

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
МАГІСТРАТУРА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Допущений до захисту  
Директор ННПО,  
Ганич О.А. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Випускна кваліфікаційна робота

магістра  
(освітній ступінь підготовки)

на тему «РОЛЬ ДЕРЖАВИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ  
ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»

Виконав: студент групи ДС- 22-19 Б

(шифр групи)

напряму підготовки (спеціальності)

«Управління та адміністрування», спеціальності 281 «Публічне управління та  
адміністрування»

(шифр і назва напряму підготовки, спеціальності)

Курчинок О.В.

(прізвище та ініціали)

(підпис

Керівник доцент кафедри економіки підприємництва к.е.н., О.М. Следь

(посада, науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

(підпис)

Рецензент к.е.н., доц., доц. каф. УФЕБ Мирошніченко Г.Б

(посада, науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

(підпис)

Засвідчую, що у цій випускній кваліфікаційній  
роботі немає запозичень з праць  
інших авторів без відповідних посилань.

Студент \_\_\_\_\_  
(підпис)

Покровськ – 2021 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
МАГІСТРАТУРА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Освітній ступінь підготовки – **магістр**

Спеціальність **281 Публічне управління та адміністрування**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Директор ННПО

\_\_\_\_\_ О.А. Ганич

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**З А В Д А Н Н Я**  
**на випускню кваліфікаційну роботу**

\_\_\_\_\_ Курчинок Олена Вікторівна \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи «Роль держави в забезпеченні ефективної діяльності екстренної медичної допомоги»

керівник роботи Следь Олександра Миколаївна к.е.н., доцент, доцент кафедри економіки підприємництва

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом навчального закладу від «15» грудня 2020 р. № 880

2. Строк подання студентом закінченої роботи 12 березня 2021

3. Вихідні дані до роботи: аналітичні, статистичні дані за темою «Роль держави в забезпеченні ефективної діяльності екстренної медичної допомоги»

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): теоретичні засади формування та реалізації державної політики України в сфері охорони здоров'я, особливості державного управління сферою охорони здоров'я, напрямки удосконалення державного управління діяльності екстренної медичної допомоги

5. Перелік графічного матеріалу: завдання Міністерства охорони здоров'я України, принципи системи охорони здоров'я, класифікація екстреної медичної допомоги, система екстреної медичної допомоги адміністративно-територіальної одиниці, рівні надання екстреної та невідкладної медичної

допомоги в Україні, державні витрати на охорону здоров'я, проблеми функціонування екстренної медичної допомоги в Україні, напрямки модернізації діяльності екстренної медичної допомоги, етапи реалізації диспетчерської функції

#### 6. Консультанти розділів роботи

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта                           | Підпис, дата   |                  |
|--------|---------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|
|        |                                                                     | завдання видав | завдання прийняв |
| 1      | Следь О.М. ,к.е.н., доцент,доцент кафедри економіки підприємництва  |                |                  |
| 2      | Следь О.М. ,к.е.н., доцент, доцент кафедри економіки підприємництва |                |                  |
| 3      | Следь О.М. ,к.е.н., доцент, доцент кафедри економіки підприємництва |                |                  |

#### 7. Дата видачі завдання 15.12.2020

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів дипломної магістерської роботи                                                                                   | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|
| 1     | Дата видачі завдання на дипломну магістерську роботу                                                                          | 18.12.2020                    |          |
| 2     | Редагування науковим керівником окремих розділів дипломної магістерської роботи та її оформлення відповідно до вимог.         | 29.12.2020                    |          |
| 3     | Нормоконтроль – чітке дотримання вимог щодо оформлення та змісту роботи відповідно до даних методичних рекомендацій           | 11.01.2021                    |          |
| 4     | Оформлення, якісний прошив пояснювальної записки, підписання у наукового керівника, отримання відгуку керівника на роботу     | 22.01.2021                    |          |
| 5     | Рецензування дипломної магістерської роботи (при собі мати повний комплект документів)                                        | 09.02.2021                    |          |
| 6     | Отримання довідки про впровадження результатів дослідження в організації                                                      | 15.02.2021                    |          |
| 7     | Підписання обхідного листа у бібліотеці ДонНТУ                                                                                | 19.02.2021                    |          |
| 8     | Підготовка ілюстративного матеріалу, необхідного для захисту дипломної магістерської роботи                                   | 23.02.2021                    |          |
| 9     | Допуск дипломної магістерської роботи у завідувача кафедри (при собі мати повний комплект документів, ілюстративний матеріал) | 26.02.2021                    |          |
| 10    | Передача пояснювальної записки та всіх матеріалів секретарю ДЕК                                                               | 01.03.2021                    |          |

|    |                                                      |            |  |
|----|------------------------------------------------------|------------|--|
| 11 | Підготовка до захисту дипломної магістерської роботи | 12.03.2021 |  |
| 12 | Захист дипломної магістерської роботи                | 26.03.2021 |  |

Магістрант  
 Керівник роботи  
 економіки підприємництва ,к.е.н., доцент

Курчинок О.В.  
 доцент кафедри  
 О.М. Следь

## АНОТАЦІЯ

Курчинок О.В. Роль держави в забезпеченні ефективної діяльності екстреної медичної допомоги / Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» – ДВНЗ ДонНТУ, Покровськ, 2021.

В роботі розглянуто теоретичне обґрунтування поняття державне регулювання сфери охорони здоров'я. Узагальнено науково-методичні підходи щодо класифікації екстреної медичної допомоги. На основі дослідження нормативно-правового забезпечення визначено структуру системи екстреної медичної допомоги адміністративно-територіальної одиниці та рівні надання екстреної медичної допомоги. Проаналізовано досвід організації та надання екстреної медичної допомоги таких країн, як Польща, Бельгія, Франція, Німеччина, Великобританія, США. Дослідження особливостей розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, фінансування екстреної медичної допомоги, динаміки державних витрат на охорону здоров'я та екстрену медичну допомогу зокрема доводить, що нинішня система надання екстреної медичної допомоги в Україні є недосконалою. Виділено проблеми функціонування екстреної медичної допомоги в Україні та напрямки модернізації діяльності екстреної медичної допомоги. Реалізація зазначених напрямків дозволить покращити медичне обслуговування населення та підвищити доступність та якість екстреної медичної допомоги.

