поважалися та не використовувалися неналежним чином.<sup>14</sup> Порушення заперечуватимуть захист, що надається гуманітарним правом, і можуть поставити під сумнів дотримання Закону про збройні конфлікти і використання захисних емблем в інших місцях. Якщо охоронний статус медичних можливостей НАТО не дотримується (як це часто буває під час “нерегулярної” або гібридної війни), командири мають право дозволити маскуванню захисних емблем і захист медичних можливостей та тих, хто перебуває під їх опікою, бойовим персоналом з відповідними системами озброєння.<sup>1516</sup>

#### **В. Принципи та політика, пов’язані з пріоритетністю медичного забезпечення**

1.53 Під час операцій багато категорій персоналу можуть звертатися за допомогою до ВМЗ НАТО, особливо коли цивільна інфраструктура охорони здоров’я приймаючої країни не в змозі забезпечити належну допомогу. Вони включають наступні категорії (але не обмежуються ними):

- військовослужбовці НАТО;
- військовий/службовий/охоронний персонал приймаючої країни;
- дипломатичний персонал НАТО та інший цивільний персонал НАТО;
- цивільні працівники Агентства НАТО;
- наймані (контрактвані) цивільні працівники НАТО;
- дипломатичний персонал та державні службовців країн-учасниць та країн, що надають війська;
- співробітники міжнародних організацій;
- працівники неурядових організацій;
- місцеві цивільні працівники (найняті НАТО);
- місцеве населення;
- особи, які зазнали лиха в морі;
- особи, позбавлені волі;
- біженці;
- внутрішньо переміщені особи;
- представники преси/ЗМІ;
- співробітники іноземних компаній;
- туристи/мандрівники.

<sup>13</sup> Як визначено Женевською конвенцією

<sup>14</sup> Див. Накази АТР-79 щодо камуфляжу захисних медичних емблем під час наземних тактичних операцій.

<sup>15</sup> Маскування/камуфлювання захисних емблем стосується національних правил і законодавства, тому командири можуть лише дозволяти, але не вимагати, маскуванню захисних емблем. Медичному персоналу, який діє під охоронним статусом, не дозволяється використання навісної зброї (англ., mounted weapons). Країни мають виключне право змінювати статус свого медичного персоналу на комбатантів у крайніх обставинах. Командири можуть дозволяти лише військовослужбовцям, які не є медичними працівниками, використовувати відповідні системи озброєння для захисту медичного майна чи об’єктів.

<sup>16</sup> після консультації з медичним та юридичним радником

1.54 Медичні критерії пріоритетності: У тісній співпраці з медичним персоналом командир оперативного рівня визначає, хто має право на медичну допомогу в розгорнутих ВМЗ та встановлює відповідні “медичні критерії пріоритетності” (англ., medical rules of eligibility, MRE). MRE є частиною медичного внеску в план операції. Вони повинні враховувати оперативні вимоги, а також етичні та правові принципи, і забезпечувати, щоб військово-медична служба могла надавати медичну допомогу, коли це необхідно. Слід узгодити між собою медичні критерії пріоритетності військ країни-контрибутора та оперативного командира, щоб забезпечити, щоб залученість медичних працівників НАТО у надання допомоги місцевим жителям була збалансована з оперативними вимогами та стратегічними і оперативними цілями операцій Альянсу. Закон про збройні конфлікти, визнані закони, що стосуються прав людини, і принципи, викладені у публікації Військового комітету МС 326/4, встановлюють правову та етичну основу для визначення групи ризику серед населення, якому може бути надане військово-медичне забезпечення.

#### **С. Політика повернення пацієнтів на ТБД**

1.55 У тісній співпраці з медичним радником і медичним персоналом штабу командир оперативного рівня встановлює політику повернення пацієнтів до ТБД, визначаючи максимальний час (у днях), протягом якого пацієнту буде дозволено проходити лікування на ТБД, відновлюватися та повертатися до виконання обов'язків. Персонал, який не може повернутися до виконання своїх обов'язків у межах цього ліміту, має бути транспортований на постійну базу своєї країни, як тільки це буде визнано доцільним.<sup>17</sup> Застосована таким чином політика повернення пацієнтів до ТБД забезпечує механізм, за допомогою якого потреби пацієнта зрівноважені з необхідністю забезпечити достатню кількість можливостей для лікування та евакуації з метою підтримки збройних сил. Політика повернення пацієнтів у ТБД має бути динамічною та здатною відповідати оперативним вимогам. Вона також повинна враховувати такі фактори, як громадські очікування, національна політика та ефективність витрат, щоб забезпечити наступне:

- a. відповідні медичні потужності та можливості можуть підтримуватися на ТБД для забезпечення термінових оперативних потреб (наприклад, різке збільшення кількості постраждалих, “сплеск”).
- b. тяжкохворі та поранені пацієнти отримують своєчасне та відповідне лікування для стабілізації та підготовки до стратегічної евакуації.
- c. Менш тяжко хворі або поранені пацієнти отримують найнижчий належний рівень догляду, що сприяє їхньому поверненню до виконання обов'язків у належні строки.

#### **D. Медична допомога особам, позбавленим волі**

1.56 Медична допомога усім особам, позбавленим волі силами НАТО, має відповідати медичній етиці та чинному законодавству приймаючої країни, держав, що надають війська, та міжнародним угодам. Міжнародне право вимагає, щоб особи, позбавлені волі, отримували медичну допомогу та увагу відповідно до їхнього стану, а також щоб їх лікували, евакуюювали та виписували з лікувальних закладів за тими самими клінічними критеріями, які застосовуються до власного персоналу країни, що їх захопила. Медична допомога особам,

<sup>17</sup> Постійна база – включає структуру, необхідну для підвищення фізичної готовності та стійкості всього військового персоналу, а також для сприяння одужанню та забезпеченню реабілітації до повноцінного фізичного, психологічного та соціального функціонування, що дозволяє пацієнтам повернутися до служби або підготуватися до звільнення з військової служби



позбавленим волі силами НАТО, повинна відповідати принципам, зображеним на Малюнку 1-2.

- 1.57 Під час збройного конфлікту захоплені ворожі медичні заклади, медичне обладнання та утриманий ворожий медичний персонал можуть сприяти медичному обслуговуванню осіб, позбавлених волі, зокрема для подолання мовних або культурних викликів. Вони також можуть надати певний досвід щодо лікування ендемічних захворювань, які зазвичай не зустрічаються в країнах, що надають війська. При плануванні медичного забезпечення необхідно враховувати, чи потрібні додаткові медичні можливості та потужності. Країна-завойовник зберігає юридичну відповідальність за надання належної медичної допомоги будь-якій особі, переданій під опіку іншої країни.
- 1.58 Медичний персонал має бути залучений до планування та діяльності в закладах позбавлення волі, особливо коли особи, які в них утримуються, можуть становити ризик для тих, хто їх охороняє, через недотримання правил гігієни або ендемічні захворювання. Медична адміністрація повинна розробити стратегію профілактичних заходів, забезпечити надання первинної медичної допомоги в закладі та забезпечити адекватну медичну допомогу охоронцям.

#### Принципи надання медичної допомоги особам, позбавленим волі

1. Їхнє фізичне та психічне здоров'я та особиста цілісність не повинні бути під загрозою.
2. Слід ужити всіх необхідних заходів для запобігання епідемії в місцях ув'язнення.
3. Їм слід забезпечити адекватне та, по можливості, відповідне до їх культури харчування.
4. Їхній загальний стан здоров'я повинен бути перевірений медичним персоналом якнайшвидше після ув'язнення, а потім не рідше одного разу на місяць.
5. Їм не можна відмовляти у зверненні до медиків з метою проведення медичного обстеження в будь-який час.
6. Вони повинні бути забезпечені будь-яким обладнанням, необхідним для підтримки їх здоров'я, таким як окуляри, зубні протези та інші протези.
7. Якщо їх стан здоров'я вимагає цього, їх слід перевести до спеціалізованих закладів для спеціального лікування або хірургічного втручання.
8. Медичні процедури, які не показані пацієнту та не обумовлені станом його здоров'я, зокрема, дослідження над хворими і пораненими особами, позбавленими волі, є незаконними і суворо заборонені.

#### Малюнок 1-2. Принципи надання медичної допомоги особам, позбавленим волі

##### Е. Медична допомога пацієнтам, які не є учасниками бойових дій

- 1.59 Оперативний командувач має повноваження дозволяти, а також обмежувати медичну допомогу особам, які не є учасниками бойових дій, на основі таких факторів, як медичні можливості збройних сил, робоче навантаження на медичні активи та заклади, а також наявність медичних запасів. Однак у разі гострих станів, що загрожують життю, не можна



відмовляти в невідкладній допомозі в межах можливостей/потужностей розгорнутих медичних ресурсів. Принципи медичного забезпечення для осіб, які не є учасниками бойових дій, зображені на Малюнку 1-3.

### **Принципи надання медичної допомоги особам, які не є учасниками бойових дій/цивільним пацієнтам**

1. Медична допомога особам, які не є учасниками бойових дій/цивільним особам повинна включати невідкладну хірургічну допомогу з метою збереження життя, кінцівки або функціональності, що надається всім пацієнтам, які її потребують та звертаються до військово- медичного закладу. Така допомога може бути обмежена лише доступною кількістю засобів, можливостей та спроможностей медичного закладу, а також пріоритетністю основного завдання — надавати медичну допомогу військовослужбовцям групи ризику.
2. Медична допомога особам, які не є учасниками бойових дій/цивільним особам повинна мати зведений до мінімуму період госпіталізації, щоб забезпечити належну кількість місць для госпіталізації та лікування нових пацієнтів.
3. Медична допомога особам, які не є учасниками бойових дій/цивільним особам має надаватись згідно з адаптованими до місцевого стану системи охорони здоров'я лікувальними протоколами. Курс лікування може бути недоцільним, якщо клінічна інфраструктура приймаючої країни не має можливості успішно завершити лікування після виписки з військово-медичної системи.
4. Медична допомога особам, які не є учасниками бойових дій/цивільним особам повинна надаватись із повагою до культурних та релігійних практик та уподобань.
5. Особи, які не є учасниками бойових дій/цивільні особи повинні бути якнайшвидше передані системі охорони здоров'я приймаючої країни, яка повинна виконувати провідну роль у їх лікуванні.

### **Малюнок 1-3. Принципи надання медичної допомоги особам, які не є учасниками бойових дій**

- 1.60 У ситуації, коли велика кількість поранених потребує медичної допомоги, може виникнути необхідність уникати розпочинати складні або комплексні клінічні процедури, оскільки це може зайняти цінні клінічні ресурси. Загальний принцип при наявності обмежених ресурсів - "зробити якнайбільше для більшості" - може бути найкращим варіантом дій.

#### **F. Принципи цивільно-військового медичного співробітництва**

- 1.61 Хоча це не є їх основною оперативною функцією, цілі бойових завдань можуть потребувати сприяння військово-медичних служб НАТО, зі своїми можливостями, ресурсами та навичками, у проведенні операцій з реагування на кризові ситуації, колективного захисту та спільної безпеки, розбудові потенціалу партнерства та безпековій співпраці шляхом підтримки, реконструкції та розвитку цивільної інфраструктури охорони здоров'я. Координація може потребувати співпраці між НАТО та медичним і військово-інженерним персоналом країн-учасниць. Здатність розгортатись у короткі терміни, в будь-якому оперативному середовищі, з належною підтримкою та структурою командування й контролю, робить військово-медичні служби НАТО надзвичайно корисним і ефективним інструментом. Тип бойового завдання та

конкретна ситуація в зоні операцій будуть у першу чергу визначати цивільно-військові відносини під час союзницьких операцій.

- 1.62 Комплексний підхід до розгортання військово-медичних засобів вимагає чіткого розуміння стратегічних цілей, задля відповідного забезпечення потреб постраждалого населення як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі:
- a. Імовірно, будуть залучені також й інші організації, окрім НАТО, що потребує визначення обов'язків задля уникнення конкуренції, дублювання зусиль або прогалин у спільно здійснюваній допомозі. Слід завжди брати до уваги стандарти медичної допомоги Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, англ. World Health Organization, WHO) та настанови Управління ООН з координації гуманітарних справ (англ. United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs, UN OCHA). У принципі, НАТО має надавати медичну допомогу лише на допоміжній основі, коли невійськові організації охорони здоров'я не можуть задовольнити загальні вимоги або якщо загальні можливості перевищені. Слід докласти максимальних зусиль, щоб допомогти структурам охорони здоров'я приймаючої країни та медичним працівникам зберегти довіру населення та його підтримку уряду приймаючої країни. Слід розробити спеціальну політику щодо обміну медичною інформацією спільно з місцевими медичними органами. Військові потужності не повинні конкурувати з місцевими цивільними можливостями чи з діяльністю цивільних організацій.
  - b. Слід заохочувати постраждале населення до самопомоги. Медична допомога, що надається місцевому населенню та домашній худобі, має бути стабільною та орієнтованою на місцеві стандарти мирного часу. Поширеною помилкою в діяльності військово-медичної служби є очікування від партнерських сил або цивільної системи охорони здоров'я змін їхніх культурних чи правових практик відповідно до західних стандартів. Ще один "підводний камінь" — постачання матеріалів та проведення навчання щодо роботи з обладнанням, яке не є звичним для місцевих органів охорони здоров'я та не підтримуватиметься ними після відходу сил. Донації медичного обладнання, пристроїв та фармацевтичних препаратів мають здійснюватися відповідно до національної політики та політики НАТО, а також настанов ВООЗ.<sup>1819</sup> Необхідним є ретельний баланс між рівнем технічно можливої допомоги та належної допомоги, зважаючи на такі аспекти, як наявність можливостей для подальшого медичного нагляду, власні активи та можливості, а також на потребу залишити достатньо ресурсів і потужностей для підтримки сил НАТО.
  - c. Усі військові зусилля мають бути обмежені в часі та масштабі, з чітко визначеною стратегією виходу для передачі цивільним учасникам. Повернення до докризового статусу-кво, з точки зору самопомоги, має бути якомога швидшим задля уникнення тривалої залежності від допомоги зі сторони. Слід уникати "надмірного" покращення служб, тобто вище докризового рівня, особливо якщо це потребуватиме забезпечення, якого, ймовірно, не вистачатиме в довгостроковій перспективі. Короткострокові заходи можуть мати довгостроковий вплив. Слід подбати про складання та передачу повноважень постійним або тривалодіючим організаціям/органам попередньо, до розгляду питання про залучення та, особливо, відкликання.

<sup>18</sup> ВООЗ. Настави щодо донації медичних препаратів. (2011)

<sup>19</sup> ВООЗ. Донації медичних пристроїв: особливості щодо запиту та надання. (2011)

- 1.63 Вкрай важливо, щоб командири НАТО та їхній медичний персонал чітко розуміли та поважали культуру, можливості, структуру та функціональну організацію всіх залучених цивільних органів влади та організацій. Цивільні гуманітарні організації ухвалюватимуть свої рішення на основі оцінки очікуваних переваг цивільно-військового співробітництва у порівнянні з негативними наслідками для їхнього нейтралітету та свободи від прийняття рішень. Це особливо важливо для неурядових організацій, чий захист залежить від збереження неупередженості щодо урядових або політичних цілей у постраждалому регіоні. Такі організації будуть прагнути досягти чіткого розмежування між своєю діяльністю та діяльністю, яку здійснюють військові сили. Хоча деякі з них можуть бути готові вести діалог зі збройними силами на всіх рівнях, більшість, якщо не всі, збережуть свою незалежність прийняття рішень та дій. Для цивільних організацій стимулом є забезпечення безперешкодного гуманітарного доступу до цивільного населення, яке знаходиться в групі ризику. Як наслідок, у своїх відносинах з військово-медичними силами неурядові організації, що спеціалізуються на наданні медичної допомоги, завжди намагатимуться забезпечити, щоб їхня діяльність не сприймалася як внесок у військові зусилля, оскільки це, ймовірно, обмежило б їхній гуманітарний доступ.
- 1.64 У контексті стійкості, стабілізації, відновлення та розвитку медичні потужності, активи чи можливості приймаючої країни (англ., host nation, HN) або місцеві медичні потужності, в першу чергу повинні використовуватися для забезпечення медичної підтримки місцевого населення. На основі юридичних угод конкретні регіональні медичні потужності можуть доповнювати та підтримувати спільну комбіновану наскрізну систему медичного забезпечення, поки це не матиме негативного впливу на місцеву систему охорони здоров'я. Слід суворо уникати будь-якої військово-медичної діяльності НАТО, яка конкурує з місцевими структурами охорони здоров'я. Потенційний негативний вплив на місцеву систему охорони здоров'я робить таку діяльність неприпустимою з етичної та соціальної точки зору.
- 1.65 Залучені потужності військово-медичної служби мають лише надавати підтримку місцевій цивільній інфраструктурі охорони здоров'я, якщо це не впливає на здатність медичної служби підтримувати бойове завдання оперативного командування. Подальші вказівки щодо цієї теми надають:
- MC 327 Військова політика НАТО щодо операцій з реагування на кризові ситуації, які регулюються Статтею 5
  - MC 411/2 Військова політика цивільно-військового співробітництва (CIMIC) і цивільно-військової взаємодії (CMI)
  - Цивільно-військова медична взаємодія AJMedP-6 (STANAG 2563)
  - UN OCHA — Настанови Осло
  - Директива ACO 83-2 (керівництво щодо залучення військово-медичних служб до надання гуманітарної допомоги та підтримки управління, відновлення та розвитку)

#### G. Багатонаціональна медична підтримка

- 1.66 Принцип «колективної відповідальності» заохочує країни-члени НАТО спільно нести оперативний тягар. Стандартизація, співпраця та взаємодопомога дозволяють країнам брати участь у наданні та використанні оперативних можливостей і ресурсів; це сприяє ефективності та допомагає мінімізувати дублювання зусиль і розгортання зайвих активів.
- 1.67 Стратегія та політика національної безпеки/оборони кожної країни-члена впливає на надання медичної допомоги, а різноманітність всередині Альянсу вимагає балансу між національними



вимогами та вимогами НАТО. У цьому контексті слід розглядати: силові структури; законодавство; освітні вимоги; культурні особливості; політичні перспективи; операційні процедури і технічну сумісність.

- 1.68 Існують різні способи, в які країни можуть залучатися до надання медичної підтримки багатонаціональним силам, що дозволяє кожній країні прийняти підхід, який найкраще відповідає її індивідуальним обставинам і національній політиці. Країни можуть вирішити з будь-якої причини змінити ступінь своєї участі або припинити її в будь-який час, за винятком уже розгорнутих сил, де зміна не повинна застосовуватися без попереднього попередження. Для успішної інтеграції країни повинні мати впевненість у тому, що заходи є гнучкими та оборотними, що їх можна адаптувати відповідно до зміни обставин.
- 1.69 Внесок держав у багатонаціональну медичну допомогу може коливатися від суто національного характеру до повністю інтегрованих багатонаціональних медичних підрозділів. У будь-якому випадку обов'язки та повноваження мають бути визначені меморандумом про взаєморозуміння (memorandum of understanding, MoU). Рівень взаємодії підвищиться, якщо країни вирішать розвивати співпрацю. Варіанти багатонаціональної співпраці включають:
- a. **Незалежна окрема країна:** країни можуть з різних причин обрати медичне забезпечення своїх військ виключно національними зусиллями. Таким чином, нація бере на себе завдання повного забезпечення своїх підрозділів медичними засобами та засобами евакуації. За домовленістю, країна може дозволяти силам інших країн евакуацію та доступ до лікування у своїх медичних закладах. Обов'язки та повноваження країн і командувань має визначати офіційна угода, або меморандум про взаєморозуміння (MoU).
  - b. **Замовник:** Країни з повною або частковою нестачею необхідних можливостей медичної допомоги можуть надавати компенсацію відповідній провідній країні та/або країні з такими можливостями, які забезпечать необхідну медичну допомогу для їхніх військ.
  - c. **Постачальник модулів:** Модульний підхід пропонує багато варіантів надання модулів у межах потрібних можливостей медичного забезпечення.<sup>20</sup> Країни можуть пропонувати свої доступні модулі під час формування сил, не стаючи фахівцями з можливостей. Цей вибір є особливо гнучким.
  - d. **Країна-фахівець із можливостей/країна-спеціаліст певного етапу:** Загальні запаси та послуги можуть найефективніше надаватися окремо призначеною державою, яка має унікальні та кваліфіковані можливості для всіх або частини сил, при цьому країни-замовники компенсують країні-фахівцю надану допомогу. Допомога координується та централізовано управляється командувачем НАТО, який визначає, як найкраще підтримувати оперативну концепцію. Перш ніж призначити країну-фахівця, слід отримати юридичну консультацію щодо наслідків застосованого міжнародного законодавства країн-учасників і приймаючої країни, а також відповідних інструментів для здійснення цього призначення.
  - e. **Провідна країна:** Провідна держава з надання медичного забезпечення бере на себе загальну відповідальність за координацію та/або надання узгодженого спектру медичного забезпечення для багатонаціональних сил у межах визначеної географічної зони. Провідні країни можуть запрошувати інші країни, що надають війська, задля надання окремих можливостей. Адміністративні, юридичні та фінансові домовленості між

<sup>20</sup> Див. Частина 1, розділ 2Н, модульний підхід до медичного забезпечення



замовниками, країнами, що надають війська, і провідною країною укладаються двосторонньо.

- f. **Опорна країна:** Союзники, здатні взяти на себе обов'язки провідної країни, також можуть створити структуру для групи країн (опорне угруповання) для колективного та корпоративного розвитку, навчання, тренування, розгортання та спільного використання їхніх медичних можливостей на регулярній основі. Таким чином, концепція Опорної країни (англ. The Framework Nation Concept, FNC) забезпечує основу для спільного розвитку, фінансування та закупівлі потужностей відповідно до амбіцій НАТО та Процесу оборонного планування НАТО (англ. The NATO Defence Planning Process, NDPP).

1.70 Постійна структурована співпраця між країнами у розвитку, навчанні та тренуванні медичних можливостей, як і спільне планування, забезпечення та закупівля на регулярній основі — є найефективнішими підходами до об'єднання та розподілу медичних ресурсів, а також для забезпечення необхідного рівня реагування, оперативної сумісності та стійкості медичного забезпечення. Незалежно від рівня взаємодії, багатонаціональне медичне забезпечення потребує провідної країни, відповідальної за:

- a. Організаційну структуру і архітектуру командування та управління, які дозволять ефективно та своєчасно координувати медичні потужності;
- b. інформаційну мережу, яка може отримувати та обмінюватися даними з багатьох національних джерел;
- c. освітні програми, що забезпечують загальне розуміння та оперативні стандарти;
- d. логістичні організації, засновані на національних лініях підтримки, здатні колективно обслуговувати багатонаціональне населення на ТБД.

Публікація AJMEDP-9, Спільна медична доктрина НАТО для багатонаціонального медичного забезпечення, надає більш детальну інформацію про варіанти медичної підтримки в багатонаціональному середовищі.

#### Н. Модульний підхід до медичного забезпечення

1.71 Можливості охорони здоров'я для оперативного медичного забезпечення повинні відповідати завданню, чисельності та складу сил, які вони підтримують, а також оцінці загрози навколишньому середовищу та здоров'ю. Може бути необхідним вилучити модулі (наприклад, засоби для реанімації за принципом контролю критичних пошкоджень та хірургії) із ВМЗ для передового розгортання, а також (тимчасово) посилити можливості та потужності лікувального закладу за допомогою додаткових модулів можливостей, особливо коли є:

- велика кількість особового складу або ризик великої кількості втрат;
- географічні, топографічні, кліматичні чи експлуатаційні фактори, які можуть обмежити медичну евакуацію до вищих рівнів у рамках безперервної допомоги;
- подовжені комунікаційні лінії;
- розмір та/або розподіл сил, що не вимагають розгортання повністю обладнаного польового госпіталю.

1.72 Модульний підхід є концептуальною ідеєю посилення ефективності та адаптивності медичного забезпечення. Він заснований на об'єднанні та спільному використанні

стандартизованих модулів можливостей. Ці модулі можна переставляти, замінювати, комбінувати та міняти місцями відповідно до потреб бойового завдання.

- 1.73 Об'єднання та спільне використання можуть сприяти більш ефективному використанню обмежених ресурсів. Це може покращити оперативну гнучкість і адаптивність, але вимагає взаємної довіри та бажання країни надати або делегувати відповідні координаційні повноваження.
- 1.74 Модульність може дозволити постачальникам вносити окремі компоненти можливостей замість цілих закладів або їх частин. Це дозволяє групувати та перегруповувати ці компоненти можливостей відповідно до потреб завдання, але вимагає високого рівня взаємодії, загального розуміння та складної формальної структури угод, попереджень і застережень.
- 1.75 Модульний підхід може бути ефективним інструментом оптимізації оперативного медичного забезпечення задач, які необхідно виконати, водночас уникнувши непотрібного дублювання ресурсів та адаптуючи медичний компонент для виконання основних вимог. Переваги цього підходу застосовуються на всіх етапах операцій, включаючи бойові дії, стримування, операції у випадку надзвичайних ситуацій, миротворчу залученість, реагування на кризові ситуації та гуманітарну допомогу. Модульний підхід до медичного забезпечення ґрунтується на принципах, зображених на Малюнку 1-4.
- 1.76 Формування багатонаціональної системи медичного забезпечення, орієнтованого на бойове завдання, завжди вимагатиме офіційних угод і домовленостей між країнами-учасницями та організаціями з детальним описом відповідних завдань та обов'язків. Завдання та обов'язки можуть відрізнитися у кожному випадку та навіть змінюватися у процесі операції, але загалом:
  - a. Один орган влади має взяти на себе відповідальність за кожен медичний об'єкт (транспортний засіб, заклад, підрозділ) і забезпечити командування, управління, зв'язок, комп'ютерне забезпечення та збір інформації (C4I), побутове життєзабезпечення, мобільність, укриття і захист, а також інтеграцію всіх модулів, що становить відповідну можливість.
  - b. Один постачальник повинен взяти на себе відповідальність за кожен модуль можливостей, його продуктивність і взаємодію.
  - c. Усі медичні працівники в межах об'єднаної системи послідовної медичної підтримки несуть відповідальність за якість наданих послуг. Вони завжди повинні забезпечувати відповідність і дотримання законодавства та політики своєї мандатної країни/організації.
- 1.77 Задля підтримки загального розуміння того, як медичні потужності можуть складатися з модулів, підпорядковані публікації надають більше інформації, пов'язаної з модульним підходом.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Див. AJMedP-1 "Спільна доктрина НАТО з медичного планування", Amedp-9.1 "Спільна медична доктрина НАТО з модульного підходу до багатонаціональних ВМЗ", Amedp-9.2 "Настанови для багатонаціональних медичних підрозділів", Amedp-9.3 "Акредитація медичних працівників НАТО, призначених до багатонаціональних медичних підрозділів ВМЗ 2 і 3 етапу", Amedp-1.7 "Оцінка ВМЗ НАТО – Матриця можливостей", та Amedp-1.8 "Оцінка ВМЗ НАТО – Матриця навичок".