Ключові слова: ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЕКСТРЕННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ФІНАНСУВАННЯ, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКА СЛУЖБА

Список публікацій здобувача:

1. Курчинок О.В. Світовий досвід навчання надання екстреної медичної допомоги з симуляційними технологіями та їх впровадження в Україні //Інноватика в сучасній освіті та науці: теорія і практика. Матеріали ІІ науково-практичної конференції (м. Ужгород, 25-26 вересня 2020 р.). – Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2020.

URL: <http://molodyvcheny.in.ua/ua/conf/arch/archive/1289>

## SUMMARY

Kurchynok O.V. The role of the state government in ensuring the effective operation of emergency medical care. / Graduation qualifying work for obtaining an educational degree "Master" in specialty 281 " Public management and administration " – DonNTU, Pokrovsky, 2020.

The paper considers the theoretical substantiation of the concept of government regulation of health care. Scientific and methodological approaches to the classification of emergency medical care are generalized. Based on the study of regulatory and legal support, the structure of the emergency medical care system of the administrative-territorial unit and the levels of emergency medical care are determined. The experience of organizing and providing emergency medical care in

such countries as Poland, Belgium, France, Germany, Great Britain, and the USA is analyzed. A study of the peculiarities of the development of the domestic health care system, emergency medical care financing, the dynamics of public spending on health care and emergency medical care in particular proves that the current system of emergency medical care in Ukraine is imperfect. Problems of functioning of emergency medical care in Ukraine and directions of modernization of activity of emergency medical care are allocated. The implementation of these directions will improve the health care of the population and increase the availability and quality of emergency medical care.

Key words: PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTHCARE SYSTEM, EMERGENCY MEDICAL CARE, FINANCING, MEDICAL INSTITUTION, COMMUNICATION TECHNOLOGY, OPERATING AND DISPATCHING SERVICE

Publication list:

1. Kurchynok O.V. World experience of training in providing emergency medical care with simulation technologies and their implementation in Ukraine // Innovation in modern education and science: theory and practice. Proceedings of the II scientific-practical conference (Uzhhorod, September 25-26, 2020). - Kherson: Young Scientist Publishing House, 2020.

URL: <http://molodyvcheny.in.ua/ua/conf/arch/archive/1289>

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП.....                                                                                                                                                      | 6  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ<br>ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В СФЕРІ ОХОРОНИ<br>ЗДОРОВ'Я .....                                            | 9  |
| 1.1 Сутність та принципи державної політики в сфері охорони<br>здоров'я .....                                                                                   | 9  |
| 1.2. Організація надання екстреної медичної допомоги .....                                                                                                      | 17 |
| РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ<br>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....                                                                                     | 28 |
| 2.1. Міжнародний досвід формування та реалізації державної<br>політики управління сферою охорони здоров'я .....                                                 | 28 |
| 2.2. Державна політика України у сфері охорони здоров'я .....                                                                                                   | 46 |
| РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ<br>ДІЯЛЬНОСТІ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ .....                                                         | 62 |
| 3.1. Проблеми функціонування екстреної медичної допомоги .....                                                                                                  | 62 |
| 3.2. Напрямки модернізації діяльності екстреної медичної<br>допомоги .....                                                                                      | 68 |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                                                                   | 77 |
| ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ .....                                                                                                                                          | 80 |
| ДОДАТОК А ПОВНОВАЖЕННЯ ОРГАНІВ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ ТА<br>ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ЩОДО<br>ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕННОЇ<br>МЕДИЧНОЇ ..... | 89 |
| ДОДАТОК Б МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНО<br>ДОПОМОГИ СИСТЕМОЮ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ<br>ДОПОМОГИ.....                                                        | 93 |
| ДОДАТОК В РЕГІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИПУСКУ ЕЛЕКТРОННИХ<br>РЕЦЕПТІВ .....                                                                                             | 94 |
| ДОДАТОК В ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ ТИПУ ЗВЕРНЕННЯ В<br>ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКІЙ СЛУЖБІ .....                                                                         | 96 |

## ВСТУП

Однією з найважливіших функцій сучасної держави є охорона здоров'я. Це пояснюється економічною вартістю суспільного та індивідуального здоров'я та соціально-політичною значимістю галузі. Важливим показником, що використовують світові рейтингові агентства для визначення рівня розвитку суспільства відповідної країни світу, є якісні та кількісні показники рівня здоров'я населення, тривалості життя. Тобто, галузь охорони здоров'я є універсальним показником, що визначає рівень суспільного розвитку держави на світовому ринку.

Складовою системи охорони здоров'я є служба екстреної медичної допомоги. Екстрена медична допомога в Україні в сучасних умовах є недосконалою через відсутність кваліфікованих практичних навичок із надання екстреної медичної допомоги та недостатній рівень знань, тотальна недоукомплектованість штату працівників, що збільшує кількість ускладнень під час роботи бригад ЕМД, підвищення рівня смертності населення. Тому, в умовах адаптації медичних закладів до умов ринкової економіки зростає значення і роль механізмів державного управління при реформуванні національної галузі охорони здоров'я. При цьому пріоритетна роль має бути приділена модернізації діяльності екстреної медичної допомоги для задоволення зростаючих потреб населення в якісній та доступній медичній допомозі.

Дослідження Авраменко Н. В., Бережної Ю. В., Ковбасюк Ю. В., Машенцевої Н. Г., Солоненко Н. Д., Плесовского П. А., Шейман И. М. присвячені обґрунтуванню та визначенню ролі державного регулювання в галузі охорони здоров'я. Однак, не дивлячись на велику кількість поглядів науковців на означену проблему існує необхідність подальшого аналізу та розгляду наукових підходів щодо напрямків втручання держави та стратегій вдосконалення сфери охорони здоров'я.

Метою роботи є удосконалення державного управління діяльності екстреної медичної допомоги для покращення медичного обслуговування населення, підвищення доступності та якості екстреної медичної допомоги та забезпечення сталого розвитку України.

Для досягнення визначеної мети поставлено такі завдання:

- узагальнити теоретичні підходи до державної політики в сфері охорони здоров'я;
- визначити особливості організації надання екстреної медичної допомоги;
- дослідити іноземний досвід формування та реалізації державної політики управління сферою охорони здоров'я;
- визначити тенденції розвитку державної політики України у сфері охорони здоров'я;
- виділити проблеми функціонування екстреної медичної допомоги;
- визначити напрямки модернізації діяльності екстреної медичної допомоги.

Об'єктом дослідження є система екстреної медичної допомоги.

Предметом дослідження є політика державного управління системи охорони здоров'я.

Методами дослідження механізмів державного управління економічною політикою є: узагальнення – при дослідженні теоретичних підходів до визначення поняття «державна політика в сфері охорони здоров'я», «екстрена медична допомога», наукових підходів щодо класифікації та рівнів надання екстреної медичної допомоги; методи аналізу і синтезу – при аналізі тенденції розвитку вітчизняної державної політики України у сфері охорони здоров'я; систематизації – при визначенні повноважень органів державної влади в галузі охорони здоров'я, при визначенні проблем функціонування екстреної медичної допомоги; структурно-функціональний метод – при визначенні напрямків модернізації діяльності екстреної медичної допомоги, розробці алгоритму реалізації централізованої диспетчерської функції.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в удосконаленні державного управління діяльності екстреної медичної допомоги шляхом впровадження централізованої оперативно-диспетчерської служби. Реалізація науково-методичного підходу покращить медичне обслуговування населення та підвищить доступність та якість екстреної медичної допомоги.

Інформаційною базою дослідження є публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, закони України, постанови Кабінету Міністрів України, нормативні акти та статистичні матеріали, результати досліджень, проведених безпосередньо автором.

Результати досліджень доповідалися та опубліковані у матеріалах конференції «Інноватика в сучасній освіті та науці: теорія і практика. Матеріали II науково-практичної конференції », м. Ужгород, 25-26 вересня 2020 р. – Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2020.

Науково-методичний підхід щодо удосконалення державного управління діяльності екстреної медичної допомоги був використаний Станцією швидкої допомоги м. Мирнограда під час складання плану нормативних, адміністративних, кадрових та інших заходів щодо імплементації нормативно-правових положень Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в умовах Донецької області .

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **1.1 Сутність та принципи державної політики в сфері охорони здоров'я**

Сучасна парадигма державної політики України у сфері охорони здоров'я передбачає соціально-економічною цінністю здоров'я людини, а стратегічним пріоритетом держави є реалізація системи дій, направлених на забезпечення здоров'я нації.

Сфера охорони здоров'я має надзвичайну соціальну значимість для суспільства і цілий ряд характеристик, що відрізняють її від інших сфер суспільної і економічної діяльності, значно ускладнюючи перехід галузі до ринкових умов господарювання і створюючи умови для ряду застережень як у застосуванні ринкових принципів господарювання в цілому, так і конкуренції в зокрема.

Основною метою охорони здоров'я є: стимулювання державою соціальної спрямованості розвитку суспільства; впровадження безпечних технологій для гарантування в процесі матеріально-технічного виробництва безпеки та охорони життя; забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних народногосподарських програм профілактики, своєчасного лікування, реабілітації та інших заходів щодо охорони здоров'я; заохочення державою підприємств та організацій, які активно інвестують пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я [1].

Охорона здоров'я як соціально значуща сфера суспільства має свої особливості. Основними принципами при будь-яких економічних відносинах в медичній галузі, повинні бути гуманізм, сумлінність, якісне надання медичної допомоги. Отже, мова йде про необхідність чіткого розмежування сфер в самій охороні здоров'я, де для досягнення кращих медичних показників повинні бути

спрямовані економічні методи, і сфер, де необхідно використовувати адміністративні, громадські та інші заходи. Тут необхідність існування державного сектора визначається не морально-етичними, а економічними причинами [2].

Ринковий механізм функціонування економіки орієнтований на отримання прибутку, він не може в повній мірі вирішувати всі соціально-економічні проблеми, а тому необхідне різного ступеню державне втручання. Особливо потребує регулювання така соціально значуща сфера, як охорона здоров'я [3-5].

Державне регулювання сфери охорони здоров'я це система заходів, спрямованих на підвищення адаптивності, результативності та ефективного функціонування сфери охорони здоров'я, і направлена, в першу чергу, на збереження соціальної справедливості в умовах ринкових відносин, тобто забезпечення надання якісної та доступної медичної допомоги всім громадянам країни [5].

З розвитком ринкових відносин в Україні та формуванням ринку охорони здоров'я державне регулювання охорони здоров'я є ще більш актуальним. Камінська Т. М. зазначає, що ринок охорони здоров'я це частина ринку в цілому, яка забезпечує існування економічних відносин між усіма суб'єктами ринку медичної галузі, які обумовлені не тільки медичними, а й економічними інтересами [6].

Погляди фахівців щодо ринкових принципів в охороні здоров'я розрізняються. Державне регулювання в умовах ринкової економіки – це вплив держави на економічну систему, спрямовану на досягнення цілей її економічної політики [7].

Солоненко Н. Д. вказує наступні причини важливості втручання держави в регулювання медичної галузі: по-перше це те, що соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а тому державні інвестиції в їх здоров'я можуть знизити рівень бідності і послабити його наслідки; по-друге, деякі заходи, що сприяють здоров'ю,

відносяться до чисто суспільних благ, а тому приватний ринок не виробляє їх або може виробляти в обмеженому обсязі. По-третє, ринкова неспроможність охорони здоров'я та приватного страхування здоров'я означає, що урядове втручання може підвищити добробут через поліпшення функціонування ринку [8].