### Принципи модульного підходу до медичного забезпечення

1. Модульний підхід базується на модулях можливостей, кожен із яких має конкретний набір функцій та пропускну здатність.
2. Кожен модуль представляє собою неподільну функціональну можливість, проте можна використати персонал, тренування, обладнання та запаси від різних постачальників, країн і організацій, військових чи цивільних, та створити колективну функціональну можливість.
3. Модулі повинні мати можливість співпрацювати з іншими модулями, незалежно від їх походження, і забезпечувати сумісність обладнання і витратних матеріалів, комунікаційних та інформаційних технологій, електропостачання і водопостачання від інших постачальників.
4. Персонал модулів, призначених для медичного підрозділу, повинен мати можливість ефективно інтегруватися, долати мовні бар'єри та культурні відмінності та працювати з обладнанням і матеріалами інших модулів або постачальників.
5. Обмеження (технічні, а також професійні, юридичні, політичні чи оперативні) мають бути чітко визначені до того, як модуль буде призначено медичному підрозділу.
6. Необхідно враховувати співзалежності між модулями. Окремі модулі не можуть бути розгорнутими у рамках медичного підрозділу без несприятливого впливу на інші модулі.
7. Модулі відбираються на основі вимог до спроможностей, оперативних вимог, характеристик завдання та ризиків, з метою формування або посилення медичних можливостей.
8. Тип і кількість модулів, які формують медичну можливість, повинні бути пристосованими до специфіки завдання та оперативних вимог.
9. Модулі/частки можна комбінувати, щоб формувати медичні транспортні засоби, заклади/об'єкти чи підрозділи в різних конфігураціях, як структурних, так і на основі спроможностей.
10. Мінімальні вимоги до кожної медичної можливості визначає стандартний набір модулів. Кожен модуль можна використовувати для покращення, посилення або доповнення стандартних мінімальних вимог, визначених для відповідних можливостей відповідно до потреб завдання та оперативних вимог.

#### Малюнок 1-4. Принципи модульного підходу до медичного забезпечення

##### I. Постійне вдосконалення медичного забезпечення операцій (CIHSO)

- 1.78 Постійне вдосконалення медичного забезпечення операцій (англ., Continuous improvement in healthcare support on operations, CIHSO) гарантує, що медична допомога, яка надається, відповідає очікуваним стандартам, а також, що всі виклики є усвідомленими та відображеними в процесі планування-удосконалення-виконання, та що оптимізація медичного забезпечення базується на досвіді, який використовується шляхом:

- a. **Управління ризиками.** Виявлення та звітування про ризики та проблеми з метою повідомлення про них та вживання коригувальних або пом'якшувальних дій, якщо це необхідно.
  - b. **Обмін передовим досвідом.** Забезпечення можливості вчитися на досвіді інших, щоб постійно покращувати рівень надання медичної допомоги.
  - c. **Підтримка організації навчання.** Сприяння навчанню своїх членів і постійна власна трансформація. Це вимагає співпраці між окремими особами та групами, вільної та надійної комунікації та культури довіри.
  - d. **Розвиток потенціалу.** Довгострокова стійкість медичного забезпечення операцій по суті вимагає підтримки та розвитку можливостей і потенціалу в усіх країнах НАТО та їхніх партнерах.
- 1.79 Ідентифікація, запис, зіставлення та перевірка медичного досвіду є важливою діяльністю, що дозволяє постійно вдосконалювати медичне забезпечення під час бойових операцій і цим самим формувати майбутню медичну підтримку. Що стосується бойових операцій, то всі країни, що надають війська, повинні підтримувати медичний персонал оперативного командувача в цій діяльності відповідно до додатку про засвоєний досвід (“вивчені уроки”) Плану операції.<sup>22</sup> Крім того, усі країни-члени НАТО та країни-партнери заохочуються повідомляти про свій медичний досвід (“вивчені уроки”), отриманий під час розгортання, бойових операцій або тренувань, шляхом внесення інформації до бази даних “вивчених уроків” Центру передового досвіду військової медицини НАТО (MILMED COE).

### Розділ 3 – **Обов'язки та повноваження, пов'язані з медичним забезпеченням**

#### A. **Передача повноважень**

- 1.80 Як ті, хто несе найбільший ризик, пов'язаний із здоров'ям своїх збройних сил, країни-партнери зберігають відповідальність і юридичний обов'язок щодо надання медичної допомоги в будь-який час. За дуже небагатьма винятками, весь персонал і обладнання, необхідні для проведення бойової операції, забезпечуються країнами, що надають війська. Країни зберігатимуть загальне командування своїми ресурсами до передачі повноважень командувачу НАТО. Ця передача може включати військові або контрактовані медичні можливості, які країни номінують як централізовані ресурси або ресурси на полі бою. Кожен випадок може бути різним, тому слід встановити конкретні правила щодо контролюючих органів, обов'язків і фінансування ще на початку процесу планування та задовго до передачі повноважень. Національні застереження щодо використання допомоги або підрозділів можуть суттєво вплинути на концепцію медичного забезпечення операції НАТО. Після передачі повноважень, країни, що надають війська, поділяють відповідальність за здоров'я та благополуччя своїх сил разом із командувачем.

#### B. **Обов'язки та повноваження командира, пов'язані з медичним забезпеченням**

- 1.81 Після передачі повноважень командир (і його штаб) бере на себе низку обов'язків, пов'язаних зі здоров'ям та медичним забезпеченням. Вони включають (але не обмежуються цим):
- проведення медичного аналізу бойового завдання та планування операції;
  - виявлення та оцінка ризиків і загроз для здоров'я сил;

<sup>22</sup> Див. також 2.1.1 с Медичний директор



- впровадження та контроль заходів щодо пом'якшення негативного впливу виявлених загроз для здоров'я;
- визначення та оцінка оперативних вимог щодо медичного забезпечення;
- визначення медичних можливостей, необхідних для виконання завдання;
- визначення медичної структури та покриття в зоні проведення операцій з урахуванням операційного ризику та вказівок щодо планування, таких як часові рамки медичної евакуації та лікування, узгоджені країнами, що надають війська;
- забезпечення того, щоб медична підтримка надавалася відповідно до принципів, політики, стандартів, інструкцій і директив, узгоджених країнами, що надають війська.

1.82 Оскільки відповідальність має бути узгоджена з повноваженнями, команду, на якого покладено відповідальність за конкретну операцію, зазвичай надаються координаційні повноваження щодо медичних можливостей, ресурсів, транспортних засобів, закладів/об'єктів і підрозділів, розгорнутих для підтримки збройних сил. Ці координаційні повноваження застосовуються під час формування сил та виконання певної операції та включають:

- вимогу звітування щодо укладених дво- та багатосторонніх медичних угод про підтримку приймаючої країни;
- встановлення нових вимог до медичної підтримки приймаючої країни, ініціювання, координацію та проведення переговорів щодо них;
- визначення розміщення та конфігурації медичних підрозділів, закладів і транспортних засобів у зоні їх відповідальності;
- координування роботи медичних транспортних засобів, можливостей і підрозділів у зоні їх відповідальності;
- координування та відслідковування процесів лікування і транспортування пацієнтів;
- визначення та впровадження мінімальних стандартів індивідуальної першої допомоги, а також здоров'я та гігієни, які мають бути досягнуті в зоні бойових дій, як визначено угодами про стандартизацію (STANAGами);
- виконання та контроль рекомендацій медичного персоналу з таких питань, як медична освіта та підготовка, імунізація, профілактика та контроль захворювань;
- встановлення епідеміологічного санітарного нагляду за розгорнутими силами;
- керування екологічним моніторингом/заходами гігієни праці;
- забезпечення безпечного укриття, їжі, води та санітарних умов в районі проведення операцій;
- визначення медичних критеріїв пріоритетності та політики повернення пацієнтів на ТБД;
- пропозиції застосування медичних заходів протидії ХБРЯ-ураженню, включаючи проведення профілактичних заходів;
- створення Комбінованого об'єднаного медичного (англ., combined joint medical, CJMED) штабу.<sup>23</sup>

1.83 Комбінований об'єднаний медичний штаб (на чолі з медичним радником/медичним директором) відповідає за визначення та координацію служб та можливостей медичного забезпечення, необхідних для виконання завдання. Соціальний і духовний виміри здоров'я не вважаються обов'язком служби охорони здоров'я чи медичного забезпечення. Комбінований об'єднаний медичний штаб забезпечує медичний внесок до оперативного плану і виконує координаційні повноваження щодо медичного забезпечення у співпраці з усіма відповідними зацікавленими сторонами від імені свого командира.

<sup>23</sup> Див. також 1.2.1 d CJMED

1.84 Профілактичні заходи з охорони здоров'я збройних сил починаються задовго до операції, і надання медичної допомоги може тривати ще довго після повернення до місць постійного базування. Це розширення за межі відповідальності оперативного командувача вимагає тісної координації між медичним радником Оперативного командування ОЗС НАТО (англ., Allied Command Operations, ACO) на військово-стратегічному рівні з призначеним медичним директором в зоні проведення операцій.

#### C. **Обов'язки та повноваження країн, пов'язані з медичним забезпеченням**

1.85 Країни несуть відповідальність за всі необхідні правові домовленості, такі як меморандуми про взаєморозуміння, технічні угоди та угоди про статус збройних сил, необхідні для забезпечення належного медичного обслуговування та медичного забезпечення їхнього військового персоналу. Країни-члени несуть відповідальність за сприяння впровадження загального плану медичного забезпечення, за встановлення зв'язку з медичною структурою НАТО та за постійний контакт з комбінованим об'єднаним медичним штабом НАТО, навіть якщо вони підтримують свої сили через суто національну систему медичного забезпечення. Країни, що надають допомогу (медичні внески), відповідають за:

- Узгодженість і відповідність їхніх національних клінічних стандартів, практик і процедур відповідним узгодженим загальним політикам і настановам;
- Наявність, готовність, гнучкість та стійкість їхньої допомоги;
- Сумісність, поєднання та адаптивність їхньої допомоги
- Оцінку можливостей надання медичної підтримки перед розгортанням операції.<sup>24</sup>

1.86 Країни, які надають медичні можливості, повинні забезпечити наступне:

- «Клінічна потреба» повинна бути основним фактором, що визначає пріоритет, час і засоби для надання медичної допомоги та евакуації пацієнтів.
- Стандарт надання медичної допомоги повинен відповідати їхнім національним вимогам.
- Послуги, які вони надають, відповідають медичним критеріям пріоритетності, визначеним для відповідної операції, а також актуальному національному законодавству, законодавству приймаючої країни та міжнародному праву.
- Необхідні можливості надаються та підтримуються протягом усього періоду розгортання, як узгоджено в комбінованій об'єднаній заяві про вимоги (англ., combined joint statement of requirements, CJSOR), заяві про вимоги до можливостей театру бойових дій (англ., theatre capability statement of requirements, TCSOR) і угоді про передачу повноважень, навіть якщо вони складаються із внесків різних постачальників.
- Їхня діяльність з медичного забезпечення координується разом з усією іншою діяльністю з медичного забезпечення зони бойових дій через комбінований об'єднаний медичний штаб.

#### D. **Медичні обов'язки стратегічних командувань НАТО**

1.87 Стратегічні командування НАТО, Оперативне командування Об'єднаних Збройних сил (ОЗС) НАТО (ACO) і Командування ОЗС НАТО з питань трансформації (англ., Allied Command Transformation, ACT) відповідають за:

- Оборонне планування.** ACT надає вказівки щодо військово-медичних аспектів процесу оборонного планування. ACO проводить аналіз «прогалін» на основі пропозицій країн-

<sup>24</sup> Можливості медичного забезпечення повинні бути оцінені та сертифіковані країнами, що надають війська. ACO сертифікує лише збройні сили в цілому



членів, результатів сценаріїв, а також планування на випадок цивільних надзвичайних ситуацій та ядерних катастроф.

- b. **Командування та управління силами.** Командування та управління силами, включаючи планування операцій, є відповідальністю АСО. Для формування сил, АСО, за погодженням з країнами-членами, виділяє ресурси, в тому числі фінансування, для підтримки оперативного плану командувача НАТО. АСО може допомагати в координації надання медичної підтримки країнам, що надають війська, відповідно до конкретних національних вимог, особливо якщо вони визначені до або під час виконання операції. Об'єднаний медичний відділ Верховного штабу ОЗС НАТО в Європі (англ., Supreme Headquarters Allied Powers Europe (SHAPE) Joint Medical Division (JMED)) надає комплексні медичні повноваження, вказівки та встановлює вимоги на стратегічному рівні для всіх аспектів медичного забезпечення відповідно до MC 326/3, з метою підтримки Верховного головнокомандувача ОЗС НАТО в Європі (SACEUR) у виконанні його командних функцій. SHAPE JMED надає медичні директиви та настанови медичним радникам штабу оперативного рівня НАТО та їхньому медичному персоналу, включаючи розгорнуті медичні підрозділи. SHAPE JMED підтримує всі підрозділи SHAPE, щоб полегшити медичний внесок у стратегічне планування, політику та розвиток можливостей, формування збройних сил, управління ресурсами та активами та впровадження Щорічних настанов Верховного головнокомандувача ОЗС НАТО в Європі (SACEUR) щодо освіти, підготовки, навчань та оцінки (SAGE), а також забезпечує підтримку та консультування штаб-квартири НАТО. Від базової діяльності та поточних операцій до періодів криз і конфліктів, SHAPE JMED забезпечує координацію всіх оперативних медичних функцій на стратегічному рівні, включаючи "360-градусний" медичний нагляд і ситуативну обізнаність. Він оцінює та забезпечує, разом із країнами, що надають війська, організацію та надання медичного забезпечення. Як уповноважений орган щодо медичних вимог і можливостей, SHAPE JMED підтримує розвиток медичних та навчальних потужностей. Він представляє медичні інтереси SACEUR по всій території НАТО та підтримує належний зв'язок із зовнішніми військовими та цивільними організаціями, що не входять до НАТО, з метою подальшого розвитку медичних партнерств і взаємодії між цивільними та військовими. АСО JMED також є спеціальним радником Командувача/Групи командування, який має безпосередній доступ для надання медичних порад, що забезпечує своєчасне втручання в усі питання охорони здоров'я та медичної підтримки, які потребують їхньої уваги, рішень або дій.
- c. **Спільні та комбіновані медичні концепції та доктрини.** АСТ відповідає за спільні медичні концепції та доктрини НАТО, а також за допомогу країнам-партнерам у розробці своїх військово-медичних концепцій. АСТ керує процесом опрацювання медичного досвіду НАТО за підтримки Об'єднаного центру аналізу та досвіду (англ., Joint Analysis and Lessons Learned Centre, JALLC). Центр передового досвіду військової медицини MILMED COE збирає спостереження та координує їхню обробку. Для підтримки медичних концепцій, а також розвитку доктрин та можливостей визначені уроки мають бути проаналізовані в процесі досліджень, інновацій та експериментів, що дозволить АСО розробляти стратегічні медичні директиви та процедури для операцій.
- d. **Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців.** АСО проводить медичну розвідку та надає медичну інформацію, а також консультації щодо охорони здоров'я для планування операцій. АСО є вищим користувачем і визначає оперативні вимоги до користувачів. АСТ сприяє належному довгостроковому аналізу тенденцій і розвитку концепцій та можливостей.



- е. **Медичні системи зв'язку та інформаційні системи (CIS).** АСТ керує стратегією, концепціями, можливостями та побудовою медичних комунікаційних та інформаційних систем НАТО, тоді як АСО відповідає за планування операцій і виявлення недоліків медичних систем зв'язку та інформаційних систем.
- Е. **Обов'язки командування об'єднаних сил (JFCs), комбінованих об'єднаних оперативно-тактичних груп (CJTF) і штабу постійної об'єднаної групи матеріально-технічного забезпечення (SJLSG)**
- 1.88 На оперативному рівні командувань Об'єднаних сил військові кампанії плануються, проводяться, вибудовуються, спрямовуються, оцінюються та підтримуються відповідно до стратегічних вказівок. Командувачі Об'єднаних сил виконують такі обов'язки:
- а. **Планування медичного контингенту.** Паралельно зі стратегічним медичним плануванням здійснюється планування медичного контингенту оперативного рівня. Постійний діалог між АСО та медичним персоналом JFC/CJTF забезпечує взаємодоповнюваність заходів з медичного планування.
  - б. **Визначення потреб у медичному забезпеченні.** Аналіз бойового завдання включає визначення потреб у медичній підтримці та має враховувати медичні національні або місцеві ресурси та створення Угоди про статус збройних сил (англ. Status of Forces Agreement, SOFA) для надання можливостей медичного забезпечення.
  - в. **Медична координація.** На основі процесу медичного планування та за допомогою відповідних конференцій з планування оперативний рівень командування деталізує медичне командування та організацію управління та, після передачі повноважень, координує всі аспекти медичної підтримки.
  - г. **Оцінка медичних можливостей.** Командувач JFC/CJTF несе відповідальність за оцінку можливостей медичного забезпечення всіх військ, які надають країни, під час розгортання.
  - д. **Спостереження за здоров'ям (епіднагляд).** Оцінка стану здоров'я сил під час розгортання є ключовим обов'язком оперативного командувача JFC/CJTF. Стратегічні командування сприятимуть розробці критеріїв оцінки для конкретних завдань і, спільно з країнами-членами, виконуватимуть програми епідеміологічного нагляду та інші програми оцінки стану здоров'я розгорнутих військ.
- 1.89 Підрозділи медичного персоналу JFC несуть відповідальність за медичне забезпечення відповідної зони об'єднаних операцій (англ. Joint Operations Area, JOA). Медичний радник і медичний директор зони бойових дій знаходяться в штабі JFC/CJTF. Виходячи з клінічних часових рамок і безперервності надання допомоги, JFC/CJTF і Об'єднані медичні радники Оперативного командування в тилівій зоні несуть відповідальність за планування операцій, медичну підтримку та ресурси зони бойових дій для компонентів у призначеній JOA. Цей принцип гарантує, що критичне за часом медичне планування на оперативному рівні матиме прямий доступ до доменів персоналу J2, J3 та J5 (Деякі з так званих J-структур НАТО: розвідка, оперативна служба та планування операцій відповідно - Ред.).
- 1.90 Штаб SJLSG забезпечує комплексну функціональну узгодженість між командуваннями та країнами-членами з метою проведення тривалої підготовчої діяльності для сприяння швидкому посиленню та забезпеченню. Цей обов'язок є постійним у мирний час, коли немає призначених JOA, а також протягом періодів проведення операцій, щоб забезпечити, що



виконувати одним або декількома командуваннями об'єднаних сил, об'єднаними оперативно-тактичними групами або Оперативним командуванням у тилівій зоні певні операції та решта зони відповідальності SACEUR залишалися забезпеченими, узгодженими між собою та активними. Для координації підтримки приймаючої країни, а також прийому, розташування та подальшого переміщення розгорнутих сил існує вимога до SJLSG щодо надання відповідної медичної підтримки та консультацій. SJLSG з JLSG повинні виділяти необхідні медичні ресурси відповідно до їхніх завдань та функцій.

#### F. Медичні обов'язки командування компонентів

- 1.91 Командування компонентів (англ., Component commands, CC)<sup>25</sup> забезпечують планування, орієнтоване на конкретні компоненти, для різних оперативних варіантів за вказівками командира об'єднаних сил. Медичний персонал командування компоненту відповідає за планування та координацію заходів з охорони здоров'я збройних сил (МНС) і медичної евакуації (MEDEVAC) у зоні відповідальності командування компоненту, координацію стратегічної медичної евакуації з осередком координації евакуації пацієнтів на театрі бойових дій та поповнення медичних запасів. Окремий особовий склад командувань компонентів може посилювати медичний персонал об'єднаного штабу.

---

<sup>25</sup> Це також стосується Об'єднаної групи матеріально-технічного (логістичного) забезпечення (JLSG), якщо така організація розгорнута під час завдання (див. STANAG 2230 AJP-4.6, Спільна доктрина НАТО для об'єднаної групи матеріально-технічного (логістичного) забезпечення).



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**

## Частина 2 – Організація медичного забезпечення

У цій частині описані різні компоненти медичного забезпечення, їх характеристики та взаємозв'язки, структура та організація. Ці компоненти:

1. Командування та управління (C2)
2. Управління інформацією та комунікаціями
3. Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців (FHP)
4. Охорона здоров'я Збройних сил (MHC)
5. Медична евакуація (MEDEVAC)
6. Медична логістика (MEDLOG)

### Розділ 1 - Командування та управління

2.1 Командування та управління силами, включаючи медичну службу, визначається обов'язками та повноваженнями, наданими командувачам НАТО після передачі повноважень. Повноваження та обов'язки, пов'язані з медичним забезпеченням, а також відповідна побудова командування та управління мають бути чітко визначені у відповідних планах операцій (OPLAN). Рівнів командування має бути якомога менше, а стосунки та обов'язки по вертикалі та горизонталі чітко визначені, окреслені, повністю зрозумілі та узгоджені. Для належного планування, координації, керівництва, підтримки та аудиту всіх функцій, пов'язаних з медичним забезпеченням, командирам потрібна підтримка спеціального медичного персоналу, який є частиною об'єднаного оперативного штабу та має достатню кількість, підготовку та досвід.

#### A. Структура медичного персоналу штабу

2.2 **Медичний радник** (англ., medical advisor, MEDAD). Медичний радник є частиною групи командування або спеціальної консультативної групи і відповідає за надання відповідних медичних консультацій командирі, гарантуючи, що командир і його штаб обізнані щодо всіх медичних наслідків, які можуть мати їхні дії та рішення, а також про будь-які питання, пов'язані зі здоров'ям, що впливають на сили або операцію. Прямий доступ MEDAD до командира має важливе значення для забезпечення того, що всі питання, пов'язані зі здоров'ям і медичною підтримкою, які вимагають уваги, рішення або дій командира, можуть бути розглянуті вчасно та на основі професійного досвіду.<sup>26</sup>

2.3 **Медичний директор** (англ., medical director, MEDDIR). Медичний директор є керівником медичної служби у формуванні або на ТБД, і, таким чином, йому делеговано відповідальність за реалізацію медичної політики та планів, а також координаційні повноваження для медичного забезпечення в зоні відповідальності командира. Зазвичай медичний радник командувача оперативного рівня призначається медичним директором комбінованої об'єднаної оперативно-тактичної групи. Медичний директор підпорядковується безпосередньо командирі комбінованої об'єднаної оперативно-тактичної групи. За дорученням командувача медичний директор визначає відповідні медичні вимоги до системи медичного забезпечення для всіх сил, які беруть участь в операції.

<sup>26</sup> Соціальний і духовний виміри охорони здоров'я не вважаються обов'язком служби охорони здоров'я або медичного забезпечення.



- 2.4 **Комбіноване об'єднане медичне відділення (JMED).** Медичний персонал, який допомагає медичному раднику та медичному директору ефективно виконувати свої ролі, повинен бути представленим в адекватній кількості, мати необхідне обладнання, знання та досвід і бути повністю інтегрованим у структуру персоналу штаб-квартири. Медичне відділення комбінованого об'єданого штабу повинно бути спроможним здійснювати нагляд за всіма необхідними медичними функціями та мати чіткі та спеціалізовані повноваження для вжиття відповідних і своєчасних заходів, включаючи медичне планування.
- 2.5 Медичний персонал штабу має бути залучений до процесів планування щодо персоналу та операцій, належним чином представлений у розвідувальних групах і не залучений в інші об'єдані штабні осередки. Якщо медичний персонал відокремлений від командира, він повинен виконувати технічні вказівки медичного радника.
- 2.6 JMED виступає виконавчим органом медичної служби, яка підтримує об'єдані операції. Щоб ефективно виконувати свої задачі та належно впливати на всі завдання медичного забезпечення, відділення JMED потребує виконання наступних функцій (посад):
- Медичний директор (Керівник JMED)
  - Медичне планування / Заступник медичного директора
  - Медичні операції / Заступник медичного директора (як альтернатива)<sup>27</sup>
  - Координація евакуації пацієнтів
  - Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців
  - Консультації з питань охорони здоров'я/взаємодії у плані питань розвитку сектору охорони здоров'я приймаючої країни
  - Медична логістика
  - Адміністративна допомога та управління інформацією
- B. Взаємодія між медичним персоналом та іншими працівниками, а також функції забезпечення**
- 2.7 Комбінований об'єднаний медичний підрозділ (JMED) зазвичай працює у тісній взаємодії з іншими комбінованими об'єднаними підрозділами (j-структурами), відповідальними за персонал, розвідку, планування, операції, логістику, цивільно-військове співробітництво (англ., Civil-Military Cooperation, CIMIC), юридичні питання, військово-інженерне забезпечення (англ., Military Engineering, MILENG), а також зв'язок та інформаційне забезпечення. Разом вони виконують широкий спектр функцій планування, епіднагляду, координації та безпосередньо медичного забезпечення. Цей список не є ні вичерпним, ні остаточним; вертикальна, а також горизонтальна координація та співпраця є при цьому ключовими.
- 2.8 **J1 – Управління особового складу (персонал та адміністрація).** Існує важливий взаємозв'язок між медичним та кадровим забезпеченням, починаючи з первинних етапів планування і навіть по завершенню операції. Робочі взаємини між медичним персоналом та J1 повинні бути добре розвинутими та детально прописаними в медичних планах. Сфери, які можуть потребувати певної взаємодії управління особового складу (J1) і медичного підрозділу (JMED), включають в себе (але не обмежуються):
- Кадрове забезпечення та кваліфікація медичного персоналу штабу;
  - стандарти та оцінка здоров'я та фізичної підготовки персоналу;
  - відстеження пацієнтів;

<sup>27</sup> Медичні плани та операції можуть бути об'єдані на посаді керівника медичних операцій і планів (JMED 3/5) та заступника MEDDIR



- звітування про постраждалих;
- добробут персоналу;
- розробка медичних вимог до персоналу штабів НАТО і цивільного персоналу НАТО перед розгортанням бойових дій.

2.9 **J2 – Управління розвідки.**<sup>28</sup> Розвідувальні дані – це продукт, отриманий в результаті обробки (збору та аналізу) інформації про іноземні держави, ворожі або потенційно ворожі сили чи елементи, або райони фактичних чи потенційних операцій. Розвідувальний персонал (J2) відповідає за всю розвідувальну діяльність. Медична експертиза може відігравати важливу роль у підготовці розвідувальних даних і захисті сил, зокрема, у виявленні загроз для здоров'я військовослужбовців і медиків у зоні проведення операцій. Медична розвідка (англ., Medical Intelligence, MEDINT) залишається постійним завданням медичного персоналу у зоні бойових дій. Зібрана інформація поширюється серед співробітників розвідки з дотриманням медичної таємниці, права на приватність і Закону про збройний конфлікт/Закону про війну або визнаних законів, що стосуються прав людини. Медична розвідка не повинна використовуватися для отримання вигоди від медичних чутливих даних будь-якої сторони.