Основними мотивами необхідності державного регулювання сфери охорони здоров'я є: неможливість конкуренції, існування громадських товарів, які не будуть поставлені ринком в достатній кількості, недосконалість інформації, нерівність в доходах [9].

Таким чином, державна політика України в галузі охорони здоров'я – це система взятих зобов'язань або прийнятих національних рішень з питань зміцнення та збереження соціального благополуччя населення держави, психічного та фізичного здоров'я населення як головної складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності організаційних, політичних, правових, економічних, культурних, соціальних, медичних та наукових заходів для врахування вимог майбутніх та нинішнього поколінь в інтересах як суспільства в цілому, так і особистості (людини), збереження гуманітарного потенціалу української нації.

Підвищення реальної доступності медичної допомоги для всіх його прошарків, покращення здоров'я населення є ключовою метою державної політики в сфері охорони здоров'я. Збереження і поліпшення здоров'я забезпечує покращення економічно значущих якісних показників населення, продовження активного працездатного періоду життя громадян та більш повне використання наявних можливостей особи [10].

Виділяють наступні критерії визначення меж сфери державного сектора в охороні здоров'я:

співвідношення витрат на надання безоплатної для населення медичної допомоги з втратами, які нестиме суспільство в разі її відсутності;

економічні можливості держави та рівень добробуту населення.

При формуванні завдань державного регулювання в сфері охорони здоров'я враховуються два аспекти: вдосконалення механізмів управління та вирішення політичних завдань за допомогою регуляторних заходів. Досягнення економічних та соціальних цілей формують політичний аспект завдань державного регулювання, який стосується окремих політичних інтересів та завдань суспільства, базується на системі цінностей, прийнятій у суспільстві, та має нормативний характер за своєю природою.

Спільними для всіх сучасних країн соціально-політичними проблемами охорони здоров'я є соціальна солідарність шляхом забезпечення через посередництво системи соціального медичного страхування, національної служби охорони здоров'я; рівноправний та справедливий доступ до охорони здоров'я; забезпечення безпеки продуктів харчування, питної води, здорових та безпечних умов праці; економічність через забезпечення фінансово обґрунтованих витрат на охорону здоров'я; індивідуальний вибір у сфері охорони здоров'я постачальника послуг; освіченість та інформованість населення щодо проблем охорони здоров'я.

Механізми управління охороною здоров'я відображають складність взаємовідносин між надавачами послуг та мають змішану природу. Заходи, маючи переважно технічний характер, спрямовані на більш раціональне та ефективне використання матеріальних та людських ресурсів. До них можна віднести регулювання: доступу хворих до послуг (у тому числі шляхом запровадження відповідної податкової політики); ефективності та якості (співвідношення ефективності послуг та вартості тощо); поведінки платників (розробка планових ринків для лікарняних служб, встановлення в державному секторі цін на медичні послуги тощо); поведінки постачальників (регулювання лікарняних позик, перетворення лікарень у державні підприємства, взаємодія між службами первинної допомоги та лікарнями); ринку медикаментів (контроль за прибутком, встановлення орієнтовних цін); діяльності медичних працівників та лікарів (встановлення заробітної плати, вимог ліцензування тощо) [11].

Держава, регулюючи ринок медичної галузі, виконує такі дві функції: соціальну та економічну. Суть першої полягає в забезпеченні справедливості та доступності для всього населення, незалежно від рівня доходів громадян та статусу. Також, державні дії направлені на рішення таких проблем, як епідемії та масові захворювання, які можуть привести до порушення стабільності в суспільстві.

Економічна функція полягає у забезпеченні конкуренції між надавачами медичних послуг, вдосконаленні системи ліцензування та акредитації медичних установ, забезпеченні якісного рівня медичного обслуговування, використанні податкових інструментів при регулюванні підприємницької діяльності.

Функція контролю, застосування адміністративно-господарських санкцій, функція управління, яка реалізується через прямі та непрямі засоби, є правовою основою державного регулювання [12]. Статтею 12 Господарського Кодексу України визначено патентування, сертифікацію, ліцензування, стандартизацію основними засобами адміністративного регулювання [13].

Держава, органи державного управління, уповноваженні державою установи виступають суб'єктами правового регулювання. Складовими частинами правового регулювання в сфері охорони здоров'я є правове регулювання здійснення права на охорону здоров'я та правове регулювання організації охорони здоров'я. Послідовний та органічний розвиток обумовлений взаємовизначеністю та взаємозв'язком цих складових [14].

В умовах реформування галузі створення правової основи економічних відносин з врахуванням надмірності функцій держави з гарантування медичної безоплатної допомоги для забезпечення стійкої системи забезпечення права на здоров'я, створенні правової основи комплексних засобів правового характеру є основними функціями державного регулювання охорони здоров'я України [15].

Отже, державне регулювання сфери охорони здоров'я – це цілеспрямована діяльність владних структур, яка полягає в розподілі державних ресурсів для реалізації державної політики соціально-економічного розвитку, спрямована на підтримку стабільності, і яка в умовах реформування разом з

організаційними та адміністративно-правовими методами повинна приділяти найбільшу увагу соціальним і економічним методам. [1].

Законодавство є ключовою категорією інструментів державного регулювання, яка передбачає від суб'єктів суспільних відносин обов'язкове виконання рішень держави [16]. Серед головних нормативно-правових актів в галузі охорони здоров'я можна виділити Конституцію України [17]; Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313 [19]; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [18]; указ Президента України від 30 листопада 2005 р. №1674/2005 «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні» [21]; указ Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [20]; Програма діяльності Кабінету Міністрів України «Подолання впливу світової фінансово-економічної кризи та поступальний розвиток» [23]; указ Президента України від 14 лютого 2006 р. №132/2006 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 р. «Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами» [22]; та ін.