2.10 **J3 – Оперативне управління.** Штаб J3 діє як координаційний центр, через який командувач керує проведенням операції. Для забезпечення поєднання зусиль і найбільш ефективного використання ресурсів на підтримку термінових та планованих операцій оперативний штаб зазвичай створює Об'єднаний оперативний центр (англ., Joint Operations Centre, JOC), до складу якого має входити постійно розташований на ТБД Осередок координації евакуації пацієнтів (англ., Patient Evacuation Coordination Cell, PECC). Оперативний штаб може складатися з секцій або груп, які охоплюють морські, наземні та повітряні операції, а також інші функціональні напрямки, включаючи медичне забезпечення. Захист особового складу є ключовим обов'язком оперативного штабу, який координує свою діяльність з іншим відповідним персоналом, у тому числі медичним, у виконанні програми захисту особового складу, її цілей та ініціатив. Планування та координація медичних послуг і можливостей є медичною відповідальністю, в той час як інтеграція медичної підтримки в оперативне середовище та впровадження/ забезпечення рекомендованої політики превентивної медицини є частиною заходів із захисту силових структур і очолюється оперативним персоналом. У будь-який момент під час планування та проведення операцій оперативний штаб має визначати реагування на будь-яку ситуацію, що може вплинути на медичне забезпечення збройних сил, а також прийматиме рішення щодо розподілу обмежених ресурсів. Медичний персонал несе відповідальність за те, щоб ретельно розглянути медичні наслідки варіантів дій (ВД, англ., Courses of Action, COA), запропонованих оперативним штабом. Медичне забезпечення має бути пристосованим до завдання та відповідати оперативним вимогам. Медичний персонал бере участь в управлінні під час надзвичайних ситуацій критичного рівня (критичних інцидентів), масових випадків та реагування на катастрофи.<sup>29</sup> Планування реагування на катастрофи та критичні інциденти (включно з плануванням дій при масових випадках), а також власне реагування буде здійснюватися під керівництвом оперативного персоналу.

2.11 **J4 – Управління логістики.** J4 відповідає за оцінку логістичної підтримки, необхідної для досягнення цілей кампанії командування, а також за забезпечення виконання даних вимог протягом всієї кампанії. На додаток до цієї оцінки, персонал з логістики (J4) також координує спільні логістичні зусилля. За планування та виконання процесів медичної логістики

<sup>28</sup> Див. також пункт 3.3.ff. Медична розвідка

<sup>29</sup> Див. також частину 3, розділ 10 Медичне управління в надзвичайних ситуаціях критичного рівня.

## Спільна публікація НАТО AJP-4.10

відповідає як медичний, так і логістичний персонал. Медичний персонал відповідає за визначення потреб, специфікацію та кількість медичних матеріалів і лікарських засобів. Вони повинні гарантувати, що всі медикаменти відповідають необхідним стандартам Належної практики дистрибуції (англ., Good Distribution Practice GDP), і надавати консультації щодо визначення пріоритетності постачання. Логісти відповідають за координацію управління медичними засобами та фармацевтичними препаратами в рамках спільного логістичного плану. Медичний і логістичний персонал несе спільну відповідальність за відстеження медичних засобів і фармацевтичних препаратів від моменту їх отримання до прибуття на остаточний пункт призначення. Координація між медичним та логістичним персоналом необхідна для забезпечення узгодженості та тісної співпраці між логістичними та медичними підрозділами. Своєчасний обмін інформацією, гнучкість у прийнятті рішень, командна робота та взаємна довіра є важливими елементами цих відносин. До сфер, які потребують тісної співпраці між логістичним та медичним персоналом, відносяться:

- розробка концепції та плану забезпечення операції;
- розробка Заяви про вимоги (англ., Statement of Requirements, SOR) та стійкість;
- ресурсне забезпечення плану;
- розмежування логістичної та медичної структури Командування та управління;
- розгортання, застосування та передислокація військово-медичних закладів;
- координація логістичних аспектів аеромедичної евакуації (англ., Aeromedical Evacuation, AE); планування та виконання при цьому координується зі штабом повітряних операцій (J3 Air);
- координація постачання продовольства та води, управління місцями проживання та утилізація відходів;
- захист транспортних засобів (англ., deconfliction - процедура військової безпеки, спрямована на запобігання помилковим нападам і вбивствам солдатів, які належать до тієї ж або союзної сторони у збройному конфлікті - Ред.), які, будучи оснащені медичним обладнанням та з присутнім медперсоналом, можуть бути використані для медичної евакуації;
- розпорядження щодо померлих;<sup>30</sup>
- координація переміщення і транспортування до та в межах театру бойових дій з використанням основних маршрутів постачання.

2.12 **J5 – Управління планування.** Основна функція J5 – координувати та узгоджувати дані планування, що надходять від усіх ключових штабних підрозділів, включаючи медичний. J5 також оприлюднює рішення командування щодо варіантів дій під час кампанії за допомогою директив планування, планів операцій (англ., Operation Plans, OPLAN) та планів на випадок надзвичайних ситуацій. Медичний персонал надає медичну інформацію для OPLANу командувача через відділ планування та політики (J5). Медичний персонал повинен бути представлений у групах планування операцій, щоб забезпечити правильну оцінку, планування, забезпечення ресурсами та координацію потреб у сфері охорони здоров'я та медичної підтримки. Оцінка кількості постраждалих є ключовим фактором для визначення медичних можливостей та потреб у ресурсах для конкретної операції.<sup>31</sup> Оцінка кількості постраждалих є завданням багатьох відділів, оскільки необхідно враховувати велику кількість чинників. В оцінці рівня бойових втрат (англ., Battle Casualty, BC) провідну роль відіграє персонал відділу планування (J5), а відділи управління особового складу (J1), розвідки (J2),

<sup>30</sup> Виконання розпоряджень щодо померлих не належить до медичних завдань, але медичний персонал може надати допомогу за запитом (наприклад, проведення розтину для виявлення захворювання, що спричинило смерть).

<sup>31</sup> Див. частина 3, розділ 5 Оцінка кількості постраждалих.

операцій (J3), логістики (J4) та медичний підрозділ (JMED) роблять свої внески у тісному співробітництві.<sup>32</sup> Щодо оцінки рівня захворювань та небойових травм (англ., Diseases and Non-Battle Injuries, DNBI), то тут першість посідає медичний підрозділ (JMED).

- 2.13 **J6 – Управління зв'язку (Системи зв'язку та інформаційні системи).**<sup>33</sup> Основне завдання працівників J6 полягає у забезпеченні надійного та безпечного зв'язку та інформаційної підтримки. Гнучкість, надійність, безпека, стійкість мережі та оперативна сумісність мають вирішальне значення, особливо в умовах загроз кібернетичної війни, які стрімко розвиваються.

Координація медичного забезпечення, управління потоками пацієнтів, відстеження пацієнтів, телемедицина та медична логістика вимагають великих потужностей для передачі даних. Медичний персонал і зв'язкові разом визначають вимоги до систем зв'язку та інформаційних систем (англ., Communication and Information System, CIS) для проведення операції і включають їх до Заяви про вимоги (SOR).

Система медичного зв'язку та інформації повинна включати всі можливості медичної підтримки в зоні бойових дій, а також можливість зворотного зв'язку з медичними службами країн, що надають війська. Необхідно також встановити і підтримувати зв'язок з об'єднаним оперативним центром і всіма штабними підрозділами.

- 2.14 **J7 – Управління підготовки та навчання.** Тренерсько-викладацький персонал відповідає за планування тренувань та навчань і співпрацює з медичним персоналом для забезпечення належної інтеграції медичної підготовки в цей процес, а також щоб медичне забезпечення навчань у реальному житті не суперечило цілям медичного навчання. Медичний персонал має бути активно залучений до планування навчань від самого початку планування та проведення навчань. Тренерсько-викладацький персонал також повинен оцінювати і вдосконалювати оперативні і тактичні процедури, аналізуючи і трансформуючи нещодавній досвід через отримані уроки і процес оцінювання, перетворюючи все у практичні рекомендації. Тому викладачі повинні звертатися до медичного персоналу з усіх питань, що стосуються експертної оцінки та покращення медичного забезпечення та охорони здоров'я.<sup>34</sup>

- 2.15 **J8 – Управління бюджету та фінансування.** На рівні театру бойових дій фахівці з питань бюджету та фінансів (J8) є головними радниками з питань фінансового менеджменту, які відповідають за правильне та ефективне використання всіх міжнародних фондів, затверджених для підтримки операцій у зоні бойових дій. Безпосередня взаємодія між працівниками відділу ресурсів та фінансів і медичним персоналом може бути необхідним для укладання меморандумів про взаєморозуміння (MOU), підтримки укладання контрактів, спільного фінансування та нових проєктів чи ініціатив.

- 2.16 **J9 – Управління цивільно-військового співробітництва (CIMIC).** Основним завданням J9 є підтримка досягнення цілей операції, що вимагає взаємодії і співпраці між силами НАТО і цивільними органами влади та організаціями. Тісний взаємозв'язок між медичним персоналом та персоналом відділу цивільно-військового співробітництва є ключовим для забезпечення ефективної координації діяльності та співпраці військово-медичних сил і засобів та невійськових суб'єктів, таких як неурядові організації, міжнародні організації та державні органи охорони здоров'я, у сфері цивільної та військової охорони здоров'я.

<sup>32</sup> STANAG 2526 AJP-5 Спільна доктрина НАТО з планування на оперативному рівні, параграф 0314. С (8).

<sup>33</sup> Див. також частину 2, розділ 2 і публікацію AJMedP-5, Спільна медична доктрина НАТО з медичних систем зв'язку та інформаційних систем.

<sup>34</sup> Аналіз медичного досвіду у вигляді "вивчених уроків" (англ., lessons learned, LL) реєструється в базі даних MILMED CoE LL

Відповідно до завдань, визначених у плані операції, та національних нормативно-правових актів країн, що надають війська, штаб цивільно-військового співробітництва може звернутися до командування з проханням надати дозвіл на надання неекстреної медичної допомоги місцевому населенню протягом обмеженого часу. Це має бути сплановано у тісній співпраці з медичним персоналом, щоб сприяти досягненню бажаного кінцевого результату відповідно до плану операції та Закону про збройний конфлікт.

Ще однією сферою взаємодії медичного персоналу та персоналу відділу цивільно-військового співробітництва є консультування з питань координації та реалізації різних медичних проєктів, які просуває персонал цивільно-військового співробітництва або урядові/гуманітарні організації, з метою уникнення дублювання зусиль у сфері надання медичної допомоги цивільному населенню та визначення пріоритетності вимог проєкту. Якщо медичні проєкти не будуть реалізовані належним чином, вони матимуть негативний довгостроковий вплив на завдання та згубні наслідки для здоров'я населення і підтримання безпеки в зоні проведення операцій.<sup>35</sup>

2.17 **Відділ юридичних консультацій.** (англ., Legal Advisor, LEGAD) надає командирам консультації та послуги з правових питань, таких як національне та міжнародне право. Від медичного персоналу може знадобитися внести свій вклад в консультації на наступні теми:

- Угоди про статус сил і домовленості про підтримку з боку приймаючої країни;
- Питання і дії, пов'язані з підтримкою НАТО урядових/ гуманітарних організацій або місцевого населення;
- Претензійно-позовна робота в регіоні проведення операції;
- Відповідальність НАТО щодо індивідуального або громадського здоров'я, наприклад, у зв'язку із забрудненням довкілля або іншим впливом, пов'язаним з операціями НАТО;
- Візити Міжнародного комітету Червоного Хреста (англ., International Committee of the Red Cross, ICRC);
- Дотримання чинного міжнародного законодавства, законодавства приймаючої країни, а також країн, що надають війська, та оперативного законодавства;
- Поводження з особами, позбавленими волі силами НАТО;
- Медична таємниця.

2.18 **Відділ стратегічних комунікацій** - допомагає формувати інформаційне середовище та мінімізує негативний вплив на об'єднані операції некоректних повідомлень/аналітичної інформації, висвітлених у ЗМІ, порушення безпеки операцій (англ., Operations Security, OPSEC) та оприлюднення дезінформації та недостовірних відомостей. Збільшення швидкості обміну інформацією завдяки сучасним засобам комунікації збільшило охоплення та вплив соціальних мереж. На додаток до традиційних основних засобів масової інформації, це має розглядатися як важливий фактор при плануванні та проведенні операцій. Інформація про можливі або наявні ризики та інциденти, що впливають на здоров'я військовослужбовців або інших осіб, особливо цивільного персоналу, який зазнає впливу військових операцій, є особливо делікатним питанням і може вимагати від медичного персоналу співпраці з персоналом зі зв'язків з громадськістю / інформування громадськості щодо розробки ефективних і точних комунікаційних планів і заходів.

2.19 **Духовна підтримка.** Капелани та персонал, який надає духовну підтримку, консультують та забезпечують повністю конфіденційне спілкування з питань етики, принципів поведінки,

<sup>35</sup> Див. також частина 1, розділ 1Н Н.Медичне забезпечення міжнародних операцій з ліквідації наслідків стихійних лих

моралі та релігії пацієнтам та персоналу, а також консультують командування з таких питань, як:

- Облаштування місць для проведення релігійних обрядів; делікатне відношення до релігійних святинь;
- Заходи для покращення самопочуття та зменшення стресу;
- Консультації з питань закінчення життя та внесок комітету з питань етики;
- Координація конкретних запитів на релігійну підтримку (спеціальний режим харчування або відвідування священнослужителів за погодженням з відділом безпеки);
- Забезпечення проведення обрядів, таїнств та/або молитов наприкінці життя;
- Релігійна підтримка під час реагування на критичні інциденти та подальша підтримка.

## Розділ 2 – **Управління інформацією та комунікаціями**

2.20 Прийняття медичних рішень та координація медичної допомоги залежать від точної обробки та своєчасного розповсюдження даних про навколишнє середовище, тактичну обстановку, пацієнтів та постраждалих серед усього уповноваженого персоналу. Безпека та конфіденційність медичної інформації забезпечується відповідно до директив НАТО (наприклад, С-М(2002)49 Безпека в Організації Північноатлантичного договору) та міжнародних нормативних актів (наприклад, Загальний регламент про захист даних Європейського Союзу (EU-GDPR)). Управління інформацією та комунікаціями має ефективно підтримувати медичне планування, медичний нагляд під час розгортання операції та санепідазахист військових, відстеження та лікування пацієнтів, управління потоками пацієнтів та координацію реагування на медичні інциденти, а також координацію та забезпечення всіх медичних можливостей.<sup>36</sup>

2.21 Управління медичною інформацією та комунікаціями охоплює збір, оцінку, аналіз та розповсюдження інформації і даних, що мають відношення до медичного аспекту загальної оперативної ситуації (англ., Common Operational Picture, COP), за допомогою наступних засобів:

- Медичні розвіддані та інформація (MI2)<sup>37</sup>
- Медичне звітування
- Медичний нагляд та подання звітів про постраждалих<sup>38</sup>
- Керування потоком пацієнтів та відстеження пацієнтів
- Вивчені медичні уроки

2.22 Інформація і дані, з якими працює персонал, походять з медичних записів, звітів, оцінок, аналізованого досвіду та запитів, найпоширенішим з яких є Звіт про медичну ситуацію (англ., Medical Situation Report, MEDSITREP), Звіт про медичну оцінку (англ., Medical Assessment Report, MEDASSESSREP), Звіт з епідеміологічного нагляду EPINATO, Звіт METHANE, Запит на Медичну евакуацію (англ., 9-line MEDEVAC request) та Запит на переміщення пацієнта (англ., Patient Movement Request, PMR). Слід використовувати стандартизовані

<sup>36</sup> Процес моніторингу стану здоров'я військовослужбовців, що включає визначення групи ризику, оцінку стану здоров'я цієї групи за допомогою медичних оглядів до, під час і після розгортання, виявлення потенційних загроз для здоров'я, оцінку цих загроз, застосування специфічних заходів протидії і моніторинг результатів у сфері охорони здоров'я.

<sup>37</sup> AJMedP-3, Спільна медична доктрина НАТО з медичної розвідки, надає більше інформації про засоби медичної розвідки

<sup>38</sup> Подання звітів про постраждалих є головним чином обов'язком CJ1, хоча це безпосередньо і постійно пов'язано з управлінням медичною інформацією.

інструменти/документи/форми НАТО в усіх випадках, для яких такі шаблони передбачені Угодами НАТО зі стандартизації медичної допомоги (англ., Standardization Agreement, STANAG) або Директивою щодо звітності подвійному стратегічному командуванню (Bi-SC) щодо бойових завдань за Статтею 5.

- 2.23 Якість медичної документації (або медичної інформації) має значний вплив на якість медичної допомоги. У багатонаціональному середовищі медична документація вимагає єдиних стандартів щодо мови, ключової інформації та формату з метою забезпечення оперативної сумісності у межах ТБД та в усіх національних контингентах. Клінічна документація, включаючи звіти про розтин і докази, пов'язані зі смертельними випадками у зоні бойових дій, повинна вестися з дотриманням медичної таємниці і ретельно зберігатися для використання офіційними національними або міжнародними аудиторами і комісіями з розслідування. Медичний персонал повинен гарантувати, що документація про лікування буде внесена до офіційної медичної документації з дотриманням медичної таємниці.
- 2.24 Як невід'ємна частина оперативної звітності, медичні звіти повинні відповідати вимогам до звітів, встановленим оперативним командуванням. Звітність може бути регулярною і звичайною, спеціальною або епізодичною, і на неї значною мірою впливає характер і темп операції. Існують специфічні нюанси, які слід розуміти, і насамперед це стосується медичної таємниці.<sup>39</sup> Необхідно також дотримуватися національних законодавчих вимог щодо захисту та обміну медичною інформацією; вони можуть відрізнятися в різних країнах, що надають війська. Усі звіти медичних підрозділів повинні бути скопійовані до відповідного національного органу охорони здоров'я згідно з чинним законодавством країн, що надають війська.
- 2.25 Засвоєний досвід (“вивчені уроки”) є надзвичайно важливими для майбутнього розвитку медичних структур, можливостей, організації та процедур, оскільки вони є не лише рушійною силою, але й містять детальні відомості, необхідні для внесення змін до існуючих концепцій, доктрин, тактик, методів і процедур. Медичні підрозділи та персонал медичного штабу повинні чітко визначати уроки у своїх регулярних звітах, а командування повинно забезпечити, щоб усі потенційні уроки були належним чином враховані та сприяли процесу аналізу досвіду. Кожен рівень командування (стратегічний, оперативний чи тактичний) повинен бути залучений до визначення та аналізу отриманих уроків. За допомогою процесу “визначення уроків” (англ., Lessons Identified, LI) та “вивчення уроків” (англ., Lessons learned, LL) збройні сили можуть засвоїти та впровадити досвід, отриманий під час проведення операцій і навчань. Центр передового досвіду військової медицини (англ., Centre of Excellence for Military Medicine, MILMED COE) створює і підтримує базу даних медичних уроків, яка містить спостереження, досвід і уроки, отримані під час навчань і бойових дій.
- 2.26 Система телемедицини може ефективно доповнити традиційні прямі медичні скерування, консультації та медичну практику, щоб допомогти лікарям, відповідальним за надання медичної допомоги у зоні розгорнутої операції або ізольованому місці, надати відповідні клінічні поради та рекомендації спеціалістів, у разі такої необхідності.<sup>40</sup> Телемедицина може розширити можливості розгорнутих сил і сприяти найкращому використанню навичок, наявних у багатонаціональній зоні бойових дій, проте можливості, що надаються, і способи їх

<sup>39</sup> Принцип, згідно з яким конфіденційна клінічна інформація не повинна передаватися жодній особі чи організації, яка не має медичної необхідності її знати, за винятком випадків, коли це вимагається національною політикою щодо пацієнтів цієї країни.

<sup>40</sup> Дистанційна діагностика та лікування пацієнтів за допомогою телекомунікаційних технологій

надання можуть відрізнятись в різних країнах і у різних постачальників послуг. Підвищена пропускна здатність комунікаційних ліній, необхідна для підтримки телемедичних консультацій, має бути врахована під час планування медичного забезпечення бойових дій.

- 2.27 Управління медичною інформацією та системами зв'язку вимагає надійної системи для передачі та координації медичної інформації, здатної здійснювати обмін вербальною інформацією та візуальними даними з медичними установами, а також технологій для забезпечення автоматизації медичних процесів упродовж всіх етапів надання допомоги та евакуації. Така система потребує ефективного захисту та стійкості до кібератак, а також можливості взаємодії з відповідними системами управління логістичними та оперативними даними та інструментами планування. Вона повинна забезпечувати ведення записів, спостереження та повний спектр функцій медичного персоналу. Детальні рекомендації щодо управління медичною інформацією та системами зв'язку можна знайти в публікації AJMedP-5, Спільна доктрина НАТО з медичних систем зв'язку та інформаційних систем.

### Розділ 3 – Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців (FHP)

- 2.28 Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців / Захист здоров'я військовослужбовців (англ. Force health protection, FHP)<sup>41</sup> включає всі медичні заходи, спрямовані на підтримку або збереження фізичного і психічного здоров'я, зменшення або усунення захворюваності та наслідків хвороб, травм і смертності, а також підвищення оперативної готовності і боєздатності збройних сил. Він охоплює заходи, спрямовані на протидію виснажливому впливу навколишнього середовища, професійним ризикам для здоров'я, екологічним та промисловим небезпекам (англ., Environmental and Industrial Hazards, EIH), захворюванням, хімічним, біологічним, радіологічним, ядерним (ХБРЯ, англ., Chemical, Biological, Radiological and Nuclear, CBRN) загрозам та окремим системам спеціальних озброєнь, за допомогою профілактичних заходів для особового складу, систем та оперативних формувань.<sup>42</sup>
- 2.29 Хвороби і небойові травми (DNBI) залишаються постійним ризиком для особового складу, дуже часто спричиняючи найбільший рівень захворюваності сил в умовах розгорнутих бойових дій. Основною метою захисту здоров'я військових є запобігання втратам шляхом активного впровадження комплексних заходів з профілактики захворювань і небойових ушкоджень, а також заходів санепідзахисту і епідагляду, які сприятимуть покращенню або збереженню психічного і фізичного благополуччя особового складу розгорнутих підрозділів. Санітарно-епідеміологічний захист/захист здоров'я військовослужбовців впливає на планування операцій, триваючи протягом усього періоду проведення операції і продовжуючись на значний період після її завершення.
- 2.30 Санітарно-епідеміологічний захист / захист здоров'я військовослужбовців детально описаний у публікації AJMedP-4, Спільна доктрина НАТО з санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців, та підпорядкованих їй документах. Вона включає в себе наступні аспекти:
- Профілактична медицина, охорона довкілля та ветеринарна служба<sup>43</sup>

<sup>41</sup> AJMedP-4, Спільна доктрина НАТО з санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців надає більш детальну інформацію про захист здоров'я військових

<sup>42</sup> Медичний внесок у захист збройних сил може також полягати в наданні медичної допомоги для підтримки CIMIC або психологічних операцій (PSYOP) з метою активного впливу на місцевих впливових лідерів і можновладців.

<sup>43</sup> Див. також частина 3, розділ 6, Профілактична медицина, охорона довкілля та ветеринарна служба



- Фізична підготовка та зміцнення здоров'я<sup>44</sup>
  - Медична інформація та розвідка (MI2)
  - Спостереження за станом здоров'я під час розгортання, звітування про хвороби та поранення<sup>45</sup>
- 2.31 Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців повинен бути ефективним та проактивним. Необхідно враховувати медичну інформацію та розвіддані, а також дані санепідагляду під час розгортання, звітність про хвороби і поранення. Заходи з медико-санітарного нагляду та профілактичної медицини мають бути відповідно сплановані та впроваджені з самого початку проведення операції. Процес моніторингу та оцінки загроз для здоров'я повинен визначати повний вплив загроз на стан здоров'я і пропонувати рішення щодо того, як ці наслідки можна усунути або пом'якшити.
- 2.32 Невиконання або неякісне виконання санепідзаходів може призвести до значного зниження оперативної готовності та боєздатності збройних сил. Для того, щоб забезпечити належне включення медичних аспектів захисту сил у процес медичного планування операції та прийняття рішень командиром, у складі медичного відділу штабу формування, як правило, створюється осередок санітарно-епідеміологічного захисту, який надає консультації щодо того, як захистити особовий склад від загроз для його здоров'я.<sup>46</sup>

#### Розділ 4 – Охорона здоров'я Збройних сил (МНС)

- 2.33 Охорона здоров'я Збройних сил (англ., Military Health Care, МНС) охоплює заходи і діяльність, спрямовані на підтримку або відновлення здоров'я і боєздатності всіх військовослужбовців від призову до виходу у відставку під час виконання всього спектру військових обов'язків у пункті постійної дислокації і під час розгортання. МНС може також включати медичну допомогу певним групам населення, що належать до групи ризику, як це визначено медичними критеріями пріоритетності.
- МНС описана в публікації AJMedP-8, Спільна медична доктрина НАТО з охорони здоров'я Збройних сил (STANAG 2598) та підпорядкованих їй документах.

##### A. Елементи охорони здоров'я Збройних сил

- 2.34 **Профілактична медична допомога.** Профілактична медицина охоплює послуги, спрямовані на виявлення, попередження та контроль гострих і хронічних інфекційних та неінфекційних захворювань і травм. Це включає медичні скринінги, вакцинацію, консультації та навчання щодо захисних запобіжних заходів та гігієни.
- 2.35 **Охорона праці** - охоплює оцінку медичної придатності військовослужбовців конкретних військових спеціальностей, проведення обстежень/скринінгів і лікування хвороб і травм, пов'язаних з конкретними оперативними або робочими умовами. Прикладами медичних спеціальностей у галузі охорони праці є водолазна медицина, висотна медицина, тропічна медицина та аерокосмічна медицина.
- 2.36 **Екстрена/невідкладна медична допомога.** Екстрена/невідкладна медична допомога охоплює дії у критичній ситуації, необхідні для своєчасної оцінки, ресусцитації/реанімації, стабілізації, лікування і транспортування пацієнта у критичному стані, щоб запобігти втраті

<sup>44</sup> Див. також частина 3, розділ 1, Фізична підготовка та зміцнення здоров'я

<sup>45</sup> Див. також частина 3, розділ 7, Спостереження за станом здоров'я під час розгортання, звітування про хвороби та поранення

<sup>46</sup> Див. також пункти 2.4 - 2.6 Структура медичної служби штабу



життя, кінцівки та функціональності. Екстрена/невідкладна допомога на догоспітальному етапі надається, починаючи від місця отримання поранення/ураження до моменту госпіталізації у заклад вторинної медичної допомоги, де може бути забезпечена невідкладна медична допомога та спеціалізоване лікування (включаючи хірургічне втручання).

- 2.37 **Стандартна медична допомога.** Рутинна медична допомога охоплює медичне консультування, лікування і ведення некритичних хворих і поранених з подальшим поверненням їх до виконання службових обов'язків після одужання. Вона включає видачу медичних висновків про тимчасову непрацездатність, планові скринінги, медичні консультації, надання спеціалізованої допомоги та фізичну реабілітацію в межах ТБД (перелік можна продовжувати).
- 2.38 **Психічне здоров'я.** Охорона психічного здоров'я включає в себе перевірку психічного здоров'я перед бойовим завданням, профілактику та лікування психологічних і психічних розладів, спричинених хворобою, стресом або травмою, під час бойових дій і в період після їх завершення. Охорона психічного здоров'я має на меті покращити загальний стан здоров'я військовослужбовців та забезпечити особовий склад необхідними послугами для вирішення проблем із психічним здоров'ям, які виникають внаслідок участі в операціях НАТО, таких як посттравматичний стресовий розлад і черепно-мозкова травма.
- 2.39 **Стоматологічна допомога.** Стоматологічна допомога включає в себе перевірку стану здоров'я зубів перед відправкою на бойове завдання, а також профілактику та лікування проблем із зубами під час проведення союзницьких операцій. Стоматологічна допомога під час союзницьких операцій надається у розгорнутих медичних закладах різного рівня залежно від оперативних потреб конкретного військового завдання. З метою стандартизації оперативної сумісності та взаємозамінності опубліковано STANAG 2453 AMedP-8.13, Обсяг стоматологічного та щелепно-лицевого лікування у ВМЗ 1-3 етапів, який описує різні модулі стоматологічної допомоги, необхідні для лікування стоматологічних (і щелепно-лицевих) захворювань.
- 2.40 **Ветеринарна служба.** Включає в себе надання першої допомоги, проведення лікування, догляд та забезпечення добробуту військових службових тварин.<sup>47</sup> Однак під час розгортання уваги ветеринарного персоналу також можуть потребувати такі тварини, як безпритульні собаки та коти, гризуни та інші потенційні переносники хвороб, сільськогосподарські тварини (особливо під час операцій з надання гуманітарної допомоги або ліквідації наслідків стихійних лих та/або операцій з підтримки заходів цивільно-військового співробітництва), дикі тварини (зокрема, види тварин, що охороняються міжнародними законами та правилами).

## **В. Етапи та можливості**

- 2.41 Спектр потужностей та можливості медичного забезпечення повинні відповідати завданню, збройним силам та ризикам, на які ці сили наражатимуться. Вони повинні бути здатними адаптовуватися до змін у чисельності розгорнутих сил або ризиків, характерних для даного завдання, і дозволяти надати допомогу при пікових кількостях постраждалих, вищих за очікувані щоденні показники. Можливості медичної підтримки, розгорнуті повністю або частково, повинні складати систему медичного забезпечення, яка:

<sup>47</sup> Стандарти догляду за військовими службовими тваринами в країнах-членах Альянсу різняться; вони можуть варіюватися від простого, але гуманного ветеринарного лікування до лікування, більш схожого на лікування людей, які служать в збройних силах. Очікувані розпорядження щодо загиблих службових тварин також можуть відрізнятися. Для того, щоб відповідати очікуванням, слід враховувати національні норми і застереження

- a. працює як мережева “система систем”, що в комбінації може дати ефект у сфері охорони здоров'я, більший, ніж сума окремих частин;
  - b. складається з гнучких за своєю суттю компонентів, які можуть бути легко реконфігуровані для виконання численних ролей/задач у всьому спектрі конфліктів;
  - c. ефективно інтегрує морські, наземні та повітряні медичні можливості;
  - d. знаходить рівновагу між клінічними вимогами і тактичною ситуацією;
  - e. забезпечує багаторівневі поетапні клінічні можливості, які можуть бути адаптовані/прицільно вибрані, як у часі, так і в просторі, відповідно до потреб пацієнта.
- 2.42 Функціональні одиниці та можливості охорони здоров'я збройних сил, необхідні для підтримання здоров'я військовослужбовців на певних, визначених рівнях, описані як етапи. Мінімальні можливості кожного етапу, як правило, притаманні всім наступним етапам.
- 2.43 **Перший етап медичної допомоги** (англ. Role 1, R1). Перший етап допомоги в системі охорони здоров'я збройних сил охоплює набір можливостей первинної медичної допомоги, що включає, але не обмежується сортуванням, екстреною/невідкладною медичною допомогою на догоспітальному етапі та базовою діагностикою.<sup>48</sup> Перший етап медичної допомоги може також включати обмежені можливості утримання пацієнтів і медичного постачання.
- 2.44 **Другий етап медичної допомоги** (англ. Role 2, R2). Другий етап медичної допомоги в системі охорони здоров'я збройних сил охоплює набір можливостей, який розширює спектр заходів реанімації першого етапу медичної допомоги можливостями, необхідними для збереження життя, кінцівок і функціональності, а також для стабілізації стану пацієнтів для подальшого транспортування і лікування:
- a. **Передові військово-медичні заклади другого етапу** (англ. Role 2 forward, R2F) є високомобільними і можуть бути розгорнуті у віддалених, непристосованих або небезпечних тактичних умовах, що дозволяє проводити заходи з реанімації та хірургічні втручання з метою зупинки кровотечі, підтримання кровообігу, відновлення перфузії і збереження життя, кінцівок і функціональності. Можливості R2F також можуть бути використані для розширення або посилення інших медичних можливостей на театрі бойових дій. Можливості R2F включають сортування, основну діагностику, реанімацію за принципом контролю критичних пошкоджень, (англ. Damage Control Resuscitation, DCR) та хірургію за принципом контролю критичних пошкоджень (англ. Damage Control Surgery, DCS)<sup>49</sup>. Ресурси R2F обмежені. Якщо його не посилювати або не розширювати іншими можливостями медичної підтримки, які включають утримання пацієнтів і післяопераційний догляд, то R2F розраховує на негайну медичну евакуацію і поповнення запасів після лікування.
  - b. **Базові військово-медичні заклади другого етапу** (англ. Role 2 basic, R2B) дозволяють проводити заходи реанімації та хірургічні втручання, спрямовані на збереження життя, кінцівок і функціональності.<sup>50</sup> Можливості R2B можуть бути високомобільними, плаваючими або наземними, і включати сортування, основну діагностику, реанімацію та

<sup>48</sup> Категорії сортування можна знайти в Додатку С

<sup>49</sup> Включаючи використання препаратів крові



хірургію за принципом контролю критичних пошкоджень, короткострокову післяопераційну інтенсивну терапію, обмежене утримання пацієнтів і медичне постачання. Можливості R2B також можуть бути розгорнуті для доповнення або посилення інших медичних сил і засобів на театрі бойових дій.

- c. **Посилені військово-медичні заклади другого етапу** (англ. Role 2 enhanced, R2E) можуть забезпечити діагностичну, спеціалізовану та госпітальну (стаціонарну) допомогу, необхідну для стабілізації та підготовки пацієнтів до стратегічної евакуації. На додаток до можливостей R2B, це включає, але не обмежується хірургією, рентгеном, лабораторією, банком крові, фармацевтичною службою (аптекою) і стерилізаційною.

2.45 **Третій етап медичної допомоги** (англ. Role 3, R3) в системі охорони здоров'я збройних сил включає в себе набір можливостей розгортання спеціалізованої і госпітальної допомоги, що включає, як мінімум, комп'ютерну томографію (КТ) і виробництво кисню на додаток до всіх можливостей R2, перелічених вище. Можливості R3 можуть зменшити потребу в репатріації пацієнтів і забезпечити вищий рівень медичної допомоги перед стратегічною евакуацією.

2.46 **Четвертий етап медичної допомоги** (англ. Role 4, R4) охоплює весь спектр медичної допомоги військовим, включаючи високоспеціалізовані можливості (такі як реконструктивна хірургія, протезування та реабілітація), які не можуть бути розгорнуті на театрі бойових дій або потребують для виконання занадто багато часу. Медичне забезпечення R4 є національною відповідальністю і зазвичай надається (військовими або цивільними, що працюють за військовим контрактом) лікарнями в країні походження пораненого або в регіональному центрі (пункті постійної дислокації).

2.47 Можливості, що діють паралельно з етапами системи охорони здоров'я збройних сил, але не пов'язані безпосередньо з конкретним етапом, включають, але не обмежуються ними:

- a. **MERT - Медична команда швидкого реагування** (англ. Medical emergency response team, MERT). До складу MERT входять фахівці з надання екстреної медичної допомоги, навчені та екіпіровані надавати екстрену медичну допомогу та допомогу при критичних станах, незалежно від місцезнаходження, у будь-яких оперативних умовах, окрім безпосереднього ведення бойових дій.

- b. **CSU - Підрозділ, відповідальний за розташування постраждалих** (англ. Casualty staging units, CSU)- включає в себе достатню кількість місць для утримання та догляду, щоб розмістити стабілізованих пацієнтів, утримувати їх, підготувати до транспортування і перемістити на транспортний засіб для передачі команді MEDEVAC. За необхідності, CSU можуть бути розширені/посилені модулями інтенсивної терапії, хірургії, авіаційної медицини або медичного постачання.

2.48 Заяви НАТО щодо планування сил і засобів медичної оборони та Настанови з планування медичного забезпечення морських операцій (Maritime Medical Planning Guidance), включені до публікації AJMedP-1, Спільна доктрина з медичного планування НАТО (частина 3, розділ 3), надають узгоджені стандарти, на які можна посилались для визначення мінімальних вимог до медичних можливостей, що підтримують операції НАТО. До будь-якого медичного закладу чи об'єкта, незалежно від його етапу, можуть бути додані допоміжні елементи для посилення (такі як харчова технологія, ветеринарна медицина, стоматологічна допомога, психічне здоров'я). Кожен об'єкт або військово-медичний заклад має бути організований відповідно до проведеного медичного оцінювання під час процесу планування і відповідати

національним стандартам, беручи до уваги, що посилення і модернізація медичних транспортних засобів та закладів зумовить потребу в додатковому обладнанні, персоналі і постачанні, що, своєю чергою, збільшить потреби в пересуванні, транспорті та інших видах забезпечення.

## Розділ 5 - Медична евакуація (MEDEVAC)

### А. Масштаб медичної евакуації<sup>50</sup>

2.49 **Медична евакуація (англ. MEDEVAC)** - це процес переміщення пораненої, травмованої або хворої особи під постійним медичним наглядом і доглядом до або між медичними закладами.<sup>51</sup> Медична евакуація є невід'ємною частиною безперервного процесу надання медичної допомоги. Вона здійснюється під час військових операцій спеціально призначеними транспортними засобами, здатними забезпечувати надання медичної допомоги під час транспортування відповідно до чинних медичних стандартів на такому ж або вищому рівні, що й підрозділ, який відправляє пацієнта.

- a. **Передова медична евакуація** проводиться з місця отримання поранення/ураження або пункту збору поранених/постраждалих до закладу первинної медичної допомоги.<sup>52, 53</sup> Команди передової медичної евакуації повинні бути оснащені та підготовлені для порятунку та евакуації пацієнтів з ворожого, віддаленого середовища.
- b. **Тактична медична евакуація** проводиться з одного ВМЗ до іншого в межах зони проведення операції. Стан пацієнтів перед евакуацією зазвичай стабілізують. Команди тактичної медичної евакуації повинні бути оснащені та навчені надавати допомогу на такому ж рівні, як у медичному закладі, який відправляє пацієнта (може включати інтенсивну терапію під час транспортування).
- c. **Стратегічна медична евакуація** здійснюється з ВМЗ, розташованих на території ТБД, до ВМЗ за межами зони проведення операції (зазвичай ВМЗ R4). Команди евакуації повинні бути оснащені та навчені надавати допомогу на такому ж рівні, як у медичному закладі,

<sup>50</sup> MEDEVAC більш детально описана в публікації AJMedP-2, Спільна медична доктрина НАТО з медичної евакуації

<sup>51</sup> На відміну від медичної евакуації, евакуація постраждалих (англ., casualty evacuation, CASEVAC) означає незаплановане або випадкове транспортування постраждалих без залучення спеціальних або визначених медичних сил і засобів. Евакуація постраждалих не є ні медичною можливістю, ні обов'язком медичної служби, і її слід розглядати лише у випадках, коли таким чином можна доставити постраждалого до найближчого медичного закладу швидше, ніж на місце події прибудуть засоби медичної евакуації; якщо кількість постраждалих перевищує можливості системи медичної евакуації (інцидент з великою кількістю постраждалих - масовий випадок) або якщо необхідно залишити засоби медичної евакуації для більш важливої або потрібнішої діяльності. Для того, щоб упоратися з великою кількістю поранених під час повномасштабних об'єднаних операцій, може знадобитися розглянути можливість CASEVAC для всіх поранених, які не потребують постійної медичної допомоги.

<sup>52</sup> Місце отримання поранення/ураження (англ., point of injury / insult (POI) - це локація, де були отримані поранення або з'явилися перші повідомлення про гострі симптоми. Воно може бути розташоване в зоні бойових дій.

<sup>53</sup> У пункті збору поранених/постраждалих (англ. casualty collection point, CCP) збирають постраждалих після порятунку з бойових дій, ворожого або несприятливого середовища. Пункт збору поранених/постраждалих зазвичай створюється в умовно сприятливому (тобто безпечнішому) середовищі та укомплектовується одним або кількома призначеними фахівцями з екстреної медичної допомоги. У CCP необхідно вилучити у пацієнта всі очевидні загрози для здоров'я самого пацієнта або оперативних медичних транспортних засобів чи ВМЗ об'єкти (деконтамінація та роззброєння). Це не є обов'язком медичної служби і може бути виконано немедичним персоналом, який пройшов відповідну підготовку.

який відправляє пацієнта (що може включати інтенсивну терапію під час транспортування). В основному, стратегічна медична евакуація є національним обов'язком, який може бути виконаний в рамках багатонаціональних угод і повинен координуватися між командувачем силами і країнами, що надають війська. У разі відсутності військових транспортних засобів слід розглянути можливість використання цивільних чартерних літаків, але з застереженням щодо їх потреби літати на ТБД.

- 2.50 Успішне лікування та координація транспортування пацієнтів вимагають наявності транспортних засобів медичної евакуації з кваліфікованим і спеціально підготовленим персоналом у достатній кількості і повинні враховувати такі фактори, як оперативна обстановка, погодні умови, а також довжина і якість маршрутів евакуації. Система медичної евакуації повинна бути здатною до безперервного забезпечення:
- Евакуації пацієнтів вдень і вночі, за будь-яких погодних умов суші і моря, на будь-якій місцевості і за будь-яких оперативних обставин.<sup>54</sup>
  - Надання належної екстреної медичної допомоги та допомоги при критичних станах протягом всієї евакуації.
  - Управління потоком пацієнтів і скерування їх у найбільш відповідні ВМЗ.
  - Відстеження пацієнта в реальному/близькому до реального часі впродовж безперервного процесу надання медичної допомоги.
- 2.51 Країни несуть відповідальність за забезпечення необхідної наявності наземних, морських і повітряних засобів медичної евакуації і за узгодження своїх процедур і можливостей медичної евакуації між собою. Положення НАТО щодо планування сил і засобів медичного захисту містять узгоджені стандарти мінімальних вимог до сил і засобів медичної евакуації і можуть бути використані у якості довідкових матеріалів під час процесу планування. Командири і їхні штаби відповідають за оперативну інтеграцію, координацію і використання системи медичної евакуації та її засобів, а медичний персонал - за ефективне планування і координацію відповідних медичних елементів.
- 2.52 Детальні плани медичної евакуації повітряним, наземним і морським транспортом мають бути розроблені у тісній співпраці з оперативним управлінням (СJ3 - Земля, Море, Повітря), управлінням логістики (СJ4) і управлінням зв'язку (СJ6) на всіх рівнях командування для відповідної зони відповідальності, з урахуванням співвідношення чисельності сил і ризиків, яким вони піддаються. Національні та багатонаціональні аспекти управління та відповідальності за медичну евакуацію повинні бути визначені в оперативному плані (англ. operations plan, OPLAN).
- 2.53 Командування НАТО і їхній медичний персонал повинні забезпечити якнайкраще і найефективніше використання національних засобів і заходів медичної евакуації в зоні проведення операцій шляхом ефективною координації. Тому осередок координації евакуації пацієнтів (англ. patient evacuation coordination cell, PECC) повинен бути частиною кожного центру об'єднаних операцій (англ. joint operations centre, JOC).<sup>55</sup> Національні медичні групи взаємодії (англ. National medical liaison teams, NMLT) на чолі з національним старшим медичним офіцером (англ. senior medical officer, SMO) повинні розміщуватися разом з

<sup>54</sup> Визнаючи, що на евакуацію можуть суттєво впливати екологічні та тактичні фактори.

<sup>55</sup> Навіть якщо іноді його називають центром координації евакуації пацієнтів (англ., patient evacuation coordination centre) (AAP-15), COMEDS погодився на термін "осередок координації евакуації пацієнтів" (англ., patient evacuation coordination cell) (запис/форма 38843 від 18-06-2018). Кадровий склад та чисельність PECC може відрізнятись.

національним елементом підтримки (англ. national support element, NSE) і, за необхідності, розгортатися в медичних установах для надання допомоги в адмініструванні, відстеженні та репатріації пацієнтів зі своєї країни.<sup>56</sup>

## В. Засоби медичної евакуації

- 2.54 У той час як ВМЗ, як правило, класифікуються за етапами, відповідно до своїх можливостей та функцій, засоби медичної евакуації визначаються за зонами, в яких вони діють впродовж безперервності надання допомоги. До них відносяться наступні.
- 2.55 **Транспортні засоби в межах театру бойових дій.** Використовуються для передової і тактичної евакуації пацієнтів; повинні бути відповідними до бойового завдання, яке вони підтримують. Транспортні засоби медичної евакуації, що діють у несприятливому середовищі (в зоні бойових дій), повинні бути захищені, а в екстремальних випадках - охоронятися бойовим ескортом. До засобів, що використовуються в межах театру бойових дій, відносяться:
- a. **Наземні транспортні засоби медичної евакуації**, які можуть евакуювати пацієнтів з місця отримання поранення або пункту збору поранених/постраждалих (навіть у складних умовах) за межі зони бойових дій, а також транспортувати пацієнтів між медичними закладами. Транспортні засоби передової наземної евакуації повинні мати таку ж мобільність і захист, як і сили, які вони підтримують, а також медичне обладнання, пристосоване до цілей бойового завдання. Автомобілі швидкої допомоги є найбільш поширеним типом транспортних засобів передової наземної евакуації. Вони можуть бути укомплектовані персоналом і обладнані для надання розширених заходів ресусцитації/допомоги критичному пацієнту або надавати базову медичну допомогу під час транспортування, маючи в такому разі більшу місткість. Транспортні засоби для тактичної наземної евакуації можуть включати автомобілі швидкої допомоги великої місткості, а також транспортні засоби, здатні забезпечити надання допомоги критичним пацієнтам під час транспортування, лікарняні поїзди або автобуси, пристосовані для транспортування поранених. Наземна евакуація залежить від ліній комунікацій, які можуть бути легко пошкоджені. Транспортні засоби наземної евакуації, які рухаються, постійно піддаються ризику бути виявленими і стати ціллю для переслідування або атаки.
  - b. **Транспортні засоби для повітряної медичної евакуації** (конвертоплани, гвинтокрили та літаки), які можуть значно посприяти своєчасній медичній евакуації. Спеціалізований персонал та обладнання, необхідне для проведення аеромедичної евакуації (англ. aeromedical evacuation, AE), повинні мати доступ до повітряного судна вчасно, щоб забезпечити підготовку до виконання конкретного завдання з АЕ. Оперативна обстановка, час транспортування, а також стан пацієнта можуть вимагати доповнення стандартної команди аеромедичної евакуації спеціалізованим медичним персоналом (наприклад, аеромедичною транспортною командою з критичних станів (англ. critical care air transport team, CCATT) або аеромедичною командою підтримки з критичних станів (англ. critical care aeromedical evacuation support team, CCAST)), який надаватиме допомогу критичним пацієнтам під час АЕ на тому ж рівні, що й медичний заклад, який відправив пацієнта. Засоби АЕ можуть забезпечити евакуацію на більшій території і транспортувати пацієнтів набагато швидше, ніж наземні засоби, навіть якщо лінії зв'язку перериваються, але вони обмежені місткістю, оперативними і погодними умовами і завжди потребують

<sup>56</sup> Дивіться також Частина 3, Розділ 9: Координація евакуації пацієнтів.

достатнього підкріплення (резервного забезпечення) наземними засобами медичної евакуації.

- с. **Морські та надводні ресурси медичної евакуації**, які не є основними засобами медичної евакуації в морських або десантних операціях, але становлять важливий резервний варіант в непередбачуваних ситуаціях, коли повітряна евакуація стає неможливою або кількість постраждалих перевищує можливості евакуаційних засобів. Вони можуть бути укомплектовані персоналом і обладнані для надання розширених заходів з ресусцитації та надання допомоги при критичних станах або для надання базової медичної допомоги під час транспортування при більшій місткості. Зазвичай конвертоплани/гвинтокрили використовуються для медичної евакуації між морськими платформами і ВМЗ.

- 2.56 **Транспортні засоби для переміщень між театрами бойових дій** використовуються для стратегічної медичної евакуації і залежать від зони проведення операції та відстані, яку необхідно подолати. Вони включають, але не обмежуються госпітальними суднами, госпітальними поїздами та аеромедичними евакуаційними літальними апаратами з фіксованим крилом.

## Розділ 6 - Медична логістика

- 2.57 Медична логістика включає закупівлю, зберігання, перевезення, розподіл, технічне обслуговування та організацію медичних виробів і фармацевтичних препаратів, включаючи кров, препарати крові та медичні гази. Законодавство, нормативні акти та обов'язки, пов'язані з медичною логістикою, можуть відрізнятися залежно від країни.

- 2.58 **Система медичної логістики.** Система медичної логістики повинна забезпечувати безперервність медичної допомоги за будь-яких оперативних умов. Масштаб і обсяг системи медичного забезпечення залежать від бойового завдання. Планування і впровадження ефективної системи медичної логістики - це передусім національна відповідальність. Тому командування НАТО і його медичний персонал можуть використовувати свої повноваження для забезпечення найкращого і найефективнішого використання національних ресурсів і діяльності в районі операцій шляхом їх координації. Система медичної логістики повинна бути прямою і надійною, економічно ефективною, простою і здатною швидко доставляти медичні засоби в масштабах усього театру військових дій. Вона повинна забезпечувати самодостатність національних внесків з моменту розгортання і протягом усього завдання, як це визначено під час планування відповідно до принципів належної практики дистрибуції (англ. Good Distribution Practice, GDP).<sup>57</sup>

- 2.59 **Оперативна сумісність.** Будь-яка країна, яка надає підтримку медичними виробами або фармацевтичними препаратами іншим країнам, несе відповідальність за належне зберігання і транспортування до моменту передачі. Ключові особливості медичного постачання, що сприяють оперативній сумісності медичних служб НАТО, наступні:<sup>58</sup>

<sup>57</sup> GDP - це міжнародно визнана система гарантії якості при закупівлі, отриманні, зберіганні та доставці медичних товарів. В Європі GDP базується на Директиві Ради Європейського Співтовариства 92/25/ЄЕС. У США GDP базується на Кодексі федеральних правил 21 CFR 210/211 та USP 1079. У Канаді GDP базується на Належній виробничій практиці Health Canada GUI-001 та Настановах з контролю температури лікарських засобів під час зберігання і транспортування GUI-0069

<sup>58</sup> Див. також STANAG 2128 AMedP-1.12, Медична доктрина НАТО щодо процедур медичного та стоматологічного постачання



- a. Проведення обміну або заміни на всіх рівнях в межах ТБД медичних предметів тривалого користування (наприклад, апаратів штучної вентиляції легень, нош), необхідних для супроводу пацієнтів під час евакуації з поля бою до найближчого відповідного медичного або стоматологічного закладу. Ці медичні засоби повинні мати чітке маркування з зазначенням країни походження відкритим текстом, з національним прапором або інвентарним номером НАТО.<sup>59</sup>
- b. Забезпечення необхідної інформації про медичні вироби, включаючи інструкції щодо особливих умов зберігання або транспортування (вологість або температура). Дата виробництва і термін придатності завжди повинні бути добре видимими.
- c. Забезпечення методів ідентифікації вмісту шприців, шприців-тюбиків, контейнерів та автоін'єкторів. Щодо автоін'єкторів, вкрай важливо, щоб весь медичний персонал і всі користувачі розуміли значення кольорових кодів, які використовуються. AMedP-1.5 Медична доктрина НАТО з ідентифікації медичних виробів, що використовуються в польових медичних установах (STANAG 2060), полегшує швидку ідентифікацію медичних матеріалів, що використовуються в польових медичних установах, для забезпечення більш ефективної співпраці.

#### 2.60 Медичні вироби. Медичні вироби мають деякі унікальні характеристики:

- a. **Статус захисту**<sup>60</sup>. Медичні вироби захищені умовами Женевських конвенцій, якщо вони належним чином марковані, а також зберігаються і розподіляються окремо від бойових запасів.
- b. **Регуляторні аспекти**. Облік, адміністрування та використання медичних виробів, зокрема підконтрольних лікарських засобів і препаратів крові, регулюються національними та міжнародними нормативними актами, а також ланцюгом зворотного постачання та обмеженнями щодо клінічних відходів, які не можуть бути утилізовані в межах ТБД. Споживання та контрольована утилізація медичних виробів повинні реєструватися з юридичних, екологічних причин та з метою контролю за ресурсами.
- c. **Вимоги до зберігання і транспортування**. Через технічні характеристики, швидке псування та, особливо, через обмежений термін придатності і чутливість до умов зберігання, транспортування та умов навколишнього середовища, медичні вироби потребують суворого контролю за зберіганням та транспортуванням, а також спеціалізованого управління.
- d. **Важливість**. Наявність медичного обладнання та матеріалів, навіть тих, що здаються незначущими, може мати дуже важливе значення. Система медичної логістики повинна включати експертну оцінку можливих та ймовірних наслідків дефіциту і затримок у матеріальному забезпеченні, а також бути здатною реагувати на швидкі клінічні запити.

#### 2.61 Обладнання для надання першої та невідкладної медичної допомоги. Засоби та обладнання для першої та невідкладної медичної допомоги повинні розроблятися кожною

<sup>59</sup> Див. також публікацію AMedP-1.12 Медична доктрина НАТО щодо процедур медичного та стоматологічного постачання, пункт 2.1.1

<sup>60</sup> Див. також STANAG 2060 AMedP-1.5 Медична доктрина НАТО з визначення медичних виробів, що використовуються в польових медичних установах (STANAG 2060)



країною відповідно до національних вимог. Там, де існують можливості для багатонаціональної розробки, це слід заохочувати.

- a. Усі військовослужбовці повинні бути забезпечені індивідуальною аптечкою першої допомоги (англ. individual first aid kit, IFAK). Відповідні стандарти НАТО визначені публікацією AMedP-8.7 (STANAG 2126), Медична доктрина НАТО щодо перев'язувальних матеріалів для першої допомоги, аптечок першої допомоги та наборів для надання невідкладної медичної допомоги<sup>61</sup>.
- b. Стандарти забезпечення засобами невідкладної медичної допомоги морських платформ НАТО, які працюють в ізольованих з медичної точки зору зонах, визначені в документі AMedP-1.9 (STANAG 1208), Мінімальні вимоги до засобів надання невідкладної медичної допомоги на борту суден. Оскільки прийнято, що країни самостійно вибирають препарати для лікування в екстрених випадках, важливо, щоб медичний персонал був проінформований про медичні засоби, які надаються суднам інших країн-членів в рамках взаємодопомоги.
- c. Засоби першої допомоги повинні бути в усіх військових транспортних засобах.

2.62 Кров та препарати крові. Забезпечення кров'ю та препаратами крові є критично важливою функцією медичної логістики. Наявність крові та її компонентів є обов'язковою на всіх етапах медичної допомоги з можливістю хірургічної допомоги, а також повинна бути розглянута як варіант для всіх підрозділів з можливістю проведення заходів ресусцитації.