Статті 43-50 Конституції України визначають підходи до формування державної політики у сфері охорони здоров'я [17]. Статтею 13 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України. Верховна Рада України визначає державне управління у галузі охорони здоров'я через визначення головних завдань, цілей, принципів, напрямів, пріоритетів охорони здоров'я, закріплення законодавчих та конституційних основ галузі, формування системи відповідних фінансових, кредитно-фінансових, митних і ін. регуляторів, затвердження переліку цільових та комплексних загальнодержавних програм охорони здоров'я, встановлення об'ємів та нормативів бюджетного фінансування [18].

Органи місцевого самоврядування та органи виконавчої влади забезпечують реалізацію державного управління у сфері охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України, Кабінет Міністрів України, державні місцеві адміністрації (відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій) входить до системи органів державного управління охороною здоров'я.

Кабінет Міністрів України створює правові, економічні, організаційні механізми, стимулюючи ефективну діяльність у даній галузі; організує здійснення та розробку цільових та комплексних програм; координує міжнародну співпрацю та укладає міжурядові угоди з питань охорони здоров'я, здійснює в межах своєї компетенції інші, покладені на органи виконавчої влади, повноваження.

Міністерство охорони здоров'я є центральним, спеціально уповноваженим органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я. Його компетенція визначена Положенням про Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), затвердженим Указом Президента України від 24 липня 2000 р. [24]. Основні завдання МОЗ України наведені на рис.1.1.

МОЗ реалізує державну політику України у здоров'яохоронній сфері. Його діяльність спрямована на досягнення таких стратегічних цілей:

- підвищення якості надання медичної допомоги, забезпечення рівного доступу до медичних послуг;

- формування умов для стабільного розвитку системи охорони здоров'я на довгострокову перспективу;

- піднесення в суспільстві престижу медичної професії, відновлення у діяльності медичного працівника високих етичних, моральних, професійних принципів ;

- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя;

- проведення цілеспрямованої роботи з подовження середньої очікуваної тривалості життя.

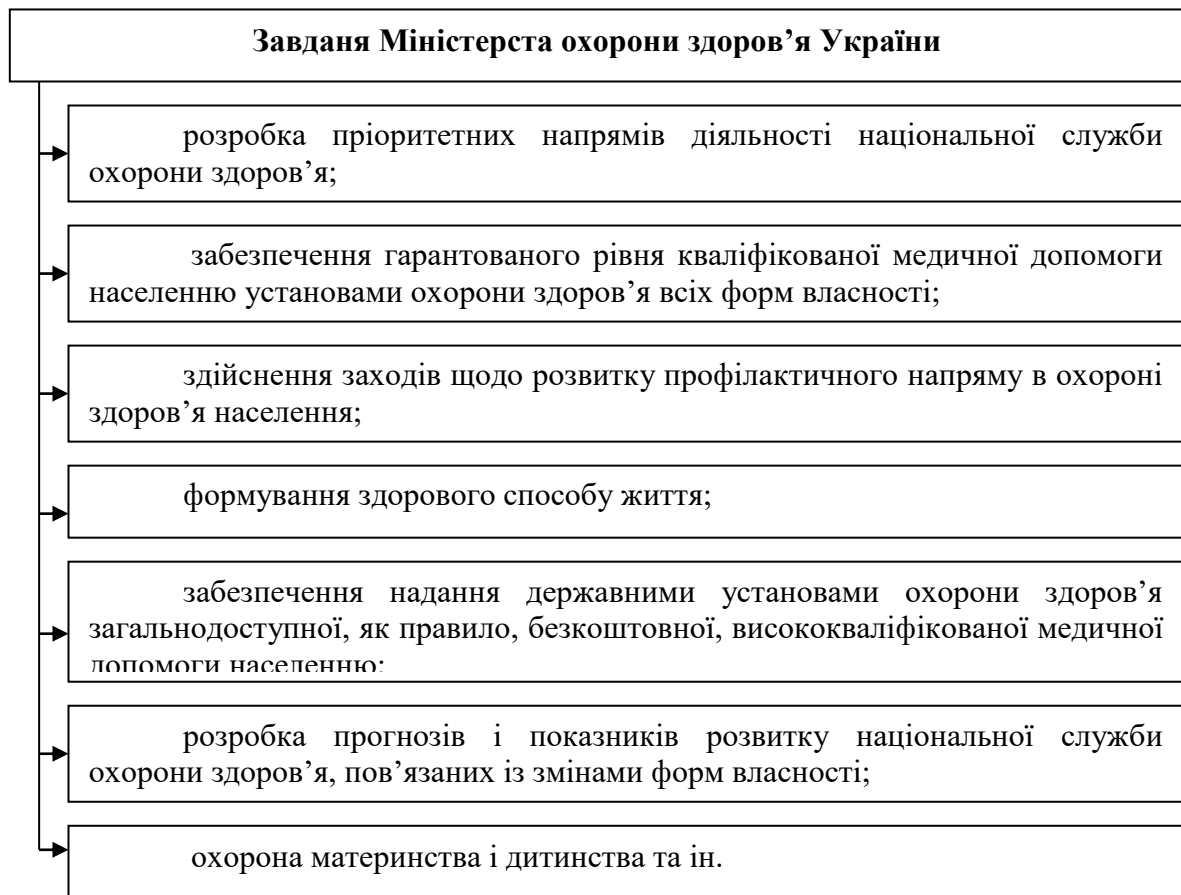


Рисунок 1.1. – Завдання Міністерства охорони здоров'я України .

Довгострокові пріоритети МОЗ України стосуються досягнення стабільного й повноцінного фінансового забезпечення галузі; підвищення ефективності та якості надання медичних послуг шляхом їх стандартизації; створення єдиного медичного простору [16].

Місцеві державні адміністрації здійснюють загальне законодавче забезпечення та керівництво установами охорони здоров'я (генезис, розвиток, проблеми та перспективи вдосконалення).

Органи які мають в своєму веденні установи охорони здоров'я також виконують державні функції у цій сфері. До них відносяться Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Міністерство транспорту України.

Лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, санаторно-курортні, фізкультурно-профілактичні, науково-медичні, аптечні, та інші заклади охорони здоров'я забезпечують безпосередню охорону здоров'я населення. До

таких установ можна віднести: поліклініки, лікарні, пологові будинки, спеціалізовані диспансери, станції швидкої медичної допомоги, санітарно-епідеміологічні центри, медико-санітарні частини організацій та установ, ін. Лікарні є базовою ланкою практичної медицини.

Держава є повноцінним суб'єктом на ринку охорони здоров'я, вона забезпечує організацію та фінансові надходження в цю галузь. Таким чином, сьогодні державне регулювання є невід'ємною частиною діяльності уряду будь-якої країни, є тим самим механізмом, який буде забезпечувати ефективне економічне зростання

Таким чином, державне регулювання галузі охорони здоров'я – діяльність держави та органів державної влади, направлена на застосування адміністративних засобів впливу на поведінку не господарюючих та господарюючих суб'єктів, забезпечення публічних інтересів. До функцій державного регулювання галузі відносять: функція контролю, функція управління, функція застосування адміністративно-господарських санкцій.

## **1.2 Організація надання екстреної медичної допомоги**

У світі державне управління охороною здоров'я є одним з пріоритетних напрямів державної політики, адже базовими показниками для будь-якої країни є здоров'я та турбота про життя. Якість робочої сили, її продуктивність та ефективність виробництва залежить від здоров'я населення.

Охорона здоров'я – один із головних чинників національної безпеки, який визначає життєдіяльність суспільства. Системою заходів, спрямованих на забезпечення розвитку та збереження психологічних та фізіологічних функцій, соціальної активності людини та оптимальної працездатності в умовах біологічної максимально можливої тривалості життя, називають охороною здоров'я. В Основах законодавства України про охорону здоров'я визначені принципи охорони здоров'я громадян (рис.1.2.).

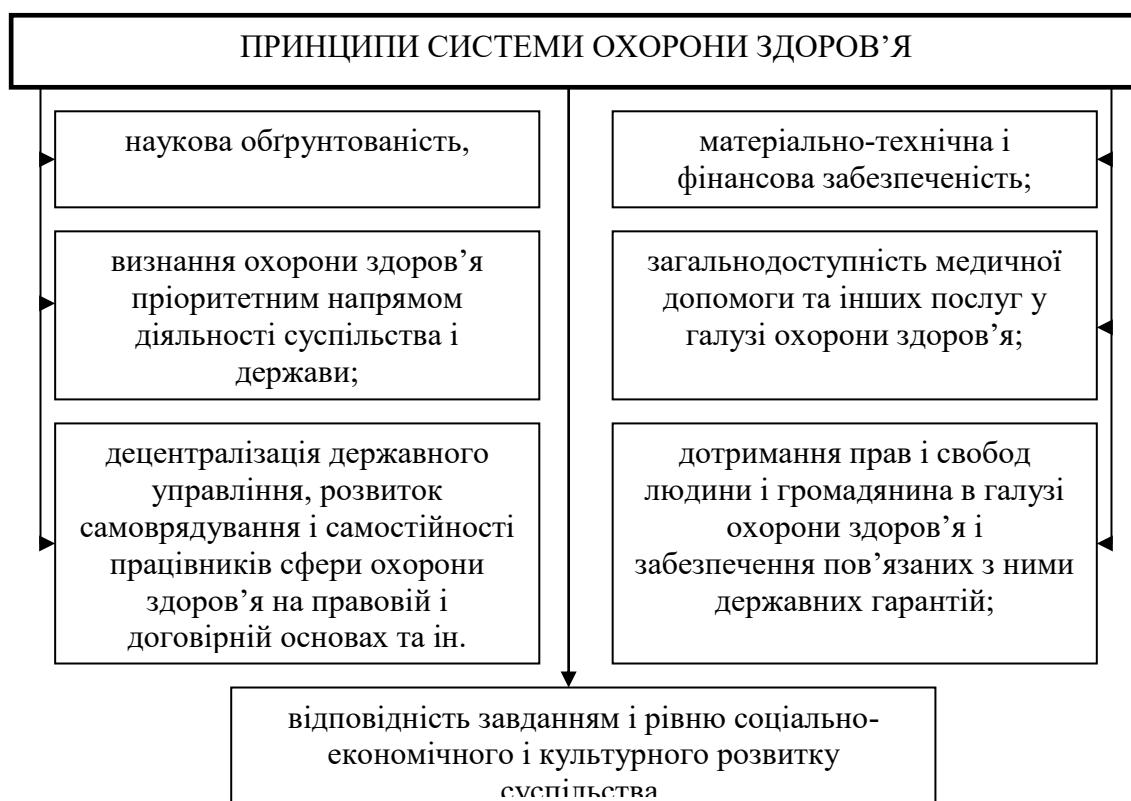


Рисунок 1.2. – Принципи системи охорони здоров'я

Екстрена медична допомога представляє собою вид медичної допомоги, що передбачає ряд лікувальних, діагностичних, організаційних заходів з надання своєчасної медичної допомоги пацієнтам та потерпілим, які перебувають у невідкладних станах [25].

Невідкладний стан людини – це раптове погіршення психічного або фізичного здоров'я внаслідок травми, хвороби, отруєння, зовнішніх або внутрішніх чи причин, яке становить невідворотну та пряму загрозу здоров'ю та життю оточуючих людей.

Звернення щодо пацієнта у невідкладному стані, що супроводжується: судомами, непритомністю, раптовим болем у ділянці серця, раптовим розладом дихання, гострим болем у черевній порожнині, блюванням кров'ю, ознаками гострих інфекційних захворювань, зовнішньою кровотечею, гострими психічними розладами, або усіма видами травм (переломи, вивихи, поранення опіки, тяжкі забої, травми голови), ураженням електричним струмом, блискавкою, переохолодженням, асфіксією, тепловими ударами, всіх видів

(утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи), отруєннями, ушкодженнями (аварії на виробництві, дорожньо-транспортні пригоди, стихійні лиха тощо), укусами змій, павуків, тварин, порушенням нормального перебігу вагітності (кровотеча, передчасні пологи, тощо), а також транспортування пацієнтів, які потребують термінової госпіталізації в лікувальний заклад, відносять до категорії екстрених.

До основних завдань системи екстреної медичної допомоги можна віднести:

під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та виникнення надзвичайних ситуацій забезпечення та організація надання безоплатної, доступної, якісної та своєчасної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків;

медико-санітарний супровід масових заходів;

під час виникнення та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади .

Основу функціонування системи екстреної медичної допомоги становлять цілодобове та оперативне реагування на виклики екстреної медичної допомоги; постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги; безпечність та доступність екстреної медичної допомоги, її якість, пріоритетність, своєчасність; регіональна територіальність; безперервність та послідовність екстреної медичної допомоги, її відповідність єдиним вимогам .

Екстрена медична допомога за найвищими стандартами має бути доступною для кожної людини за необхідністю. Це вимагає відповідної системи заходів з медичної допомоги для всіх людей, чиє життя раптово опинилося під загрозою, концепції надання догоспітальної, госпітальної та міжгоспітальної екстреної медичної допомоги.

На сьогодні у світі існує міжнародна класифікація екстреної медичної допомоги, яка поділяється на такі групи: Basic Life Support, Immediate Life

Support, Advance Life Support, Advance Trauma Life Support, Advance Cardiac Life Support, Pediatric Advance Life Support (табл.1.1).

Таблиця 1.1 – Класифікація екстреної медичної допомоги

| Вид                            | Характеристика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Basic Life Support             | Базова підтримка життєдіяльності – комплекс заходів для підтримки або відновлення життєдіяльності організму в позалікарняних умовах, а також до прибуття бригади;                                                                                                                                                                                             |
| Immediate Life Support         | Надання невідкладної медичної допомоги при станах, які загрожують життю людини, черговим лікарем лікарні (лікарем БЕ(Ш)МД, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, в т. ч. стоматологічної, приватного стоматологічного кабінету, аптеки лікувальної установи) до прибуття фахівців спеціалізованої реанімаційної допомоги; |
| Advance Trauma Life Support    | Це професійне кваліфіковане надання невідкладної медичної допомоги при різних травмах як на догоспітальному, так і на ранньому госпітальному періодах (головним чином, надають лікарі, рідше медичні сестри, парамедики);                                                                                                                                     |
| Advance Life Support,          | Це спеціалізовані реанімаційні заходи, які виконують медики та парамедики із застосуванням відповідної апаратури, медикаментів, інструментарію на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах;                                                                                                                                                           |
| Advance Cardiac Life Support   | Надання професійної спеціалізованої екстреної медичної допомоги при серцево-судинній патології (надають лікарі, медичні сестри, парамедики);                                                                                                                                                                                                                  |
| Pediatric Advance Life Support | Надання професійної екстреної медичної допомоги дітям (здійснюють лікарі, медичні сестри, парамедики).                                                                                                                                                                                                                                                        |

Організація надання екстреної медичної допомоги в Україні проводиться за допомогою формування центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з мережею його відділень, станцій, підстанцій та пунктів постійного або тимчасового базування екстреної медичної допомоги у кожному регіоні з розрахунку забезпечення взаємодії станцій з закладами охорони здоров'я та виконання нормативу прибуття бригад в не більш як 20 хвилин до пацієнта.

У 2012 році був прийнятий та набрав чинності Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» із змінами, внесеними Законом № 333-VII від 18.06.2013. Закон визначає засади створення, функціонування й розвитку системи екстреної медичної допомоги та організаційно-правові засади забезпечення екстреною медичною допомогою громадян України та інших осіб у тому числі під час виникнення ліквідації або виконання надзвичайних ситуацій (ДОДАТОК А).

Закон став основним у реформуванні служби екстреної медичної допомоги та зобов'язує надання двох етапної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах, створення медицини катастроф та регіональних центрів екстреної медичної допомоги (ТЦЕММК), станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (БЕ(Ш)МД), відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги в багатoproфільних лікарнях, а також забезпечує організацію госпітальних округів, перепрофілювання закладів із вторинною (спеціалізованою) допомогою та інше.

Контроль за виконанням на госпітальному та догоспітальному та етапах протоколів надання екстреної медичної допомоги, забезпечення умов для своєчасного надання допомоги, є основою Управління системою екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (МК). Екстрена медична допомога в Україні складається з багатьох важливих елементів (Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, багатoproфільних лікарень, відділень та ін.), які створюють систему служби (ДОДАТОК Б).

Система екстреної медичної допомоги адміністративно-територіальної одиниці визначена ч.1 1ст. 5 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» включає наступних суб'єктів: відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги, одиниця станції швидкої (екстреної) медичної допомоги, Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф [26].

Таблиця 1.2 – Система екстреної медичної допомоги адміністративно-територіальної одиниці

| Суб'єкт                                                 | Характеристика                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф | Заклад охорони здоров'я, основне завдання якого – забезпечення організації та надання екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці (стаття 7 Закону України «Про екстрену медичну допомогу») [26]. |
| Оперативно-диспетчерська служба                         | Забезпечує у цілодобовому режимі: прийняття, формування та передачу інформації про виклики екстреної медичної допомоги;                                                                                                                           |

## Продовження табл.1.2

| 1                                                     | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | інформаційну підтримку та координацію дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги і закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги.<br>станція екстреної (швидкої) медичної допомоги, основне завдання якого – забезпечення постійної готовності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги до надання екстреної медичної допомоги у цілодобовому режимі та координація їх діяльності з оперативно-диспетчерською службою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на території відповідної адміністративної одиниці (стаття 9 Закону України «Про екстрену медичну допомогу»)[26]. |
| Одиниця станції екстреної (швидкої) медичної допомоги | Надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до (пункт 1 частини першої статті 1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [26])                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги | Режимі забезпечується надання екстреної медичної допомоги (пункт 3 частини першої статті 1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [26]).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні здійснюють на таких рівнях: домедична допомога; долікарська медична (догоспітальна) допомога; лікарська медична (догоспітальна) допомога (рис.1.3.).