- a. Мінімальні вимоги до служби крові в межах ТБД:
  - Отримання крові та її компонентів за стандартом, прийнятним для всіх національних контингентів, що беруть участь у програмі, відповідно до AMedP-1.1 (STANAG 2939) Мінімальні вимоги до крові, донорів та пов'язаного обладнання.
  - Переміщення, зберігання та розподіл крові та її компонентів, а також утилізація клінічних предметів, що використовуються при переливанні крові.
  - Забезпечення безперервності медичних записів від донора до реципієнта і навпаки.
  - Забір, обробка та тестування крові в екстрених випадках.
- b. Хоча національні контингенти несуть відповідальність за постачання крові своїм пацієнтам, це не завжди є практичним і здійсненним. У зоні проведення операцій можуть бути створені багатонаціональні механізми підтримки для забезпечення постачання крові та препаратів крові, які гарантуватимуть дотримання національних та міжнародних узгоджених стандартів.

2.63 **Ноші.** Стандарти для нош, опорних кронштейнів та кріпильних опор визначені в публікації AMedP-2.1, Медична доктрина НАТО для нош, опорних кронштейнів та кріпильних опор (STANAG 2040). Ці стандарти в основному узгоджують розміри для полегшення та універсалізацію взаємодії між різними силами НАТО при транспортуванні пацієнтів наземними або аеромедичними засобами.

<sup>61</sup> Цей STANAG не містить спеціальних рекомендацій з медичного постачання для лікування постраждалих від ХБРЯ-ураження. Вони викладені в публікації AMedP-7.2, Посібник з надання першої допомоги при ХБРЯ-ураженні.

- 2.64 **Медичні гази.** Параметри та характеристики балонів з медичними газами загального користування (наприклад: стандартна система кольорового кодування для ідентифікації вмісту) описані в публікації AMedP-1.19, Медична доктрина НАТО про універсальне технічне обслуговування балонів з медичним газом (STANAG 2121). Ці стандарти сприяють оперативній сумісності, взаємодії та полегшують поповнення запасів медичних газових балонів.
- 2.65 **Медичні відходи.** Стандарти і процедури поводження з регульованими медичними відходами та їх утилізації повинні бути включені в план медичної логістичної підтримки на всій території театру бойових дій. Цей план має враховувати всі необхідні аспекти для запобігання забрудненню, захисту довкілля, дотримання нормативних вказівок/політики, захисту розгорнутих сил і відповідати законам приймаючої країни. Щодо загального планування поводження з відходами слід проконсультуватися з офіцером з питань охорони довкілля. Додаткову інформацію можна знайти у Спільних публікаціях НАТО з охорони довкілля (англ. Allied Joint Environmental Protection Publications, AJEPP).
- 2.66 **Планування медичних запасів.** Планування медичних запасів має гарантувати, що ресурси і запаси належних медичних виробів і обладнання для забезпечення військ будуть призначені і виділені НАТО. Це передбачає створення і підтримання мінімальних запасів медичних виробів і фармацевтичних препаратів, а також спроможність до швидкого поповнення у великому обсязі у разі потреби.

## Частина 3 – Задачі та функції, пов'язані з медичним забезпеченням

*У цій частині описано, як надається медичне забезпечення через різні його функції: від підготовки шляхом планування до забезпечення медичної допомоги та її надання під час операцій. Тут містяться основні рекомендації щодо готовності до медичної допомоги та зміцнення здоров'я, медичної розвідки та інформації, освітніх стандартів та оцінювання, медичного планування, профілактичної медицини, а також щодо надання допомоги постраждалим під час масових випадків.*

### Розділ 1 - Фізична підготовка та зміцнення здоров'я

- 3.1. Фізична підготовка та зміцнення здоров'я пов'язані з санітарно-епідеміологічним захистом/захистом здоров'я військовослужбовців (FHP) і більш детально описані в публікації AJMedP-4, Спільна медична публікація НАТО з санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців. Допомагаючи зменшити чи усунути ризики для здоров'я, пов'язані зі способом життя, такі як ожиріння, незадовільний фізичний стан, вживання алкоголю чи наркотиків, неправильне харчування або шкідливі звички з макро- та мікроперспективи, фізична підготовка та зміцнення здоров'я підтримуватимуть і покращуватимуть благополуччя та робочу готовність як окремого солдата, так і збройних сил загалом, у таких сферах:
- a. **Психічне здоров'я.** Психічне здоров'я включає в себе готовність і стійкість до боротьби зі стресом, пов'язаним із розгортанням. Зміцнення психічного здоров'я сприяє розвитку знань, навичок і світогляду, необхідних солдатам та іншим військовослужбовцям для ефективного функціонування та подолання стресових факторів у військовому середовищі.
  - b. **Поведінкове здоров'я.** Зміцнення поведінкового здоров'я полягає в розвитку навичок управління стресом, контролюванні бойового стресу, дотриманні режиму сну, профілактиці та нагляду щодо суїцидів, відповідальній сексуальній поведінці, профілактиці зловживання алкоголем і наркотиками, а також програмах припинення вживання тютюну.
  - c. **Фізичне здоров'я.** Фізичне здоров'я включає не лише фізичну підготовку, але й низку інших аспектів, які забезпечують задоволення всіх потреб здорового і готового до виконання завдань організму. До них належать фізична підготовка солдатів, профілактика травматизму, ергономіка, гігієна ротової порожнини, харчування та контроль ваги.

### Розділ 2 - Медична розвідка та інформація (MI2)<sup>62</sup>

- 3.2. **Медична інформація.** Медична інформація включає усі дані про медичні або екологічні загрози, а також про медичну інфраструктуру, зібрані не через канали розвідки, які не були проаналізовані на наявність розвідувальної інформації. Медична інформація повинна вільно поширюватися між членами НАТО та його партнерами.
- 3.3. **Медична розвідка (MEDINT).**<sup>63</sup> Медична розвідка є продуктом цілеспрямованого збору та оцінки (обробки) медичної, біонаукової, епідеміологічної, екологічної та іншої інформації, пов'язаної зі здоров'ям людей або тварин, для визначення загроз і пропонування можливостей для використання відповідальними особами. Медична розвідка не повинна використовуватися

<sup>62</sup> AJMedP-3, Спільна медична доктрина НАТО з медичної розвідки описує медичну розвідку більш детально, AmedP-3.2 Спільна медична доктрина НАТО зі збору медичної інформації та звітності надає більше інформації щодо MI2. MI2 напряму пов'язана з FHP та його відповідними завданнями і функціями.

<sup>63</sup> Див. також пункт 2.9 - Розвідка

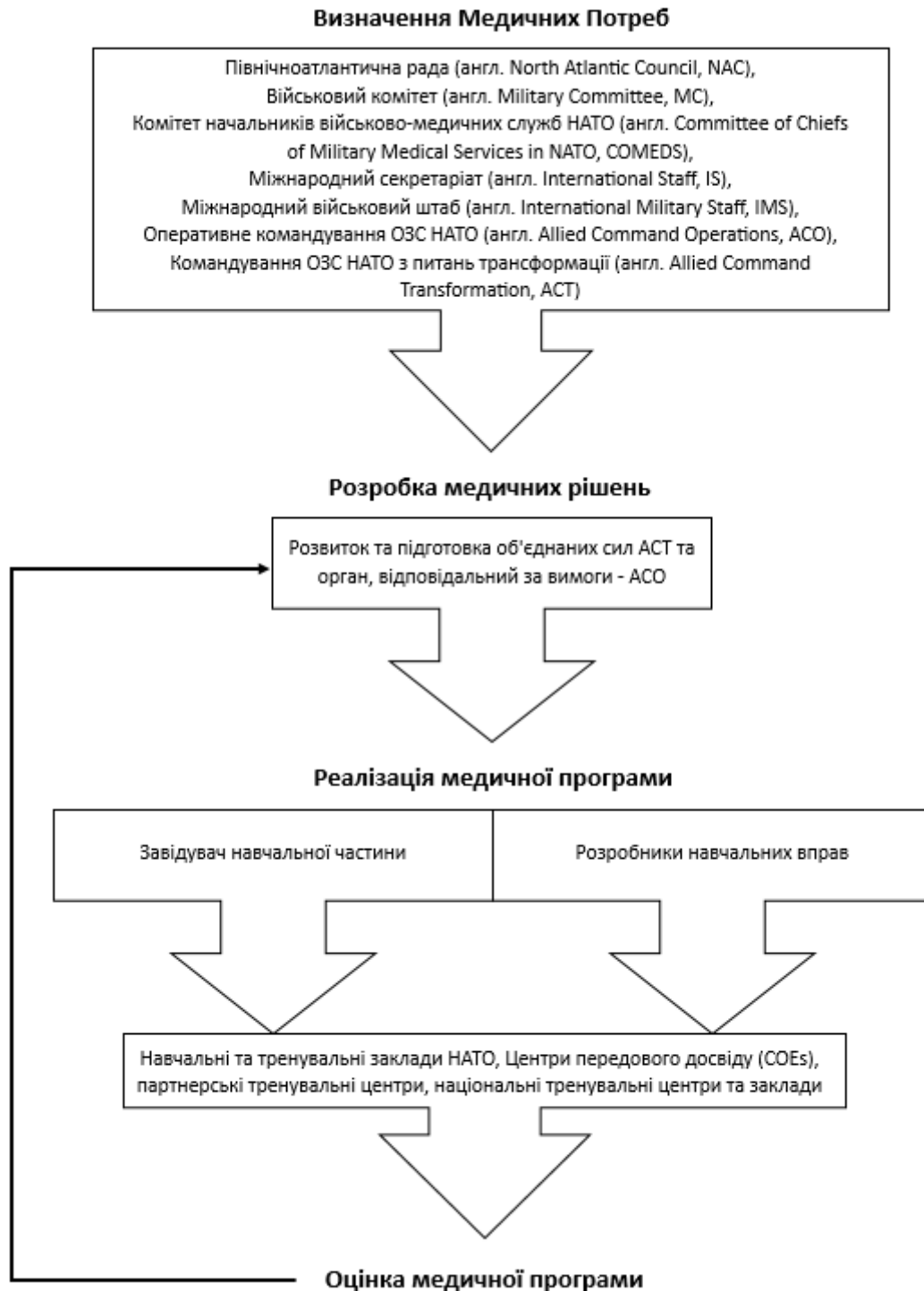
для отримання переваг за рахунок медичних вразливостей будь-якої зі сторін, оскільки це було б серйозним порушенням основних етичних і правових норм і могло б мати негативні наслідки.

- 3.4. Медична інформація та медична розвідка сприяють оцінці, формулюванню та управлінню ризиками для здоров'я, а також підготовці до розвідувальної оцінки оперативного середовища. Медична розвідка та інформація, які є необхідними для медичного планування, а також для санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців, охоплюють наступні сфери:
- a. Фактори довкілля, включаючи топографію та клімат, соціально-економічні фактори, громадське здоров'я, загрози з боку тварин і рослин.
  - b. Медичні послуги та інфраструктуру, включаючи організаційну структуру, потужності лікарень та медичних закладів, евакуацію постраждалих і екстрені медичні служби та можливості, спеціалізовану медичну підтримку, медичні матеріали, банк крові та клінічні лабораторії. Сюди також повинна входити інформація про цивільні та військові об'єкти в районі операцій, незалежно від джерел інформації (національні, міжнародні, цивільні чи військові).
  - c. Епідеміологічні дані, включаючи захворюваність, поширення та контроль інфекційних захворювань (особливо шлунково-кишкових, респіраторних, трансмісивних хвороб (які передаються через переносників), та інфекцій, що передаються статевим шляхом) у зоні інтересу.
- 3.5. Медична розвідка та інформація повинні бути своєчасними, легкодоступними, всеосяжними та надійними, що означає, що вони мають бути конкретними, точними та актуальними. Під час підтримки розвідувальних і оперативних підрозділів у проведенні стратегічних оцінок, медична розвідка та інформація повинні відповідати етичним стандартам та визнаним законам, що стосуються прав людини, таким як Принципи медичної етики ООН, Закон про збройні конфлікти і медична таємниця.<sup>64</sup>

### Розділ 3 - Навчання та підготовка

- 3.6. Належна медична допомога та взаємодія в багатонаціональних об'єднаних операціях значною мірою залежать від спільного розуміння, належної комунікації та узгоджених процедур. Це особливо важливо, оскільки навчання та підготовка, особливо надавачів медичних послуг, медичних фахівців і лікарів, є національною (або навіть регіональною) відповідальністю та зазвичай визначаються національними (регіональними) стандартами й регламентами.
- 3.7. **Відповідальність за медичне навчання та підготовку.** Із затвердженням стратегічного плану навчання за предметом медичного забезпечення, медичний персонал Оперативного командування Об'єднаних Збройних сил (ОЗС) НАТО (АСО) був призначений як орган, відповідальний за визначення вимог НАТО до медичного навчання та підготовки. Центр передового досвіду військової медицини (MILMED COE) був призначений головним підрозділом, відповідальним за узгодження вимог з навчальними та тренувальними рішеннями, а також за забезпечення того, щоб ці рішення були реалізовані максимально ефективно, результативно та економічно.

<sup>64</sup> Медичний персонал, залучений до розвідувальної діяльності, може втратити свій захищений статус.



**Малюнок 3-1. Обов'язки щодо навчання, підготовки, проведення навчальних вправ та оцінювання предмету медичного забезпечення**

3.8. **Перша медична допомога та навчання з базової гігієни для всіх військовослужбовців.** Перша медична допомога під час операцій включає в себе навички порятунку життя шляхом само- і взаємодопомоги, які є необхідними для всіх військовослужбовців. Зупинка доступної серйозної кровотечі та забезпечення здатності дихати є першими кроками до успішної ресусцитації і стабілізації, що може значно підвищити ймовірність виживання та покращити результати лікування поранених, травмованих або хворих. Крім того, усі військовослужбовці повинні мати певне розуміння та пройти навчання з основ

гігієни та заходів санітарно-епідеміологічного захисту, щоб запобігати та обмежувати поширення і передачу інфекційних захворювань в умовах розгортання.

- a. Настанови щодо надання першої медичної допомоги та навчання з основ гігієни для всіх військовослужбовців наведено в документі AMedP-8.15 (STANAG 2122), Вимоги до підготовки з надання допомоги пораненим та навчання з базової гігієни для всіх військовослужбовців.
- b. Підхід до надання допомоги пораненим в умовах бойових дій є добре відомим стандартом навчання, який використовується в більшості країн-членів НАТО. Однак навчання з надання першої медичної допомоги є національною відповідальністю, і відповідні стандарти навчання спираються на національне законодавство та регламенти.

3.9. **Розширене медичне навчання для немедичного військового персоналу.** Окремий військовий персонал, що діє в умовах, де доступ до медичної допомоги може бути ускладнений, повинен бути навчений самостійно проводити медичний огляд/надавати допомогу за зверненням та здійснювати розширені медичні заходи в польових умовах, адаптувавши їх до потенційно непристосованого чи віддаленого середовища. Це може вимагати спеціальних дозволів або схвалення національних органів влади.

3.10. **Навчання медичного персоналу.** Стандарти навчання та підготовки медичного персоналу ОЗС НАТО повинні бути прийняті всіма країнами, що надають війська. Крім того, навчання та підготовка медичного персоналу НАТО повинні відповідати узгодженим стандартам НАТО, за їх наявності.

- a. Стандарти навчання медичного персоналу в умовах військових операцій повинні забезпечувати взаємодію та стандартизований результат медичних можливостей. AMedP-8.3 визначає Вимоги до навчання медичного персоналу в міжнародних місіях, AMedP-22 визначає Вимоги до навчання надання невідкладної допомоги при травмах у військових, AMedP-1.7 надає відповідну матрицю можливостей, а AMedP-1.8 окреслює відповідні навички.
- b. Медичні команди повинні проходити навчання та тренування для роботи в умовах, у яких вони діють. Зокрема, команди екстреної допомоги та хірургічні команди мають бути навчені виконанню технік і процедур ресусцитації за принципом контролю критичних пошкоджень (DCR) і хірургії контролю пошкоджень (DCS) з метою збереження життя, кінцівок і функціональності поза межами лікарні, в тактичних умовах та з обмеженим обладнанням.
- c. Залежно від їхньої функції, вимог підрозділів, які вони підтримують, та оперативного середовища, відібраний медичний персонал має опанувати та відпрацювати конкретні медичні та бойові навички.
- d. Персонал, що керує медичними підрозділами або виконує функції медичного штабу, повинен також проходити навчання, тренування та мати відповідний досвід. Це включає, але не обмежується управлінням при надзвичайних ситуаціях, лідерством, організаційними, координаційними та планувальними навичками в контексті фундаментальних принципів медичного забезпечення, описаних у МС 326/4.<sup>65</sup>

3.11. **Навчальні справи.** Медичне забезпечення є складним та залежить від часу, а процедури значно відрізняються між країнами. Навчальні справи є важливими для оцінки та покращення

<sup>65</sup> Управління при надзвичайних ситуаціях більш детально описано в пункті 3.10 та публікації AMedP-1.10, МЕДИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ У РАЗІ МАСШТАБНОГО ІНЦИДЕНТУ/МАСОВОГО ВИПАДКУ

медичної підтримки, що надається розгорнутим силам, а також для підвищення співпраці та взаємодії між різними службами та країнами, які залучені до спільної участі.

- a. Відповідно до принципу «тренуйся так, ніби ти воюєш», медична підтримка має бути невід'ємною частиною всіх навчальних вправ під час тренування перед розгортанням ОЗС і повинна мати належний пріоритет. Розгорнуті сили повинні бути ознайомлені з тактиками, техніками та процедурами (англ., tactics, techniques and procedures, TTPs), які будуть використовуватися на ТБД до їхнього розгортання. Медичний персонал має бути залучений до процесу розробки навчальних вправ та сценаріїв, щоб забезпечити включення відповідних медичних навчальних цілей. Медичні підрозділи, що беруть участь у навчальних вправах, не повинні бути залучені до надання реальної медичної допомоги учасникам навчань, а повинні лише дотримуватись навчальних медичних цілей.
- b. Навчальні вправи з реагування на надзвичайні ситуації та масові випадки підвищують обізнаність щодо відповідного планування та підготовки серед командування, особливо серед працівників штабу. Досвід, набутий під час таких навчань, покращує їхню здатність справлятися з критичними та масштабними медичними інцидентами, якщо вони виникнуть. Цілі навчань можуть включати:
  - Оцінка здатності надавати медичну допомогу пацієнтам на оперативному рівні та проводити аеромедичну евакуацію.
  - Виявлення проблем оперативної взаємодії, що впливають на мультинаціональну підтримку.
  - Навчання перерозподілу медичних запасів і критично важливих ресурсів, таких як препарати крові і медичні гази.
  - Визначення достатності ресурсів екстреної допомоги.
  - Виявлення мовних бар'єрів у спілкуванні.
  - Перевірка зв'язку командування та управління.

3.12. **Оцінювання навчання та підготовки.** Оцінювання медичних курсів і тренувань може сприяти загальному розумінню медичного забезпечення НАТО. Тренувальні центри можуть звертатися до Центру передового досвіду військової медицини (MILMED COE) з проханням провести оцінювання, щоб забезпечити відповідність наданої підготовки вимогам НАТО.

#### Розділ 4 - Медична оцінка (MEDEVAL)

- 3.13. Метою медичної оцінки є виявлення слабких місць, прогалин і недоліків у медичному забезпеченні, а також у медичному навчанні та підготовці, та підтримка сертифікації медичних підрозділів. Оцінювання медико-санітарного забезпечення під час навчань може допомогти виявити потенційні недоліки та надати командирам оцінку ризиків у разі виявлення будь-яких проблем медичного забезпечення.
- 3.14. Оцінка медичних підрозділів і ВМЗ забезпечує відповідність кожної наданої спроможності стандартам НАТО, узгодженим країнами-членами, незалежно від того, як вона надається або якою професією. Процедура оцінки описана в публікації AMedP-1.6, Посібник з медичної оцінки; стандарти та критерії медичної оцінки викладені в документі AMedP-1.7, Матриця можливостей, і AMedP-1.8, Матриця навичок. Країни несуть відповідальність за оцінку та сертифікацію підрозділів, які вони надають у складі мультинаціональних сил, відповідно до AMedP-1.6. Командир відповідає за сертифікацію сил у цілому. Центр передового досвіду військової медицини (MILMED COE) може надавати експертні знання та навчання з медичної оцінки за запитом.

## Розділ 5 - Медичне планування

### А. Обсяг медичного планування

- 3.15. Медичне планування в НАТО охоплює різні процеси ідентифікації, визначення, проектування та забезпечення всіх можливостей медичної підтримки, необхідних для виконання завдань Альянсу та вимог до структури сил. Медичне планування сприяє повноцінному оборонному та оперативному плануванню відповідно до стратегічного політико-військового напрямку. Детальні настанови щодо цього питання описані в публікації AJMedP-1 (СПІЛЬНА ДОКТРИНА НАТО З МЕДИЧНОГО ПЛАНУВАННЯ – STANAG 2542).
- 3.16. **Процес оборонного планування НАТО (NDPP).** Процес оборонного планування НАТО забезпечує рамки, в яких можуть бути узгоджені національні та союзні оборонні планувальні заходи для досягнення погоджених цілей найбільш ефективним способом. Він спрямований на сприяння своєчасному визначенню, формуванню та наданню необхідного обсягу збройних сил, які є оперативно сумісними та належним чином підготовленими, оснащеними, навченими та підтримуваними для досягнення амбіцій Альянсу, а також відповідних військових і невійськових можливостей для виконання всього спектру місій Альянсу. Комітет начальників військово-медичних служб НАТО (COMEDS) відповідає за медичний внесок у загальні зусилля з оборонного планування, а медичний радник міжнародного військового штабу (IMS) очолює медичну робочу групу з оборонного планування НАТО. Командування ОЗС НАТО з питань трансформації (АСТ) надає вказівки з усіх військово-медичних аспектів процесу оборонного планування, тоді як медичний персонал Оперативного командування ОЗС НАТО (АСО) проводить аналіз «прогалин» на основі пропозицій країн, результатів сценаріїв, а також військових аспектів планування захисту населення в надзвичайних ситуаціях та ядерного планування.
- 3.17. **Процес планування операцій НАТО (ППО).** Процес планування операцій регулюється публікацією AJP-5, Спільна доктрина НАТО з планування операцій, та Директивою про комплексне планування операцій (COPD) Оперативного командування ОЗС НАТО. AJP-5 описує, як планувальні заходи та процеси інтегруються та координуються для підтримки прийняття рішень і створення планів, наказів та директив для всіх типів операцій. Директива про комплексне планування операцій описує процес планування операцій від стратегічного до тактичного рівня. Вона надає стандартну структуру та зміст планів операцій (OPLANs) та рекомендації щодо проведення та методів планування, а також визначення факторів, які слід враховувати.
- 3.18. Медичний внесок у планування операцій є двоетапним. З одного боку, це внесок медичної експертної оцінки у процес об'єднаного оперативного планування. З іншого боку, це розробка медичної концепції та плану медичного забезпечення операції.<sup>66 67</sup> План медичної підтримки повинен містити всю необхідну інформацію про те, як буде здійснюватися медичне забезпечення операції. Зазвичай він включається як додаток (QQ) до загального плану операцій командувача та може оновлюватися або замінюватися в міру розгортання операції, щоб забезпечити його відповідність змінюваним обставинам і вимогам. Ранній розгляд медичних аспектів, зокрема медичної розвідки та інформації (MI2) та санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців — (FHP) на кожному етапі планування, є важливим для забезпечення всебічного аналізу завдання та розробки плану, який може бути забезпечений медичною підтримкою.

<sup>66</sup> як підпункт Концепції проведення операції (CONOPS), специфічний до забезпечення конкретного роду військ

<sup>67</sup> додаток QQ до стратегічного /оперативного плану операцій (OPLAN)



## В. Часові рамки

- 3.19. Один із найважливіших ключових факторів у медичному плануванні — це час. Екстрена медична допомога повинна надаватися якомога швидше. Клінічні дані, засновані на накопиченій інформації з попередніх кампаній і операцій, а також останні академічні публікації з питань травм на полі бою, свідчать про те, що ризик смерті або стійкого порушення функцій може бути значно знижений, якщо важко пораненому або травмованому військовослужбовцю буде надано:
- першу допомогу у вигляді рятувальних втручань, таких як зупинка масивної кровотечі та підтримка прохідності дихальних шляхів, дихання і кровообігу в межах 10 хвилин після поранення, травми або початку гострих симптомів;<sup>68</sup>
  - розширену ресусцитацію та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі в межах 1 години після поранення, травми або початку гострих симптомів;
  - хірургічну допомогу, спрямовану на збереження життя, кінцівок і функціональності, а також заходи з ресусцитації не пізніше 2 годин після поранення або травми.
- 3.20. Хоча всі часові рамки насамперед розраховані на поранених у бою в критичному стані, 10-хвилинний термін для надання першої допомоги та 1-годинний термін для проведення розширеної ресусцитації слід забезпечувати за кожної екстреної медичної ситуації, незалежно від того, чи пов'язана вона з травмою. Виходячи з досвіду останніх бойових операцій, середній час, який необхідно розраховувати для початку хірургічних втручань, спрямованих на збереження життя, кінцівок і функціональності, становить приблизно 2 години на кожного пацієнта. Для стабілізації пацієнта перед стратегічною евакуацією можуть знадобитися подальші хірургічні, реанімаційні, діагностичні та спеціалізовані медичні можливості. Вони повинні бути доступні в межах 2 годин тактичної евакуації від моменту проведення хірургії за принципом контролю критичних пошкоджень (DCS). Слід враховувати обмеження можливостей військової медицини, пов'язані із захистом, мобільністю, постачанням, ресурсами для догляду за хворими, спеціалізованою експертизою та технічним обладнанням. Тому медичне планування повинно враховувати наступне:

<b>10</b>	Увесь персонал (медичний та немедичний) повинен бути навчений та оснащений з метою надання допомоги пораненим на відповідному рівні та під час відповідного бойового завдання, щоб забезпечити ефективне надання першої допомоги, зупинку кровотечі та забезпечення прохідності дихальних шляхів для найбільш важко поранених у межах <b>10 хвилин</b> після поранення або появи гострих симптомів.
<b>1</b>	Медичний персонал, що пройшов відповідне навчання та оснащений для надання невідкладної допомоги, повинен бути розміщений поруч або достатньо близько до підрозділів, які він підтримує, щоб розпочати розширену ресусцитацію та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі в межах <b>1 години</b> після поранення або появи гострих симптомів.
<b>2</b>	Медичний персонал, який пройшов відповідне навчання та оснащений для надання хірургічної невідкладної допомоги та заходів ресусцитації, повинен бути розміщений достатньо близько до військ, які він підтримує, щоб доповнити невідкладну допомогу на догоспітальному етапі хірургічними втручаннями та заходами ресусцитації, спрямованими на збереження життя, кінцівок і функціональності, якомога швидше, але не пізніше, ніж через <b>2 години</b> після поранення або травми. Під час планування виділяється приблизно 2 години на проведення хірургічного втручання та/або заходів ресусцитації.

<sup>68</sup> Див. частина 3, розділ 8, Забезпечення охорони здоров'я Збройних сил

**(+2)** Наступні хірургічні, реанімаційні, діагностичні та спеціалізовані медичні можливості, необхідні для стабілізації пацієнта перед стратегічною евакуацією, повинні бути доступні в межах **2 годин** тактичної евакуації після проведення початкових заходів DCS.

### Малюнок 3-2. Особливості планування медичного забезпечення

- 3.21. Дотримання цих часових рамок має бути таким же пріоритетним, як і інші ключові фактори планування бойового завдання під час розробки та розміщення медичної інфраструктури в зоні відповідальності, оскільки будь-які затримки становлять клінічний ризик для пацієнтів.
- 3.22. Якщо за певних оперативних обставин дотримання цих часових рамок може бути недосяжним, Командувач Об'єднаних сил повинен разом із країнами, що надають війська, вирішити, чи є ці ризики прийнятними. Рішення повинно ґрунтуватися на всебічній оцінці ризиків, рекомендаціях медичного персоналу штабу та вказівках вищого керівництва.
- 3.23. Медичний персонал штабу повинен забезпечити командирів необхідною інформацією для прийняття рішень та чіткого розуміння медичних ризиків, за які вони несуть відповідальність. Якщо командири вирішують ризикувати певними елементами часових рамок медичного планування, це повинно бути офіційно зазначено в плані операції (OPLAN) та/або в реєстрі ризиків (або в іншому відповідному документі), а також необхідно вжити всіх можливих заходів для зменшення ризику. Рішення про відхилення від часових рамок повинно регулярно переглядатися командиром та оперативним персоналом, і, якщо обставини дозволяють, відхилення від часових рамок слід виправити.

### С. Оцінювання кількості постраждалих

- 3.24. Оцінювання кількості постраждалих впливає на структуру сил та медичне забезпечення, тому її слід проводити на ранніх етапах планування. Оскільки така оцінка базується на припущеннях, вона може не давати точних результатів. Для інтерпретації даних щодо кількості постраждалих з метою визначення плану медичного забезпечення потрібні військово-медичні експертні знання та зважені судження. Зазвичай оцінка кількості постраждалих поділяється на бойові втрати (BCs) і захворювання та небойові травми (DNBIs). Основні етапи оцінки однакові для обох категорій:
- a. **Визначення групи ризику (ГР).** Визначається склад військ, що піддаються ризику. Група ризику може розглядатися як єдине ціле або бути поділена на окремі елементи сил. Залежно від вимог завдання, до групи ризику можуть бути включені й інші сторони.<sup>69</sup>
  - b. **Оцінка кількості постраждалих.** Кількість постраждалих у групі ризику можна оцінити пропорційним методом, виражаючи рівень постраждалих у вигляді показника за певний час (наприклад, кількість постраждалих на 100 осіб на день). Залежно від типу бойового завдання можна використовувати різні показники. Для операцій з низькими оцінюваними рівнями постраждалих показники можуть бути виражені скоріше як сумарна кількість постраждалих внаслідок окремих інцидентів, ніж загалом у межах усієї кампанії. Якщо використовується пропорційний показник, то, щоб отримати очікувану загальну кількість постраждалих, його потрібно застосувати до всієї групи ризику як одного цілого. Медична інформаційна та комунікаційна система повинна включати інструмент для оцінки кількості постраждалих; в якості альтернативи можуть бути використані національні інструменти.

<sup>69</sup>Залежно від вимог завдання, до ГР може бути включене місцеве населення (частково або повністю), а також представники міжнародних організацій (МО), урядових організацій (УО) або неурядових організацій (НУО). Доступ до медичної допомоги від ОЗС повинен бути визначений медичним директором (MEDDIR) від імені Оперативного Командувача і викладений у Медичних критеріях пріоритетності (Medical Rules of Eligibility).

СЕРВІС ПЕРЕКЛАДУ  
РЕФОРМАЦІЇ

- c. **Оцінка профілю втрат.** Профіль втрат деталізує відносні пропорції кожного з очікуваних типів постраждалих. Елементи захисту, такі як бронезилети, також повинні враховуватися, оскільки вони можуть значно впливати не лише на кількість постраждалих, але й на локалізацію і тяжкість отриманих поранень. Оцінка профілю втрат, специфічного для конкретної операції, вимагає військового судження, оперативного аналізу та вивчення медичних баз даних.
- d. **Оцінка динаміки (потоків постраждалих).** Аналіз динаміки (потоків постраждалих) оцінює, коли і де можна очікувати постраждалих, а також куди їх можна буде евакуювати та де лікувати. Оцінка потоків постраждалих допомагає здійснювати регулювання постраждалих і запобігати перевантаженню окремих медичних елементів/об'єктів. Це вимагає детального розуміння розташування сил, плану медичного забезпечення та здійснюваних оперативних дій.
- 3.25. **Бойові втрати (BCs).** Бойові втрати — це втрати, що відбуваються безпосередньо в результаті бойових дій. Якщо часу недостатньо, може бути доцільно запропонувати початкову планову цифру або використовувати загальні показники бойових втрат замість детальної оцінки, які можна буде уточнити пізніше на основі специфічних даних для конкретної операції у процесі планування. Основна відповідальність за оцінку показників бойових втрат лежить на оперативному управлінні та управлінні планування (CJ3/CJ5), виходячи з їхнього детального знання плану та інформації й розвідданих, на яких він базується. Як наслідок, показники бойових втрат можуть мати високий рівень секретності. Медичний штаб (CJMED), управління особового складу (CJ1), а також управління розвідки (CJ2) підтримують CJ3/CJ5 у проведенні оцінки показників бойових втрат. Бойові втрати включають:
- Убитих у бою.
  - Захоплених в полон або зниклих безвісти.
  - Поранених у бою.
  - Постраждалих від бойового стресу.
- 3.26. **Захворювання та небойові травми (DNBI)** - охоплюють базові показники поширеності захворювань і травм, не пов'язаних із бойовими діями.
- a. Захворювання та небойові травми є основною причиною пов'язаних зі здоров'ям обмежень боєздатності під час операцій. Хоча DNBI відбуваються як у мирний час, так і під час бойових операцій, оперативні показники навряд чи будуть подібними до показників мирного часу через різні середовища та спеціальну підготовку перед розгортанням, а також відбір персоналу, придатного для виконання бойового завдання.
- b. Частота і вплив захворювань та небойових травм мають значну оперативну вагу через їхній потенційний вплив на здатність підрозділів виконувати завдання. Вираження показників захворювань і небойових травм у кількості втрачених робочих днів може бути особливо ефективним способом підкреслити їхній вплив на бойову готовність.
- c. Оцінка рівня захворювань і небойових травм є відповідальністю медичного персоналу. Вона ґрунтується на історичних даних, аналізі медичної розвідки та інформації (MI2), оцінці навколишнього середовища та знаннях про професійні ризики, пов'язані з військовими обов'язками. Для того щоб скласти обґрунтовану оцінку захворювань та небойових травм, фахівець з медичного планування повинен враховувати такі фактори, як інтенсивність і характер діяльності, акліматизацію, умови тренувань та проживання персоналу, що перебуває в зоні операції.

- d. Оцінка рівня захворювань і небойових травм вимагає чіткого розуміння загальної оперативної картини, характеристик бойового завдання та оперативного середовища. Детальний аналіз очікуваних джерел захворювань і небойових травм, заснований на історичних та актуальних даних, дозволяє фахівцям з медичного планування (з урахуванням даних від CJ2, CJ3/5 і всіх інших управлінь, залучених до планування операцій) розробити попередню оцінку рівня захворювань і небойових травм для операції. Це є технічна оцінка ймовірного рівня захворювань і небойових травм, який можна очікувати серед особового складу після початку розгортання.

**D. Планування надання допомоги при масовому випадку**

- 3.27. У разі масового випадку кількість, тип або тяжкість стану постраждалих перевищують доступні можливості та потужності для лікування.<sup>70</sup> Це масштабний медичний інцидент, який, найімовірніше, вимагатиме не лише дій та ресурсів медичного персоналу на відповідному рівні командування, а й міжфункціональної співпраці, підтримки з боку вищого штабу та їхніх ресурсів, а також єдиного командного управління, яке в більшості випадків буде здійснюватися командиром постраждалих сил і його штабом.
- 3.28. Потрібно враховувати потенційний вплив масових випадків на проведення операції. Для кожного з імовірних сценаріїв на тактичному рівні слід заздалегідь розробити відповідні плани. Ці плани мають бути представлені, відпрацьовані на практиці та інтегровані в загальний план реагування на масові випадки на рівні ТБД. Це особливо важливо, коли, згідно з оцінкою, під час операції очікується невелика кількість постраждалих, і тому можливості медичного забезпечення не налаштовані на роботу з великою кількістю тяжкопоранених, а резервні медичні потужності зазвичай обмежені.

**E. Медичне планування операцій в умовах хімічної, біологічної, радіологічної або ядерної загрози**

- 3.29. Використання хімічної, біологічної, радіологічної та ядерної (ХБРЯ) зброї може швидко змінити характер операції або військової кампанії. Це може спричинити масштабні зміни у стратегічних і оперативних цілях або суттєво вплинути на виконання планів. Можливі наслідки хімічного, біологічного, радіологічного та ядерного забруднення слід ретельно враховувати в усіх процесах планування та прийняття рішень. Для медичного планування ці аспекти включають наступне:
- a. Інциденти, спричинені (навмисним або випадковим) вивільненням хімічних, біологічних, радіологічних і ядерних речовин, ймовірно, призведуть до великої кількості постраждалих.
  - b. Типи постраждалих від хімічних, біологічних, радіологічних або ядерних уражень відрізняються від тих, які зазвичай існують у системі військової медичної підтримки.
  - c. Постраждалі внаслідок хімічного, біологічного, радіологічного або ядерного забруднення або ураження (включаючи тіла загиблих, одяг та особисті речі) можуть становити значну небезпеку для медичного персоналу та закладів, відповідальних за їх лікування.
  - d. Військово-медичні заклади можуть бути змушені працювати в районах, які зазнали забруднення, або працювати з обмеженнями, що ускладнюють переміщення персоналу та матеріалів до та з ВМЗ.

<sup>70</sup> Див. також: частина 3, розділ 10, Медичне управління в надзвичайних ситуаціях критичного рівня, та публікація AMedP-1.10, Медичні аспекти управління у разі масштабного інциденту/масового випадку

- e. Медична допомога буде необхідною як для звичайних постраждалих, так і для тих, хто отримав психологічні травми, а також для постраждалих унаслідок хімічного, біологічного, радіологічного або ядерного забруднення чи ураження.
- 3.30. Хоча процес планування залишається однаковим для всіх видів військових операцій, фахівці з медичного планування стикаються з певними складними завданнями, пов'язаними з (потенційно) забрудненим оперативним середовищем. Найбільш критичними викликами є:
- Визначення вимог до належного захисту сил, ветеринарних послуг, загальних медичних послуг та організації медичної допомоги пацієнтам в потенційно забрудненому середовищі (включаючи укриття, їжу, воду, охорону навколишнього середовища та професійне здоров'я, медичний нагляд, медичну профілактику, попереднє лікування, вакцинацію, постконтактне лікування, антидоти та рідини).
  - Оцінка кількості постраждалих, пов'язаних із впливом хімічних, біологічних, радіологічних та ядерних агентів. Хоча основну відповідальність несе оперативний і планувальний штаби (CJ3/CJ5), це вимагає експертних знань з ХБРЯ-медицини та в галузі ведення війни в умовах хімічної, біологічної, радіологічної та ядерної загрози.
- 3.31. Додаткові вказівки щодо медичного забезпечення операцій у ХБРЯ-середовищі можна знайти в документі AJMedP-7, Спільна доктрина НАТО з підтримки хімічних, біологічних, радіологічних та ядерних (ХБРЯ) оборонних операцій (STANAG 2596). Детальніша інформація щодо оцінки кількості постраждалих внаслідок хімічних, біологічних, радіологічних та ядерних атак надається в публікації AMedP-7.5, Настанови НАТО з планування оцінювання кількості постраждалих внаслідок хімічного, біологічного, радіологічного і ядерного (ХБРЯ), і публікації AMedP-7.5.1, Технічний довідник до Настанов НАТО з планування оцінювання кількості постраждалих внаслідок хімічного, біологічного, радіологічного і ядерного (ХБРЯ) (STANAG 2553 ED2).

## Розділ 6 - Профілактична медицина, охорона довкілля та ветеринарна служба<sup>71</sup>

- 3.32. **Профілактична медицина.** Профілактична медицина включає в себе прогнозування, запобігання та контроль інфекційних захворювань, а також вплив ендемічних, професійних та екологічних загроз. Ці загрози включають небойові травми, вплив довкілля та професійні ризики, зброю масового знищення, хвороби та інтоксикації, які передаються через їжу та воду, а також інші загрози для здоров'я та боєготовності розгорнутих сил.
- 3.33. **Охорона довкілля та ветеринарна служба.** Охорона довкілля та ветеринарна служба - це невід'ємні складові профілактичної медицини.<sup>72 73</sup> Охорона довкілля та ветеринарна служба охоплюють профілактику передачі зоонозів, безпеку харчових продуктів і води, а також польову санітарію.

<sup>71</sup> Профілактична медицина, охорона довкілля та ветеринарна служба - це частина Санітарно-епідеміологічного захисту / захисту здоров'я військовослужбовців, більш детально описаного в публікації AJMedP-4, Спільна медична доктрина НАТО з санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців, і тісно пов'язаного з Медичною розвідкою та інформацією (англ., Medical Intelligence and Information, MI2), а також Охороною здоров'я збройних сил (англ., Military Health Care, MHC).

<sup>72</sup> Побутове забезпечення та догляд за військовими службовими тваринами не є питанням охорони довкілля, пов'язаним з FHR, проте являє собою ще одну сферу відповідальності ветеринарної служби з додатковими вимогами, наведеними в STANAG 2538 - AMedP-8.4, Догляд за тваринами, їх добробут і ветеринарна підтримка на всіх етапах військового розгортання.

<sup>73</sup> Харчові технології також є невід'ємною частиною профілактичної медицини. Харчові хіміки-технологи та ветеринари рівною мірою працюють над безпекою харчових продуктів і води.

3.34. Профілактична медицина спрямована на зменшення інфекційних, ендемічних, екологічних, фізико-хімічних, професійних, промислових та оперативних ризиків для здоров'я. Вона охоплює наступний спектр ключових завдань:

- визначення ризиків і загроз, пов'язаних з місцевістю, кліматом, ендемічними захворюваннями, промисловими та професійними небезпеками, для здоров'я всього особового складу, розгорнутого в конкретній зоні операцій;
- визначення необхідних профілактичних заходів та консультування командирів щодо їх впровадження, включно з розробкою політики театру бойових дій щодо імунізації та профілактичних заходів, акліматизації та відповідної підготовки всього особового складу, передусім щодо заходів із запобігання захворюванням/ інтоксикаціям, які передаються харчовим, водним, а також трансмісивним шляхом;
- надання рекомендацій і перевірка якості джерел води та харчових продуктів;
- аудит і контроль над впровадженими заходами;
- проведення боротьби зі шкідниками та переносниками інфекційних хвороб;
- збір епідеміологічних та інших медичних даних та інформації;
- консультування командирів щодо загальних ризиків і загроз для здоров'я, а також їхнього впливу на боєготовність військ і, як наслідок, можливих обмежень для військової кампанії.

3.35. Профілактична медицина вимагає наявності специфічних та відповідних (хімічних/мікробіологічних) лабораторних потужностей. Профілактичні медичні заходи є, напевно, найважливішим компонентом санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців. Їх впровадження слід розпочати до розгортання та продовжувати, незалежно від змін у проведенні операції, впродовж тривалого часу після розгортання.

3.36. Заходи з профілактичної медицини повинні бути організовані від штабу театру бойових дій до рівня підрозділу і нижче. Їх форма та обсяг будуть залежати від бойового завдання, але включатимуть, як мінімум, консультації з індивідуальної профілактики на кожному рівні оперативного командування.

## Розділ 7 - **Спостереження за станом здоров'я під час розгортання, звітування про хвороби та поранення**<sup>74</sup>

3.37. Мета спостереження за станом здоров'я військовослужбовців під час розгортання - отримати ключові дані про стан здоров'я військ і оцінити його вплив на чисельність особового складу та втрати робочих днів. Спостереження і звітність також можуть виявити застосування хімічної, біологічної, радіологічної та ядерної зброї (ХБРЯ). Спостереження за станом здоров'я військовослужбовців під час розгортання повинно слугувати системою попередження, яка ініціюватиме подальше розслідування, впровадження профілактичних медичних заходів протидії або інших дій командування, необхідних для зменшення негативного впливу загроз для здоров'я. Комплексний аналіз захворювань та небойових травм дозволяє розробити більш ефективні заходи профілактичної медицини, в тому числі рекомендовану політику щодо імунізації, профілактики та навчання з питань особистого здоров'я. Цей аналіз також може стати рушійним фактором у визначенні обсягів і можливостей медичних ресурсів, необхідних для різних сценаріїв.

3.38. Спостереження за станом здоров'я військовослужбовців під час розгортання включає в себе рутинне стандартизоване відстеження захворюваності та травматизму. Воно передбачає:

<sup>74</sup> Спостереження за станом здоров'я під час розгортання, звітування про хвороби та поранення є частиною FHP. Вони більш детально описані в публікації AJMedP-4, СПІЛЬНА МЕДИЧНА ДОКТРИНА НАТО З САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, і тісно пов'язані з MI2



- ідентифікацію осіб, які належать до груп ризику,
  - виявлення та оцінку потенційних професійних та екологічних небезпек,
  - документування професійних, екологічних, хімічних, біологічних, радіологічних і ядерних ризиків або впливів на здоров'я,
  - моніторинг стану здоров'я в реальному часі та своєчасне звітування про статистику захворювань та небойових травм, а також бойових втрат під час розгортання.
  - розслідування можливих спалахів або групових захворювань серед розгорнутого особового складу.
- 3.39. Сили та засоби спостереження за станом здоров'я військовослужбовців під час розгортання (англ., Deployment Health Surveillance Capability, DHSC), які володіють відповідними знаннями та навичками для швидкого реагування, розслідування та координації спеціальних заходів з управління ризиками, можуть мати вирішальне значення для запобігання широкомасштабному зниженню бойової готовності, особливо в умовах можливих або фактичних спалахів та кластерів захворювань. В залежності від шляху зараження і ступеня сприйнятливості, хвороба чи смерть серед місцевого населення і тварин може вплинути на розгорнуті сили. Якщо система санітарного нагляду приймаючої країни продовжує функціонувати, необхідно підтримувати і впроваджувати тісну співпрацю між НАТО і даною системою, а також координувати коригувальні дії на всіх рівнях.
- 3.40. Спонсорована НАТО система спостереження за станом здоров'я військовослужбовців під час розгортання (EPINATO 2) використовується в усіх операціях і навчаннях НАТО та управляється медичним персоналом розгорнутих сил на всіх рівнях. Це дозволяє командуванню створити базу даних медичного спостереження, яка допомагатиме планувати медичне забезпечення як поточних, так і майбутніх операцій.
- a. EPINATO 2 охоплює моніторинг, збір і оцінку даних про хвороби/травми серед усіх розгорнутих військовослужбовців НАТО, які звертаються за медичною допомогою як амбулаторно, так і до медичного стаціонару (як описано в STANAG 2535 – AmedP-4.1, Спостереження за станом здоров'я під час розгортання підрозділів). Ця система також має працювати у взаємодії з іншими національними системами звітності.
  - b. Епідеміологічні дані, які надходять до EPINATO 2, збираються та аналізуються для використання на рівні командування і на рівні театру бойових дій. Періодичний епідеміологічний аналіз і відповідні висновки повідомляються підзвітним підрозділам у вигляді зворотного зв'язку. Таким чином, медичний персонал і командири отримують надійні кількісні дані для планування і розподілу ресурсів для медичної підтримки, а також корисний аналіз тенденцій за категоріями хвороб і поранень.
  - c. Головною метою цієї системи спостереження є оцінка захворюваності та її наслідків шляхом кількісного визначення причин захворюваності та якісного вимірювання її впливу. Отримані результати можуть бути використані для розробки відповідних заходів реагування як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

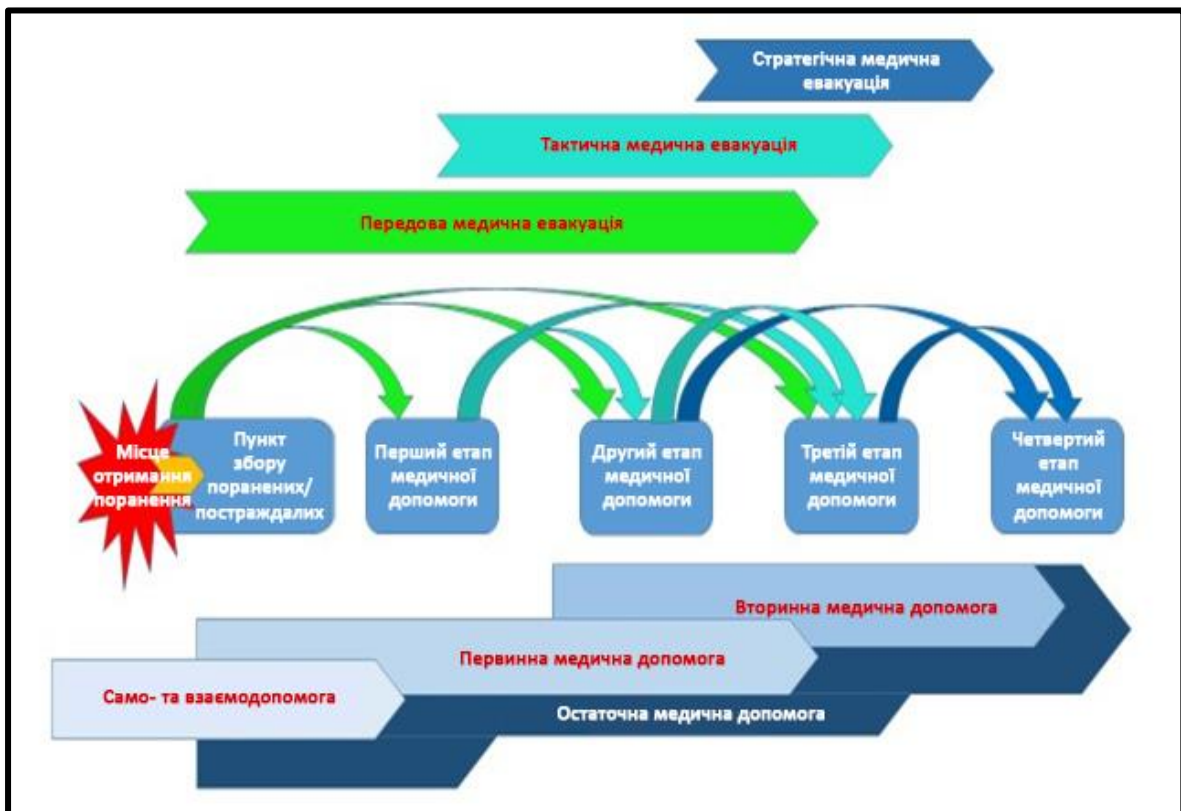
## Розділ 8 – **Забезпечення охорони здоров'я Збройних сил**

### A. **Безперервне надання допомоги**

- 3.41. Охорона здоров'я Збройних сил здійснюється в рамках пацієнтоорієнтованого циклу, що складається з періоду перебування на постійній базі та періоду перебування на бойовому завданні (оперативного періоду). Оперативна частина включає всі розгорнуті сили та засоби медичного забезпечення в зоні операцій. Частина, пов'язана з постійним базуванням, включає

постійні об'єкти медичного забезпечення та лікувальні заклади даної країни, які використовуються або мають контракт з військово-медичною службою, незалежно від того, де вони розташовані: на території власної країни або на території країни-партнера.

- 3.42. Охорона здоров'я Збройних сил під час розгортання включає всі функції та види діяльності, необхідні для підтримки зміцнення здоров'я та профілактики захворювань у зоні операцій, збереження життя, кінцівок та функціональності, відновлення та стабілізації фізіологічного стану пацієнтів для стратегічної медичної евакуації та забезпечення стандартів надання медичної допомоги, які відповідають найкращій медичній практиці. Охорона здоров'я Збройних сил в межах постійного базування додатково включає в себе функції та заходи, необхідні для підвищення готовності та стійкості здоров'я всіх військовослужбовців, а також для сприяння одужанню, підтримки реабілітації та надання можливості пацієнтам повернутися до виконання службових обов'язків або підготуватися до демобілізації з військової служби.
- 3.43. Цикл охорони здоров'я Збройних сил складається з безперервного процесу надання медичної допомоги - від самопомоги та взаємодопомоги до остаточного лікування, реабілітації та повернення до виконання службових обов'язків. Однак безперервність надання медичної допомоги - це медична організаційна модель, а не лінійний шлях, який потрібно пройти в певній послідовності (див. Малюнок 3-3). Через потреби пацієнтів та оперативні фактори, наприклад, завантаженість медичних закладів, може виникнути необхідність оминати певні етапи медичної допомоги. Безперервність надання допомоги може бути порушена, а необхідні потужності не завжди будуть доступні у разі потреби. Якщо евакуація неможлива, може виникнути потреба у стабілізації та утриманні пацієнтів протягом декількох днів. Це може бути складним завданням, яке вимагає адаптації процедур надання невідкладної допомоги та клінічних спеціалізованих методик до обмежених ресурсів відповідних медичних закладів або об'єктів з метою надання тривалої допомоги пораненим, а також виняткового рівня підготовки







та навичок, спеціальних дозволів або схвалення з боку національних органів влади.

**Малюнок 3-3. Безперервність надання медичної допомоги**

## В. Самодопомога та взаємодопомога

3.44. Само- та взаємодопомога охоплює всі заходи охорони здоров'я Збройних сил, які не вимагають їх проведення спеціалізованим медичним персоналом. Сюди належать особиста гігієна та зміцнення здоров'я, лікування невеликих травм і легких хвороб, а також надання першої медичної допомоги. Усі військовослужбовці, які беруть участь в операціях НАТО, повинні володіти основами особистої гігієни і зміцнення здоров'я, визначеними командиром. Допомога при невеликих травмах або легких хворобах повинна надаватися відповідно до індивідуальних медичних навичок особи, яка її надає, а також згідно з національними правилами та протоколами. При реагуванні на надзвичайні ситуації слід надавати першу допомогу так, як описано в Додатку В. Усі військовослужбовці повинні пройти відповідну підготовку і вміти надавати допомогу під вогнем та в польових умовах.<sup>75</sup> Окремі військовослужбовці повинні вміти надавати розширену та тривалу допомогу в польових умовах.<sup>76</sup> Усі військовослужбовці повинні бути забезпечені індивідуальною аптечкою першої допомоги (англ., individual first aid kit, IFAK). Тактичне медичне забезпечення для надання розширеної та тривалої допомоги в польових умовах може бути розподілене серед військовослужбовців-немедиків, які володіють відповідними медичними навичками.

## С. Первинна медична допомога

3.45. Первинна медична допомога надається акредитованим медичним персоналом або під його наглядом. Первинна медична допомога охоплює комплексну діагностику та лікування травм, гострих або хронічних захворювань, виявлених при першому зверненні, а також лікування особового складу з невеликими медичними проблемами/скаргами та травмами з метою негайного повернення до виконання обов'язків; подальший догляд за пацієнтами, зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, навчання та консультування пацієнтів.

3.46. Спектр первинної медичної допомоги під час розгортання охоплює сортування, невідкладну допомогу на догоспітальному етапі та рутинні звернення за медичною допомогою.<sup>77</sup> Відповідно до бойового завдання, первинна медична допомога може також включати, проте не обмежуватися наступним:

- збір постраждалих у пункті збору поранених/постраждалих;
- основні діагностичні обстеження та лабораторні дослідження;
- первинна психологічна/психіатрична допомога;
- медична евакуація (MEDEVAC);
- стаціонарна допомога (з мінімальними потужностями);
- базова фізична терапія та реабілітація;
- консультації з питань охорони праці та профілактики захворювань;
- базова стоматологічна допомога.<sup>78 79</sup>

<sup>75</sup> Див. Додаток В та публікацію AMEDP-8.15, Вимоги до підготовки з надання допомоги пораненим та навчання з базової гігієни для всіх військовослужбовців

<sup>76</sup> Процедури розширеної або тривалої допомоги в польових умовах спираються на національні норми і можуть вимагати спеціальних винятків або схвалення національних органів влади, телемедичної підтримки та узгодження з лікарем відповідного підрозділу.

<sup>77</sup> Категорії сортування описані в Додатку С

<sup>78</sup> Базова діагностика може включати: базову клінічну біохімічну польову лабораторію, загальний аналіз крові, моніторинг сатурації крові, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, температури тіла, електрокардіографію, базову польову ультразвукову діагностику.

- 3.47. За потреби надається невідкладна допомога на догоспітальному етапі (англ., prehospital emergency care, PHEC). Вона полягає у виконанні кваліфікованих заходів ресусцитації для відновлення, стабілізації та підтримки життєвих функцій у пацієнтів у критичному стані, таких як ресусцитація за принципом контролю критичних пошкоджень (англ., damage control resuscitation, DCR) при травмах та інших невідкладних станах, які супроводжуються кровотечею. Ресусцитація за принципом контролю критичних пошкоджень використовує розширені методи надання допомоги при травмі (ATLS) для мінімізації крововтрати та підтримки гемодинаміки, захисту дихальних шляхів і підтримки дихання, оксигенації тканин, забезпечення ефективного знеболення, запобігання рановій інфекції та гіпотермії.<sup>80</sup>
- 3.48. Якщо неможливо надати вторинну медичну допомогу постраждалому у визначені терміни, то для здійснення невідкладних втручань у рамках тривалої допомоги пораненим може виникнути потреба адаптувати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі із цивільних клінічних стандартів мирного часу. Це може включати використання препаратів крові та хірургічних методів невідкладної допомоги, які зазвичай не належать до первинної медичної допомоги та залежать від національних нормативних актів, а також кваліфікації/досвіду надавачів невідкладної допомоги на догоспітальному етапі.<sup>81</sup>

#### D. Вторинна медична допомога

- 3.49. Вторинна медична допомога (англ., secondary health care, SHC) охоплює спеціалізовану клінічну діагностику та лікування, що виходять за межі потужностей первинної медичної допомоги.<sup>82</sup> Розгорнуті потужності вторинної медичної допомоги можуть знизити потребу в репатріації особового складу, а також забезпечити достатню виживаність для стратегічної медичної евакуації у разі потреби. Доступ до вторинної медичної допомоги в плановому порядку, як правило, відбуватиметься за направленням, а в ургентному порядку - через служби екстреної медичної допомоги.
- 3.50. Якщо під час бойової операції виникає потреба у невідкладній госпітальній та спеціалізованій допомозі, початкові зусилля можуть бути спрямовані передусім на збереження життя, кінцівок і функціональності (наскільки це буде можливо), а не на остаточне лікування. Це залежатиме від конкретного характеру поранення, загального стану пацієнта і тактичного середовища. Високомобільні команди для надання хірургічної допомоги та ресусцитації можуть розгортатися в умовно сприятливому тактичному середовищі, де забезпечуватимуть невідкладну допомогу пацієнтам за допомогою серії втручань, доповнюючи ресусцитацію підвищеною медичною функціональністю, включаючи:

<sup>79</sup> Можливості першого етапу медичної допомоги можуть забезпечувати не весь спектр послуг первинної медичної допомоги. Основні діагностичні та лабораторні дослідження, стаціонарна допомога, первинна психіатрична допомога, фізична терапія/реабілітація, збір постраждалих, медична евакуація, консультування з питань професійного здоров'я та профілактики або базова стоматологічна допомога не обов'язково можуть надаватися на першому етапі медичної допомоги.

<sup>80</sup> Сюди входить застосування препаратів крові

<sup>81</sup> Через відмінності в національних стандартах деякі невідкладні хірургічні процедури (наприклад, кріотиреотомія, встановлення плевральних дренажів, реанімаційна торакотомія доступом "clamshell" [двостороння торакотомія з поперечною стернотомією у V міжребер'ї - прим. пер.], трепанація черепа) можуть виконуватися лікарями невідкладних станів в одній країні, але вимагають залучення хірурга в іншій.

<sup>82</sup> Наприклад, рентгенографія, КТ, МРТ, спеціалізована хірургічна допомога, інтенсивна терапія, оториноларингологія, дерматологія, гінекологія, хімія дитячих харчових продуктів, тропічна медицина та ветеринарія.

- a. Хірургію за принципом контролю критичних пошкоджень (DCS) - хірургічний підхід, при якому досягнення повного одномоментного хірургічного відновлення може відійти на друге місце, поступаючись необхідності зупинки кровотечі та контролю контамінації, а також відновленню кровообігу та перфузії;
- b. Діагностику, хірургічне лікування та спеціалізовану допомогу, що необхідні для підготовки пацієнтів до стратегічної MEDEVAC, яку слід проводити відразу після відновлення фізіологічних та інших важливих показників, ключових для подальшого лікування;
- c. Розгортання клінічних потужностей, необхідних для посилення та доповнення спеціалізованої та госпітальної допомоги, відповідно до оперативних вимог і потреб бойового завдання, для підтримки кращої медичної практики в межах театру бойових дій та зменшення потреби в репатріації військовослужбовців.

#### Е. **Остаточна медична допомога**

3.51. Остаточна медична допомога - це завершальна ланка циклу охорони здоров'я Збройних сил. Вона спрямована на максимальне відновлення розумових та фізичних здібностей, повернення пацієнтів до виконання службових обов'язків або підготовку до звільнення з військової служби за медичними показаннями. До неї відноситься весь спектр первинної та вторинної медичної допомоги.

#### Розділ 9 - **Координація евакуації пацієнтів**

3.52. Координація евакуації пацієнтів повинна забезпечувати найбільш ефективне використання ресурсів для надання медичної допомоги та евакуації, аби якнайшвидше надати належну допомогу всім пацієнтам. У залежності від розміру та складності зони операцій, на різних рівнях командування в комбінованому центрі об'єднаних операцій може виникнути потреба у створенні осередку координації евакуації пацієнтів (англ., patient evacuation coordination cell, PECC).<sup>83</sup> Працівники осередку координації евакуації повинні мати прямий доступ до клінічних консультацій, бути кваліфікованими і здатними проводити операції в режимі 24/7. PECC виконує наступні функції:

- моніторинг поточної загальної оперативної ситуації.
- поточна підтримка медичного забезпечення операції.
- управління потоком пацієнтів.
- надання своєчасної та точної інформації для відстеження по всьому ланцюгу медичної евакуації та лікування.

3.53. Медична евакуація на великі відстані пацієнтів, стан яких можна стабілізувати лише на обмежений час, може потребувати особливих ресурсів, наприклад, команди з виконання хірургічних та невідкладних втручань/інтенсивної терапії під час транспортування. Ресурси, персонал і процедури можуть бути обмежені характеристиками наявного евакуаційного засобу та відрізнятись в різних країнах. Тому при плануванні та координації евакуації пацієнтів необхідно враховувати альтернативні маршрути евакуації та протоколи лікування.

#### А. **Матриця медичного забезпечення (blue light matrix)**

3.54. Матриця медичного забезпечення (англ., blue-light matrix) є частиною медичного забезпечення операції, що динамічно накладається на неї, відображаючи покриття медичної підтримки в зоні

<sup>83</sup> Див. також пункт 2.4, Комбіноване об'єднане медичне відділення та частину 2, розділ 5, Медична евакуація.

операцій, визначає місцезнаходження наземних медичних об'єктів/транспортних засобів, їх потужності, спроможність і стан готовності. Кількість, локалізація, готовність і тип наявних транспортних засобів евакуації безпосередньо впливають на тривалість утримання пацієнтів медичними працівниками до початку евакуації, а також на час, необхідний для прибуття пацієнтів до місця призначення. Матриця медичного забезпечення - це важливий інструмент для підтримки ефективної координації евакуації пацієнтів.<sup>84</sup>

## **В. Управління потоком пацієнтів**

3.55. Управління потоком пацієнтів - це динамічний процес, який спрямовує, контролює і координує переміщення пацієнтів у межах і поза межами зони операцій, починаючи від місця отримання поранення/ураження або початку захворювання і до закладів остаточного лікування. Це можуть бути заклади на батьківщині пацієнта, на території інших країн-членів НАТО або на базах поза межами театру бойових дій.<sup>85</sup>

3.56. Критичні фактори, які слід враховувати при управлінні потоком пацієнтів:

- клінічні потреби окремого пацієнта.
- оперативне та природне середовище.
- наявність медичних можливостей для передової, тактичної та стратегічної евакуації.
- варіанти та обсяг охоплення медичних евакуаційних засобів.
- розташування та спроможності ВМЗ, наявність фахівців, стан медичного обладнання та рівень укомплектованості персоналом.
- поточний стан зайнятості ліжок у кожному лікувальному закладі, зокрема, наявність черги на планові оперативні втручання.
- місцезнаходження, кількість та клінічний стан пацієнтів.
- ризик для пацієнтів або засобів евакуації, пов'язаний з тактичною ситуацією
- управління комунікаціями у ланцюжку реагування медичної служби на надзвичайні ситуації.
- політика повернення пацієнтів на ТБД.<sup>86</sup>

3.57. Потік постраждалих повинен відбуватись у рамках безперервного надання медичної допомоги. Однак, це медична організаційна модель, а не лінійний шлях, який необхідно проходити в певній послідовності. Своєчасна евакуація повинна здійснюватися до найбільш відповідного медичного закладу, в першу чергу, виходячи з медичних показань, але також з урахуванням оперативної обстановки, враховуючи, що такий заклад не обов'язково може бути розташованим найближче. Оперативні обставини (наприклад, кількість поранених у масштабних об'єднаних операціях) можуть вимагати впровадження планів і процедур на випадок надзвичайних ситуацій для тривалої допомоги пораненим та евакуації постраждалих.

3.58. Аеромедична евакуація (АЕ) - це спосіб транспортування пацієнтів з найчисленнішими обмеженнями та найвищими вимогами до безпеки, підтримки та інфраструктури.<sup>87</sup> Координація тактичних і стратегічних повітряних переміщень є відповідальністю агентств НАТО

<sup>84</sup> Якщо військово-медичний заклад (ВМЗ) не включений до матриці медичного забезпечення (blue light matrix), потрібен аналогічний інструмент/матриця, відповідно до статусу/можливостей ВМЗ

<sup>85</sup> Навіть якщо стратегічна MEDEVAC є національною відповідальністю, можна звертатися за допомогою до РЕСС

<sup>86</sup> Рішення командування із зазначенням максимального періоду непрацездатності, після якого пацієнти повинні повернутися до виконання службових обов'язків або бути відправлені на батьківщину для подальшого лікування та відновлення

<sup>87</sup> Див. також частину 2, розділ 5, Медична евакуація

з питань транспортування в межах театру бойових дій, а також командування ВПС. Командування ВПС зазвичай створює центр управління АЕ (англ., aeromedical evacuation control centre, АЕСС) у своєму штаті, в той час, як країни часто використовують національний центр координації пацієнтів (англ., national patient coordination centre, NPCC) для координації потреб у медичній евакуації з можливостями повітряних перевезень, призначення медичних завдань відповідним елементам системи аеромедичної евакуації та моніторингу переміщення пацієнтів. Тісна координація та зв'язок між усіма елементами, залученими до аеромедичної евакуації, та осередком координації евакуації пацієнтів в межах театру бойових дій необхідні для забезпечення всебічного моніторингу та координації всіх потреб і можливостей щодо лікування та переміщення пацієнтів.

3.59. Медична евакуація, а особливо аеромедична евакуація пацієнтів з підтвердженими, запідозреними чи висококонтагіозними інфекційними захворюваннями, може бути суттєво ускладнена через міжнародні медико-санітарні норми або введені на національному рівні обмеження на пересування, навіть якщо переміщення пацієнтів необхідне для захисту особового складу Збройних сил. Залучення спеціалізованих команд та обладнання, такого як бокси-ізолятори для повітряних перевезень, може знизити ризик контамінації критично важливих об'єктів інфраструктури та ресурсів, а також зменшити поширення інфекційних захворювань до прийняттого мінімуму.<sup>88</sup> Для евакуації інфекційних хворих, особливо під час реагування на спалахи епідемій, необхідна тісна координація між працівниками командування об'єднаних сил і цивільними органами влади, службами санітарно-епідеміологічного захисту військовослужбовців та цивільного населення.

### С. Відстеження пацієнтів

3.60. Відстеження пацієнтів - це точний і безперервний моніторинг місцезнаходження, очікуваного місця призначення та клінічного стану кожного окремого пацієнта в межах безперервної медичної допомоги. У багатонаціональному середовищі відстеження пацієнта може бути пов'язане з такими проблемами, як мовний бар'єр, несумісність інформаційних і комунікаційних систем або відмінності в національних процесах відстеження.

## Розділ 10 - Медичне управління в надзвичайних ситуаціях критичного рівня

3.61. Медичне управління НАТО в надзвичайних ситуаціях критичного рівня більш детально описане в публікації AMedP-1.10, Медичні аспекти управління у разі масштабного інциденту/масового випадку. Медичне управління в надзвичайних ситуаціях критичного рівня - це комплексний підхід, заснований на мнемонічній схемі CCSCATTER<sup>89</sup> (див. Додаток С) для реагування на ситуацію, яка вимагає надзвичайних медичних ресурсів і процедур.

- a. **Надзвичайна ситуація критичного рівня (критичний інцидент)** - це природна чи техногенна подія, яка має критичний вплив на бойове завдання, безпеку в тій зоні, де вона трапилася, інфраструктуру, здоров'я та навколишнє середовище, навіть якщо вона не призвела безпосередньо до великої кількості постраждалих.
- b. **Масштабна медична надзвичайна ситуація (англ., major medical incident, MMI)** - це критичний інцидент, при якому кількість, тяжкість або тип постраждалих, які потребують

<sup>88</sup> Див. також публікацію AJP-7, Спільна доктрина НАТО з підтримки хімічних, біологічних, радіологічних та ядерних (ХБРЯ) оборонних операцій

<sup>89</sup> Командування та управління, безпека, комунікації, оцінка, сортування, лікування, транспортування, використання доказів, відновлення (англ., Command and Control, Safety, Communications, Assess, Triage, Treatment, Transport, Exploit, Recover)



допомоги, або їх місцезнаходження вимагають надзвичайних ресурсів і процедур. Зазвичай про MMI оголошується "знизу вгору", з кожного рівня командування, враховуючи необхідність залучення нетипових ресурсів і процедур.

- c. **Масовий випадок** - це MMI, що перевищує наявні медичні можливості та/або потенціал, незважаючи на застосування надзвичайних заходів. Масовий випадок може мати значний вплив на поточні операції аж до вимушеної перерви в їх проведенні, тому в більшості випадків потребує управління за принципом "зверху вниз". Принципи лікування при цьому можуть бути змінені, не фокусуючись на індивідуальних потребах конкретного пацієнта, а прагнучи досягнути найкращого результату для найбільшої кількості пацієнтів. Командири несуть основну відповідальність за планування та прийняття рішень щодо цих питань за консультативної допомоги та підтримки медичного персоналу.

3.62. Складні надзвичайні ситуації, випадки або катастрофи вимагають застосування інноваційних і різноманітних заходів реагування. Однак, деякі події, наприклад, викид хімічних, біологічних, радіологічних і ядерних агентів, можуть призвести до швидкого розповсюдження їх шкідливого впливу, що може швидко перевантажити навіть найбільш підготовлені сили та вимагати негайних дій.

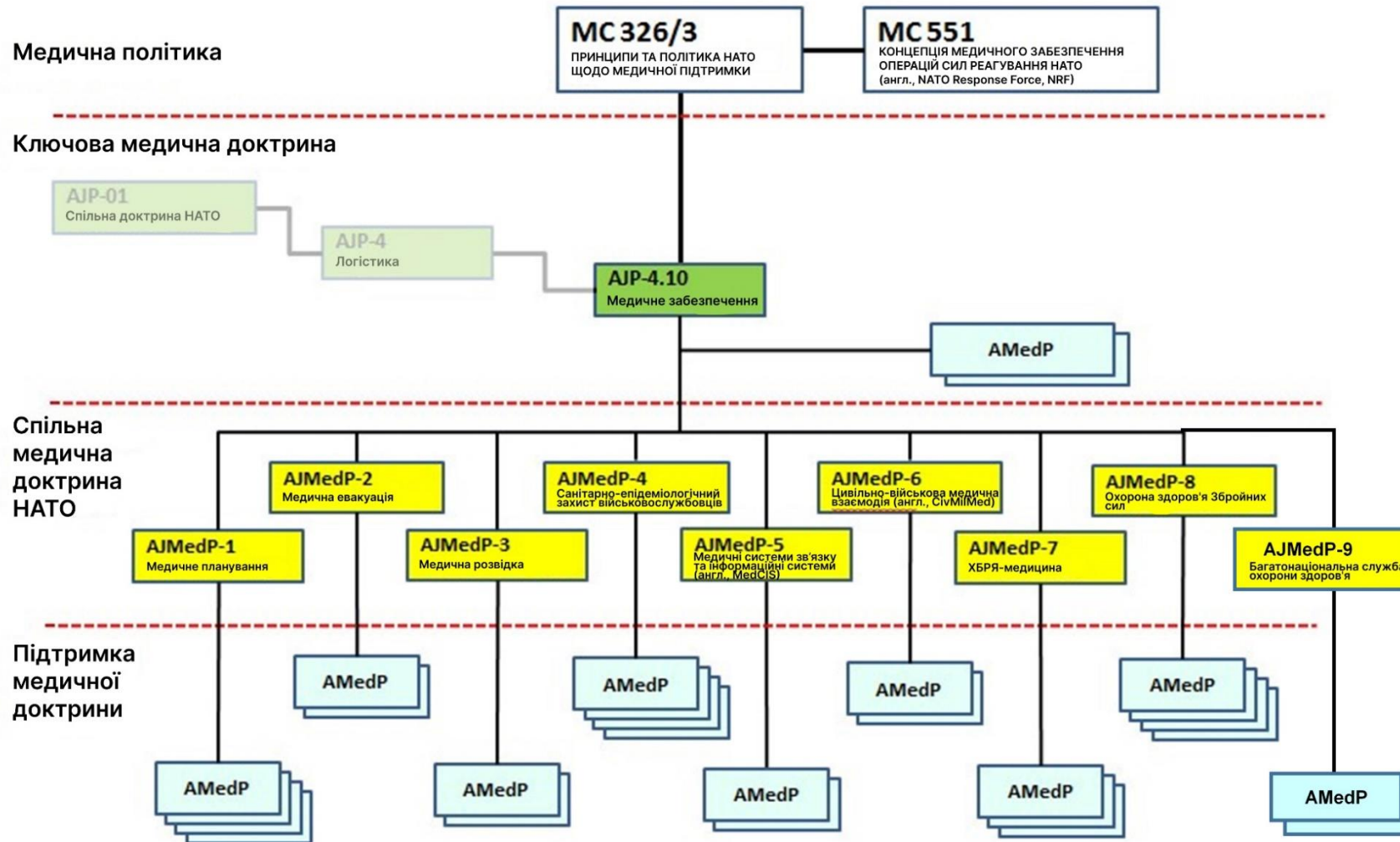
3.63. Ефективне управління демонструє здатність сил на ТБД цілісно реагувати на критичний інцидент шляхом транскордонної мобілізації та координації ресурсів. Медичні аспекти включають, але не обмежуються наступним: медичною оцінкою/виявленням події, рекомендаціями щодо захисту військовослужбовців (деконтамінація, вакцини та антидоти), медичними заходами протидії, психологічною підтримкою, епідеміологічним наглядом, ідентифікацією постраждалих і санітарною освітою.



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**



ДОДАТОК А - СТРУКТУРА МЕДИЧНОЇ ДОКТРИНИ



Перекладено командою tccc.org.ua



**Додаток А ДО  
Спільна публікація НАТО AJP-4.10**

*MC - Military Committee, Військовий комітет; AJP - Allied Joint Publication, Спільна публікація НАТО; AJMedP- Allied Joint Medical Publication, Спільна медична публікація НАТО; AMedP - Allied Medical Publication, Медична публікація НАТО; CIS - Communication and Information System, Системи зв'язку та інформаційні системи*

**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**

## ДОДАТОК В: ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА ДОПОМОГА ПОРАНЕНИМ<sup>90</sup>

**Перша допомога** - це базова медична допомога, яка надається у разі раптового захворювання або травми, перш ніж буде доступна професійна медична допомога. Перша допомога спрямована на збереження життя, запобігання погіршенню стану постраждалого, а також сприяння одужанню. Хартфордський консенсус експертів з реагування на надзвичайні ситуації критичного рівня 2013 року визначив мнемонічний підхід T.H.RE.A.T. для надання першої допомоги в небезпечних середовищах та під час масових випадків:

- **T** - контроль загрози (англ., Threat control)
- **H** - зупинка кровотечі (англ., Hemorrhage control)
- **RE** - швидка евакуація в безпечне місце (англ., Rapid extraction to safety)
- **A** - оцінка та надання допомоги персоналом, який має медичну підготовку (англ., Assessment and aid by medically trained personnel)
- **T** - транспортування до відповідного рівня медичної допомоги (англ., Transport to appropriate level of care)

**Перша допомога на полі бою або допомога пораненим в умовах бойових дій** враховує специфічні потреби лікування поранених бійців та осіб, які не є учасниками бойових дій, під час збройного конфлікту. Принципи надання допомоги однакові, проте преференції та процедури можуть відрізнятися в залежності від ситуації, оточення, стану пацієнта, навичок і досвіду того, хто надає допомогу, та наявних ресурсів.

<sup>90</sup> Цей додаток буде вилучено з АJP-4.10, як тільки буде надано ґрунтовний опис першої медичної допомоги - допомоги пораненим в умовах бойових дій - у рамках документа AJMedP-8, Спільна доктрина НАТО з охорони здоров'я Збройних сил (МНС) та підпорядкованих їй публікацій

## Перша допомога на полі бою - допомога пораненим в умовах бойових дій

<p><b>Безпосередня, пряма загроза:</b> бойове, вороже або несприятливе середовище</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• зупинка видимих критичних кровотеч на тих ділянках тіла, де це можливо</li> <li>• швидке переміщення пораненого з "гарячої зони" (Допомога під вогнем)</li> </ul>
<p><b>Відсутність прямої загрози:</b> невизначене, умовно сприятливе або безпечне середовище</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• мінімізація кровотечі,</li> <li>• підтримка прохідності дихальних шляхів,</li> <li>• підтримка дихання та кровообігу,</li> <li>• запобігання подальшому погіршенню стану постраждалого внаслідок впливу небезпечних факторів навколишнього середовища (Допомога в польових умовах)</li> </ul>
<p>Рятувальники, які володіють розширеними навичками медичної допомоги та мають необхідне обладнання, можуть застосовувати методи допомоги постраждалим, які зазвичай виконуються медичними працівниками, з метою стабілізації поранених у критичному стані перед та під час евакуації (Допомога на етапі евакуації) або, якщо безперервність надання допомоги порушена, з метою підтримання життєво важливих функцій пацієнтів протягом певного часу за допомогою наявних ресурсів (Тривала допомога в польових умовах)</p>	

Малюнок В-1. Перша допомога на полі бою - допомога пораненим в умовах бойових дій

## ДОДАТОК С: МЕДИЧНЕ УПРАВЛІННЯ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

### Мнемоніка CCSCATTTTER:

**Командування та управління (англ., command and control):** покладається на головного командувача на полі бою при плануванні та виконанні заходів реагування на надзвичайні ситуації критичного рівня, однак передбачає надання медичних консультацій командирові з надзвичайної ситуації і контроль за реагуванням на надзвичайну ситуацію.

**Безпека (англ., safety):** включає обізнаність про загрози щодо безпеки рятувальників, місця події та постраждалих, а також використання індивідуальних засобів захисту, таких як покриття, шоломи, засоби захисту очей, бронезилети, захисні костюми проти хімічних, біологічних, радіологічних або ядерних агентів тощо. Перед тим, як медичний персонал почне надавати допомогу пацієнтам, може знадобитися знешкодження вибухових речовин, додатковий захист Збройних сил, спеціальне обладнання для вивільнення поранених/травмованих або гасіння пожеж, а також координація перерахованих заходів.

**Комунікації (англ., communications):** надання можливості всім службам і організаціям, залученим до управління критичними інцидентами, співпрацювати та ефективно реагувати на надзвичайну ситуацію.

**Оцінка (англ., assess):** оцінка місця події з метою визначення причини надзвичайної ситуації, кількості та стану здоров'я постраждалих, а також початкового медичного реагування на надзвичайну ситуацію.

**Сортування (англ., triage):** визначення пріоритетності первинного та подальшого лікування або медичної евакуації постраждалих після первинного огляду. Це динамічний і повторюваний процес. Принципи сортування повинні бути затверджені командиром з надзвичайної ситуації разом з оголошенням масового випадку. (див. Малюнок В-1)

**Лікування (англ., treatment):** допомога постраждалим відповідно до національних стандартів/стандартів НАТО.

**Транспортування (англ., transport):** медична евакуація для звільнення місця події від постраждалих.

**Використання доказів (англ., exploit):** збір і збереження доказів, у тому числі медичних, для того, аби дозволити ланцюгу командування використати їх при реагуванні на надзвичайну ситуацію.

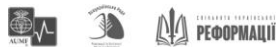
**Відновлення (англ., recover):** відновлення системи реагування до стану, який передував надзвичайній ситуації, та негайний аналіз дій під час надзвичайної ситуації для засвоєння уроків та здобуття досвіду.

Категорія та колір	Дії	Визначення
<b>T1</b> <b>ТЕРМІНОВІ</b> <b>ЧЕРВОНИЙ</b>	Невідкладні заходи для порятунку життя Швидка МЕDEVAC	Пацієнти з загрозливими для життя травмами, але з високими шансами на виживання при наданні допомоги
<b>T2</b> <b>НЕВІДКЛАДНІ</b> <b>ЖОВТИЙ</b>	Стабілізація, лікування, переоцінка стану Швидка МЕDEVAC	Пацієнти з тяжкими травмами, проте без негайної загрози для життя
<b>T3</b> <b>ЛЕГКІ</b> <b>ЗЕЛЕНИЙ</b>	Перша допомога, переоцінка стану Транспортування	Пацієнти з незначними ушкодженнями, здатні подбати про себе
<b>МЕРТВІ</b> <b>БІЛИЙ НА</b> <b>ЧОРНОМУ</b>	Лікування не потрібне, збір, захист Транспортування	Пацієнти, яким медичний працівник констатував смерть, а також пацієнти з несумісними з життям травмами без ознак життєдіяльності
<b>T4</b> <b>ОЧІКУВАЛЬНІ</b> <b>СИНІЙ НА</b> <b>БІЛОМУ</b>	Лише симптоматичне застосування знеболювальних та заспокійливих препаратів, переоцінка стану Транспортування	Очікується, що такі пацієнти помруть <b>Дана категорія використовується тільки при масових випадках та з дозволу Командувача або медичного радника/медичного директора</b>

**Малюнок С-1. Категорії сортування**

## ДОДАТОК D - РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС МОРСЬКИХ ОПЕРАЦІЙ

- **Перший етап медичної допомоги - 1-й рівень.** Держава встановлює мінімальні медичні вимоги до цієї платформи щодо надання первинної медичної допомоги, сортування, першої допомоги, невідкладної допомоги на догоспітальному етапі та евакуації. Ці вимоги повинні відповідати мінімальним стандартам Міжнародної морської організації (англ., International Maritime Organization, IMO) та відповідним Угодам зі стандартизації (англ., Standartization Agreements, STANAGS).
- **Перший етап медичної допомоги - 2-й рівень.** Включає те ж саме, що і 1-й рівень, але зазвичай передбачає наявність суднового лікаря. Це морський еквівалент сухопутного Першого етапу медичної допомоги.
- **Другий етап медичної допомоги - 3-й рівень.** Включає те саме, що й 2-й рівень, але з доступом до ресусцитації під керівництвом лікаря-фахівця та хірургії за принципом контролю критичних пошкоджень в межах встановлених клінічних часових рамок. Якщо ВМЗ 3-го рівня надання допомоги розміщується на борту судна, він може включати одну хірургічну бригаду та один операційний стіл, базову лабораторію та оснащення для діагностичної візуалізації, можливості для проведення обмеженого обсягу заходів інтенсивної терапії та кілька ліжок для утримання пацієнтів. Це морський еквівалент передового ВМЗ 2 етапу (англ., Role 2 Forward, R2F) або базового ВМЗ 2 етапу (англ., Role 2 Basic, R2B).
- **Другий етап медичної допомоги - 4-й рівень.** Включає те саме, що й 3-й рівень, але з доступом до хірургічної допомоги, спрямованої на лікування місцевих пошкоджень внаслідок поранення, а не лише на корекцію загального стану, в межах встановлених клінічних часових рамок. При розміщенні на борту судна, 4-й рівень надання допомоги зазвичай включає один або два операційні столи, дві хірургічні бригади, 4 ліжка інтенсивної терапії, діагностичні потужності, включно з рентгеном, базову лабораторію, банк крові, аптеку, стерилізаційне відділення, стоматологію, невелику кількість ліжок для утримання пацієнтів, які потребують догляду, а також доступ до спеціалізованої медичної евакуації. Це морський еквівалент посиленого ВМЗ 2 етапу (англ., Role 2 Enhanced, R2E).
- **Третій етап медичної допомоги - 5-й рівень.** Включає те саме, що й 4-й рівень, але з доступом до спеціалізованої хірургії в межах встановлених клінічних часових рамок. 5-й рівень надання допомоги адаптований до бойового завдання, але загалом включає до 4 операційних столів, 4 хірургічні бригади, 8 ліжок інтенсивної терапії, діагностичні потужності, включно з комп'ютерним томографом, генератор медичного кисню, РЕСС, спеціальні засоби MEDEVAC та більшу кількість ліжок для утримання пацієнтів, які потребують догляду медичного персоналу. Це морський еквівалент сухопутного третього етапу медичної допомог



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**



**ДОДАТОК Е - СЛОВНИК. ЧАСТИНА 1: АБРЕВІАТУРИ ТА СКОРОЧЕННЯ**
**A**

AE	Aeromedical Evacuation	Аеромедична евакуація, АЕ
AECC	AE Control Centre	Центр управління АЕ
AJP	Allied Joint Publication	Спільна публікація НАТО
AJMedP	Allied Joint Medical Publication	Спільна медична публікація НАТО
AMedP	Allied Medical Publication	Медична публікація НАТО
AOR	Area of Responsibility	Зона відповідальності
AOO	Area of Operations	Зона операцій

**B**

BC	Battle Casualty	Бойові втрати
----	-----------------	---------------

**C**

C2	Command and Control	Командування та управління
CASEVAC	Casualty Evacuation	CASEVAC
CBRN	Chemical, Biological Radiological, Nuclear	Хімічна, біологічна, радіологічна та ядерна зброя - ХБРЯ
CC	Component Command	Командування компонента
CCAST	Critical Care Air Support Team	Аеромедична бригада підтримки з критичних станів
CCATT	Critical Care Air Transport Team	Аеромедична транспортна бригада з критичних станів
CCP	Casualty Collection Point	Пункт збору поранених/постраждалих
CIHSO	Continuous Improvement of Healthcare Support on Operations	Постійне вдосконалення медичного забезпечення операцій
CIMIC	Civil-Military Cooperation	Цивільно-військове співробітництво
CJ	Combined Joint	Комбіноване об'єднане відділення
CJMED	Combined Joint Medical	Комбіноване об'єднане медичне відділення
COM	Commander	Командувач/командир
COMEDS	Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO	Комітет начальників військово-медичних служб НАТО
CSAR	Combat Search and Rescue	Бойова пошуково-рятувальна операція
CSU	Casualty Staging Unit	Підрозділ, відповідальний за розташування постраждалих
CT	Computed Tomography	Комп'ютерна томографія

**D**

DCR	Damage Control Resuscitation	Ресусцитація за принципом контролю критичних пошкоджень
DCS	Damage Control Surgery	Хірургія за принципом контролю критичних пошкоджень
DOB	Deployment Operating Base	Оперативна база розгортання
DR	Disaster Relief	Допомога при стихійних лихах

**E**

EIH	Environmental and Industrial Hazards	Екологічні та промислові небезпеки
EU	European Union	Європейський Союз

**F**

FHP	Force Health Protection	Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців
FP	Force Protection	Захист військовослужбовців

**G**

GDP	Good Distribution Practice	Належна практика дистрибуції
GO	Governmental Organisation	Урядова організація

**H**

HA	Humanitarian Assistance	Гуманітарна підтримка
HN	Host Nation	Приймаюча країна, країна-господар
HNS	Host Nation Support	Підтримка (забезпечення) приймаючою країною
HSS	Health Service Support	Підтримка охорони здоров'я / Надання медичних послуг

**I**

INT	Intelligence	Розвідка / розвіддані
IO	International Organisation	Міжнародна організація/МО

**J**

JFC	Joint Forces Command	Командування об'єднаних сил
JMED	Joint Medical	Медичне об'єднання
JTF	Joint Task Force	Об'єднана оперативно-тактична група

**L**

LN	Lead Nation	Провідна країна
LoAC	Law of Armed Conflict	Закон про збройні конфлікти
LOC	Line of Communication	Лінія зв'язку

**M**

MED	Medical	Медичний
MEDAD	Medical Advisor	Медичний радник
MEDASSESSREP	Medical Assessment Report	Звіт про медичну оцінку
MEDDIR	Medical Director	Медичний директор
MEDEVAC	Medical Evacuation	Медична евакуація
MEDEVAL	Medical Evaluation	Медичне оцінювання/обстеження
MEDINT	Medical Intelligence	Медична розвідка
MEDSITREP	Medical Situation Report	Звіт про медичну ситуацію
MERT	Medical Emergency Response Team	Медична команда швидкого реагування
MHC	Military Health Care	Охорона здоров'я Збройних сил
MI2	Medical Intelligence and Information	Медична розвідка та інформація
MILMED COE	Centre of Excellence for Military Medicine	Центр передового досвіду військової медицини
MMU	Multinational Medical Unit	Багатонаціональний медичний підрозділ

**N**

NGO	Non-Governmental Organisation	Неурядова організація (НУО)
-----	-------------------------------	-----------------------------

NMLT	National Medical Liaison Team	Національна медична група взаємодії
NSE	National Support Element	Національний елемент підтримки/забезпечення
<b>O</b>		
OED	Oxford English Dictionary	Оксфордський словник англійської мови, ОСАМ
OEH	Occupational and Environmental Health	Охорона праці та довкілля
OPLAN	Operations Plan	План проведення операції (план операції)
<b>P</b>		
PAR	Population at Risk	Група ризику
PECC	Patient Evacuation Coordination Cell	Осередок координації евакуації пацієнтів
POI	Point of Injury/Insult	Місце отримання поранення/Місце ураження
<b>R</b>		
RoM	Restriction of Movement	Обмеження пересування
RSN	Role Specialisation Nation	Країна, що відповідає за певний етап надання медичної допомоги
<b>S</b>		
SACEUR	Supreme Allied Commander Europe	Верховний головнокомандувач ОЗС НАТО в Європі
SAR	Search and Rescue	Пошуково-рятувальна операція
SC	Strategic Command	Стратегічне командування
SERE	Survival, Evasion, Resistance and Extraction	Виживання, Ухилення (від противника), Опір, Втеча (з полону)
SHAPE	Supreme Headquarters Allied Powers Europe	Верховний штаб ОЗС НАТО в Європі
SOR	Statement of Requirements	Заява про вимоги
<b>T</b>		
<b>U</b>		
UN OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	Управління ООН з координації гуманітарних питань
<b>W</b>		
WHO	World Health Organization	Всесвітня організація охорони здоров'я, ВООЗ

ДОДАТОК F - СЛОВНИК. ЧАСТИНА 2: ТЕРМІНОЛОГІЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ<sup>91</sup>

## А

**Aeromedical Control Cell/Centre = Осередок/Центр управління аеромедичної служби** - структура управління, організована начальником відділу повітряного транспорту, командувачем військово-повітряних сил або командуванням ВПС. Взаємодіє з центром управління переміщеннями даного командування і координує усі медичні запити, які включають можливості повітряного транспортування. Також розподіляє завдання з медичного забезпечення між відповідними елементами системи аеромедичної евакуації та контролює переміщення пацієнтів.

**Aeromedical Evacuation = Аеромедична евакуація** - переміщення пацієнтів під медичним наглядом повітряним транспортом до та між військово-медичними закладами; невід'ємна частина процесу безперервного надання медичної допомоги.

**Allied Joint Medical Publication = Спільна медична публікація НАТО** - медична публікація НАТО, що містить доктрину, застосовну до НАТО та керованих НАТО операцій, у яких бере участь більше, ніж один рід військ.

**Allied Joint Publication = Спільна публікація НАТО** - публікація НАТО, що містить доктрину, застосовну до НАТО та керованих НАТО операцій, у яких бере участь більше, ніж один рід військ.

**Area of Operations = Зона операцій** - територія в межах зони об'єднаних операцій, визначена командувачем об'єднаних сил для проведення операцій на тактичному рівні.

**Area of Responsibility = Зона відповідальності** - зона, призначена командиру певного рівня командування для планування та проведення операцій.

**Aviation Medicine = Авіаційна медицина** - галузь медицини, пов'язана з порушеннями фізичного чи психологічного здоров'я під час польотів. (Джерело: Оксфордський словник англійської мови – OCAM)

## В

**Battle Casualty = Бойові втрати** - втрати внаслідок прямого результату ворожих дій, понесені під час бою або пов'язані з ним, а також ті, які сталися під час відправлення на бойове завдання чи повернення з нього.

## С

**Casualty Collection Point = Пункт збору поранених/постраждалих** - перше місце, де збирають поранених/постраждалих після порятунку з несприятливого середовища та звідки їх забирають передові транспортні засоби MEDEVAC. Зазвичай його облаштовують у сприятливому чи умовно сприятливому середовищі та забезпечують там присутність одного або кількох спеціально призначених спеціалістів з надання невідкладної допомоги.

Примітка: У пункті збору поранених слід усунути всі очевидні загрози здоров'ю пацієнта або діючій

<sup>91</sup> Зверніть увагу: поточний статус щодо термінів і визначень можна знайти на веб-сторінці Офісу зі стандартизації НАТО. Оскільки формулювання термінів і визначень може змінитися, що вимагатиме оновлення цього документа, анотація щодо статусу тут не надається.

системі невідкладної допомоги. Відповідальність за це лежить не на медиках, а на спеціально навченому для цього особовому складі.

**Casualty Staging Unit = Підрозділ, відповідальний за розташування постраждалих** - медичний підрозділ, який доглядає за пацієнтами під час їх переміщень (під супервізією медичного персоналу).

**Combat Search and Rescue = Бойова пошуково-рятувальна операція** - виявлення, локалізація, ідентифікація та порятунок збитого авіаєкіпажу на ворожій території під час кризи чи війни та, у разі необхідності, ізольованих військовослужбовців, які знаходяться в скрутній ситуації та навчені і мають обладнання для отримання бойової пошуково-рятувальної підтримки.

**Combat Search and Rescue = Комп'ютерна томографія** - форма томографії, у якій комп'ютер керує рухом джерела рентгенівського випромінювання та детекторів, обробляє дані та створює зображення (Джерело: OCAM)

## D

**Damage Control Resuscitation = Ресусcitaція за принципом контролю критичних пошкоджень** - систематичний підхід до лікування масивних травм, що включає надання допомоги при критичній кровотечі, порушенні прохідності дихальних шляхів, дихання та кровообігу, поєднане з використанням певних клінічних методів - від негайних заходів порятунку життя до хірургічних втручань - з метою мінімізації крововтрати, максимального покращення оксигенації тканин і оптимізації результату.

**Damage Control Surgery = Хірургія за принципом контролю критичних пошкоджень** - хірургічне втручання, при якому досягнення повного контролю над кровотечею та очищення рани ставиться в пріоритет перед негайним повним хірургічним відновленням (повноцінним і остаточним хірургічним втручанням) з метою уникнення погіршення стану пацієнта.

**Deployment Operating Base = Оперативна база розгортання** - місце розташування (окрім бази, що використовується в мирний час), яке має мінімальні необхідні оперативні та допоміжні засоби/заклади, і де підрозділ або частина підрозділу розгорнеться для дій під час напруження конфлікту чи війни.

**Disaster Relief = Допомога при стихійних лихах** - послуги, що надаються окремим особам і громадам, які зазнали втрат через стихійні лиха (Джерело: OCAM)

**Doctrine = Доктрина** - основоположні принципи, згідно з якими збройні сили діють для підтримки своїх цілей. Доктрина є керівним документом, проте під час її використання потрібно застосовувати принцип розумного судження.

## F

**Force Health Protection = Санітарно-епідеміологічний захист військовослужбовців / Захист здоров'я військовослужбовців** - усі медичні зусилля, спрямовані на сприяння або збереження фізичного та психічного благополуччя, зменшення чи уникнення випадків і наслідків захворювань, поранень і смертей, а також підвищення оперативної готовності та бойової ефективності сил.

**Force Protection = Захист військовослужбовців** - усі заходи та засоби для мінімізації вразливості персоналу, об'єктів, обладнання та операцій до будь-якої загрози та в усіх ситуаціях, з метою збереження свободи дій та оперативної ефективності збройних сил.

## G

**Good Distribution Practice, GDP = Належна практика дистрибуції** - GDP гарантує, що якість фармацевтичного продукту підтримується за допомогою належного контролю численних кроків, які відбуваються під час процесу дистрибуції, і захищає систему дистрибуції від підробок, несанкціонованих, незаконно імпортованих, крадених, контрафактних, неякісних, фальсифікованих, та/або неправильно брендovаних фармацевтичних продуктів. (Визначення за ВООЗ – Джерело: Словник ООН)

## H

**Health and Medical Support = Охорона здоров'я та медична підтримка** - комплекс заходів, які сприяють покращенню та збереженню належного рівня можливостей людського організму шляхом надання повної та узгодженої підтримки та догляду.

**Health Service Support = Підтримка охорони здоров'я / Надання медичних послуг** - усі послуги, що надаються прямо чи опосередковано для сприяння здоров'ю та благополуччю пацієнтів або населення.

**Host Nation = Приймаюча країна, країна-господар** - країна, яка за угодою:

- a. Приймає збройні сили та матеріальні засоби НАТО чи інших держав, що діють на/з її території або проходять там транзитом;
- b. Допускає розміщення матеріальних засобів та/або організаційних структур НАТО на своїй території; та/або
- c. Надає підтримку/забезпечення для досягнення визначених цілей.

**Host Nation Support = Підтримка (забезпечення) приймаючою країною** - цивільна та військова допомога, яку надає приймаюча країна під час мирного часу, кризової ситуації чи війни НАТО та/або іншим силам і організаціям НАТО, які розташовані, діють на/з її території або транзитом через неї проходять.

**Humanitarian Assistance = Гуманітарна підтримка** - використання доступних військових ресурсів у рамках операції для допомоги або підтримки зусиль відповідальних цивільних організацій у межах зони проведення операції або спеціалізованих цивільних гуманітарних організацій у виконанні їх основного обов'язку полегшити людські страждання.

## I

**Intelligence = Розвіддані** - продукт, отриманий у результаті спрямованого збору й обробки інформації щодо навколишнього середовища, а також можливостей і намірів дійових осіб з метою виявлення загроз і надання можливостей, що надається для використання тим, хто приймає рішення.

**International Organisation = Міжнародна організація** - міжурядова, регіональна або глобальна організація, яка регулюється міжнародним правом і заснована групою держав, з міжнародною правосуб'єктністю, наданою міжнародною угодою, незалежно від її характеру, яка створює права та зобов'язання, що підлягають виконанню, з метою виконання певної функції та досягнення спільної мети. (Джерело: ОСАМ)

## J

**Joint Operations Centre = Центр об'єднаних операцій** - елемент штабу командування об'єднаними силами, створений для планування, моніторингу та керівництва виконанням рішень командира.

## L

**Law of Armed Conflict = Закон про збройні конфлікти** - сукупність норм міжнародного права, які регулюють поведінку під час збройного конфлікту (jus in bello [лат., правила ведення війни / право під час війни - Ред.]), щоб обмежити його негативні наслідки; застосовується не лише до урядів та їхніх збройних сил, а й до озброєних опозиційних груп (Джерело: ОСАМ).

**Lines of Communication = Лінії зв'язку/Комунікації** - усі сухопутні, водні та повітряні шляхи, які з'єднують діючі військові сили з однією чи декількома оперативними базами, по яких здійснюється постачання та підкріплення.

## M

**Medical Advisor = Медичний радник**: старший офіцер медичного персоналу в штабі формування, відповідальний за те, щоб командир і його штаб були належним чином проінформовані та усвідомлювали вплив їхніх дій на здоров'я людей, а також розуміли всі пов'язані з оперативними діями медичні аспекти.

**Medical Assessment Report = Звіт про медичну оцінку** - Звіт у стандартизованому форматі, який використовується для надання командуванню НАТО загальної оцінки стану здоров'я наявних і підсилених збройних сил разом із переліком вжитих або запланованих заходів з виправлення ситуації.

**Medical Director = Медичний директор**: функціональний керівник медичних служб у формуванні або на театрі бойових дій.

**Medical Emergency Response Team = Медична команда швидкого реагування** - медична команда, навчена та обладнана для надання розширених заходів з ресусцитації та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі, незалежна від транспортних засобів, діє в будь-якому операційному середовищі, крім безпосереднього бою.

**Medical Evacuation = Медична евакуація** - процес переміщення будь-якої постраждалої, пораненої чи хворої особи до та/або між лікувальними закладами під медичним наглядом як невід'ємна частина процесу безперервного лікування.

**Medical Services = Медичні послуги**:

1. Уся діяльність у рамках професійних, технічних та пов'язаних із ними функцій, що здійснюється лікарями, та/або інші медичні послуги, які надаються під керівництвом лікаря чи іншого медичного працівника.
2. Ті галузі військової організаційної структури, які забезпечують усі професійні, технічні та пов'язані з ними функції, що виконуються військово-медичним персоналом (тобто, військово-медична служба).
3. У військовій організації - всі професійні, технічні та пов'язані з ними функції, що виконуються медичними працівниками.

(Джерело: ОСАМ)

**Medical Intelligence = Медична розвідка** - розвідувальна інформація (розвіддані), отримана на основі медичної, біонаукової, епідеміологічної, екологічної та інших видів інформації, пов'язаної зі здоров'ям людей або тварин (вимагає наявності відповідних медичних експертів для скерування та обробки інформації в рамках циклу розвідки).

**Medical Situation Report = Звіт про медичну ситуацію** - звіт у стандартизованому форматі, який використовується для інформування вищих ешелонів медичних та санітарних служб про ситуацію з медичними та санітарними службами дружніх сил.

**Medical Support = Медичне забезпечення** - функція, що охоплює повний спектр медичного планування та надання медичних і санітарних послуг для підтримки чисельності та міцності сил шляхом запобігання захворюванням, евакуації, швидкого лікування хворих, постраждалих і поранених, їх відновлення та повернення на службу.

**Military Health Care = Охорона здоров'я Збройних сил** - заходи та діяльність для підтримки або відновлення здоров'я та бойової спроможності всього військового персоналу, від призову до виходу на пенсію, у процесі виконання повного спектру військових обов'язків у гарнізоні та під час виконання бойових завдань.

**Multinational Medical Unit = Багатонаціональний медичний підрозділ** - підрозділ, який формується, коли дві чи більше країни погоджуються надавати медичну підтримку.

## N

**National Support Element = Елемент національної підтримки** - будь-яка національна організація чи діяльність, яка в основному підтримує національні сили, що входять до складу сил НАТО (перебуваючи під оперативним управлінням національних органів влади та формально не будучи частиною сил НАТО).

**Non-Governmental Organisation = Неурядова організація** - приватна некомерційна добровільна (волонтерська) організація, що не належить до урядових чи міжурядових структур, створена з метою здійснення ряду заходів, зокрема проєктів, пов'язаних із розвитком або сприянням певній справі, та організована на місцевому, національному, регіональному чи міжнародному рівні. (Джерело: OSAM)

## O

**Operational Command = Оперативне командування** - повноваження, надані командирі щодо призначення бойових завдань або оперативних задач підлеглим командирам, розгортання підрозділів, перерозподілу сил та утримання або делегування оперативного і/або тактичного управління, якщо командир вважає за потрібне.

**Operational Control = Оперативне управління** - повноваження, делеговані командирі для: керування призначеними силами з метою виконання конкретних бойових завдань чи задач, зазвичай обмежених функціями, часом або місцем розташування; розгортання відповідних підрозділів та збереження або передачі тактичного управління цими підрозділами. Це не включає повноваження призначати окремі компоненти відповідних підрозділів. Оперативне управління саме по собі також не включає адміністративний чи матеріально-технічний контроль.

**Operation Plan = План проведення операції (план операції)** - план окремої або декількох взаємозалежних операцій, які проводяться одночасно або послідовно.

Примітка 1. За своєю формою план є директивою вищої інстанції, та слугує основою підлеглим командирам для підготовки допоміжних планів і наказів.

Примітка 2. Назва "план" зазвичай використовується замість "наказ" при попередній підготовці до проведення операції.

Примітка 3. Виконання плану операції може ініціюватись у визначений час або за сигналом -і вже тоді план перетворюється у бойовий наказ.



## Р

**Population at Risk = Група ризику** - група осіб, які піддаються впливу умов, що можуть спричинити травми чи захворювання.

**Point of Injury = Місце отримання поранення** - місце, де постраждалий отримав ушкодження/поранення, а також де вперше були повідомлені гострі симптоми у пацієнта.

**Primary Health Care = Первинна медична допомога** - надання інтегрованих доступних медичних послуг клінічним персоналом, навченим для комплексного першого контакту та продовження лікування/догляду за особами, які мають ознаки та симптоми захворювання або мають певні питання щодо свого здоров'я (включаючи популяризацію здорового способу життя, профілактику захворювань, навчання пацієнтів та консультування, а також діагностику та лікування гострих і хронічних захворювань).

## R

**Restriction of Movement = Обмеження пересування** - заходи з контролю поширення інфекційної хвороби шляхом обмеження контакту між здоровим персоналом та тими, хто захворів на інфекційну хворобу (або є така підозра).

**Role of Medical Support = Етап медичного забезпечення** - категорія, яка визначає функції та можливості медичного підрозділу або елемента. Медична допомога ділиться на чотири етапи (Етап 1, етап 2, етап 3 і етап 4).

**Role Specialisation Nation = Країна, що відповідає за певний етап надання медичної допомоги** - держава, яка бере на себе відповідальність за закупівлю або надання певного класу поставок або послуг для всіх або частини багатонаціональних сил.

## S

**Search and Rescue = Пошуково-рятувальна операція** - використання літаків, надводних суден, підводних човнів, спеціалізованих рятувальних груп і обладнання для пошуку та порятунку персоналу, перебуває у складній ситуації та потребує допомоги на суші чи на морі.

**Secondary Health Care = Вторинна медична допомога** - надання спеціалізованої клінічної допомоги, що потребує навчання та відповідного рівня обладнання та перевищує обсяг послуг, який зазвичай може надаватися на рівні первинної медичної допомоги. (Джерело OED)

**Standing Operating Procedure = Стандартна оперативна процедура** - набір інструкцій, що забезпечують виконання таких частин операцій, які можна трактувати як однозначні або стандартні без втрати ефективності. СОП застосовується, якщо не наказано інше.  
(Джерело: OCAM)

**Strategic Command = Стратегічне командування** - Організація командування найвищого рівня у військовій командній структурі НАТО. Примітка. Існує два стратегічні командування, а саме Оперативне командування ОЗС НАТО та Командування НАТО з питань трансформації.

**Survive Evade Resist Escape = Вживання, Ухилення (від противника), Опір, Втеча (з полону)** - набір тактик, прийомів і процедур, призначений для того, щоб ізольований персонал навчився виживати в будь-якому середовищі та уникати полону або, якщо це не вдасться, протистояти експлуатації противником, і, якщо дозволяє ситуація, втекти з полону та гідно повернутися.



## T

**Transfer of Authority = Передача повноважень** - у рамках НАТО це дія, за допомогою якої оперативне командування або оперативне управління призначеними силами і/або ресурсами (якщо це застосовно) передається між національними командуваннями та командуваннями НАТО або між командувачами в системі командування НАТО.

## U

**United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (ОСНА) = Управління ООН з координації гуманітарних питань** - частина Секретаріату ООН, яка відповідає за об'єднання гуманітарних організацій для забезпечення узгодженого реагування на надзвичайні ситуації. ОСНА також забезпечує наявність рамок, у межах яких кожен учасник може зробити свій внесок у загальні зусилля з реагування. (Джерело: Словник ООН)

## W

**World Health Organization = Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)** - спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй, яка керує міжнародною охороною здоров'я в системі Організації Об'єднаних Націй та відіграє провідну роль для країн-партнерів у глобальних заходах з охорони здоров'я. (Джерело: Словник ООН)



**НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ**



**AJP-4.10(C)(1)**