Рисунок 1.3. – Рівні надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні

Особи, зобов'язані надавати домедичну допомогу людині в невідкладному стані: працівники державної пожежної охорони, рятувальники аварійно-рятувальних служб, фармацевтичні працівники, працівники підрозділів та органів поліції, бортпровідники, провідники пасажирських вагонів, особи, які повинні володіти практичними навичками зі збереження та рятування життя людини не за своїми службовими обов'язками, але не мають медичної освіти.

Діапазон дій з надання домедичної допомоги передбачає три основні групи заходів:

1) негайне припинення дії зовнішніх шкідливих факторів (електричного струму, високих та низьких температур, стискання постраждалого важкими предметами) із дотриманням особистої безпеки та евакуація постраждалих із вищеперерахованих несприятливих умов, в які вони потрапили (з пошкодженого транспортного засобу, води, приміщення, що горить або в якому накопичилися отруйні гази);

2) надання домедичної допомоги постраждалим залежно від характеру та виду травми, нещасного випадку або захворювання, що виникло зненацька (зупинка кровотечі, штучне дихання, непрямая компресія грудної клітки, накладання пов'язки на рану тощо);

3) організація швидкого транспортування хворого або постраждалого до лікувального закладу.

Долікарську медичну (догоспітальну) допомогу – здійснюють фельдшерські служби швидкої медичної допомоги. За кордоном таку допомогу надають переважно парамедики – особи з медичною освітою 1-2 рівня акредитації чи без неї, які діють згідно з прийнятими алгоритмами при наданні медичної допомоги. Парамедицина надзвичайно розповсюджена в більшості країн світу і виявилася досить ефективною за рахунок чіткої організації та своєчасності надання медичної допомоги.

Лікарську медичну (догоспітальну) допомогу – надають лікарські бригади, які мають у своєму розпорядженні необхідну апаратуру, інструментарій, медикаменти тощо та володіють теоретичними знаннями і

практичними навичками з надання кваліфікованої екстреної догоспітальної медичної допомоги. Типовий склад лікарської бригади: лікар, фельдшер, медична сестра, водій. Лікар є керівником бригади, йому підпорядковуються всі працівники та саме він несе персональну відповідальність за її роботу. В приміщенні станцій, підстанцій, пунктах тимчасового або постійного перебування, відділень, розташовуються бригади. З урахуванням необхідності виконання нормативу прибуття бригад на місце події керівником Центру визначається робоче місце бригади.

Відповідно до цього Закону до Працівників системи екстреної медичної допомоги відносять:

медичні працівники станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, центрів медицини катастроф та екстреної медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, які безпосередньо забезпечують та надають екстрену медичну допомогу [26];

немедичні працівники станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, центрів медицини катастроф та екстреної медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, які гарантують організаційно-технологічне забезпечення системи екстреної медичної допомоги.

Центральним органом виконавчої влади, який забезпечує реалізацію та формування державної політики у сфері охорони здоров'я, визначаються кваліфікаційні вимоги до медичних працівників системи екстреної медичної допомоги. В табл. 1.3 наведено перелік основних знань і професійних умінь випускника вищого медичного навчального закладу України в напрямку екстрена та невідкладна медична допомога.

Для потреб системи екстреної медичної допомоги підвищення кваліфікації за державним замовленням, перепідготовка, підготовка медичних працівників забезпечується центральним органом виконавчої влади, який

забезпечує реалізацію та формування державної політики у сфері охорони здоров'я, у сфері освіти і науки відповідно до закону.

Таблиця 1.3 – Перелік основних знань і професійних умінь випускника вищого медичного навчального закладу України в напрямку екстрена та невідкладна медична допомога

| Шифр та назва типової задачі діяльності                   | Зміст уміння                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Діагностування невідкладних станів                     | За будь-яких обставин (вдома, на вулиці, у лікувальній установі та ін.), в умовах нестачі інформації та обмеженого часу, використовуючи стандартні методики огляду та дані можливого анамнезу, знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини встановити діагноз |
| 2. Визначення тактики надання екстреної медичної допомоги | За будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі діагнозу невідкладного стану в умовах обмеженого часу за допомогою стандартних схем, визначити тактику надання екстреної медичної допомоги.                                           |
| 3. Надання екстреної медичної допомоги                    | За будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі діагнозу невідкладного стану в умовах обмеженого часу згідно з визначеною тактикою, використовуючи стандартні схеми, надавати екстрену медичну допомогу                               |

Фізична особа, яку взяли під варту чи позбавили волі, іноземець, громадянин України, особа без громадянства має право здійснювати виклик екстреної медичної допомоги.

Звернутися з проханням надати транспортний засіб для перевезення людини у невідкладному стані до закладу охорони здоров'я, у якому може бути надана необхідна медична допомога або найближчого закладу охорони здоров'я, має право будь-яка особа, яка знаходиться у невідкладному стані.

З моменту прибуття до відділення пацієнта, який потребує невідкладної допомоги, медичні працівники відділення екстреної медичної допомоги зобов'язані надати екстрену медичну допомогу пацієнту. За несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги або відмову в госпіталізації пацієнта без

поважних причин передбачена відповідальність (дисциплінарна, адміністративна, кримінальна, цивільно-правова), за:

необґрунтовану відмову у наданні домедичної допомоги на місці події або ненадання її без поважних причин ;

необґрунтовану відмову у наданні необхідної медичної допомоги на місці події та її ненадання без поважних причин;

необґрунтовану відмову у здійсненні безоплатного перевезення людини у невідкладному стані до найближчого відділення екстреної медичної допомоги або ненадання наявного транспортного засобу без поважних причин;

створення перешкод у її наданні екстреної медичної допомоги або несвоєчасне її надання ;

невиконання без поважних причин розпоряджень бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф щодо необхідності надання невідкладної медичної допомоги пацієнту;

необґрунтовану відмову у прийнятті та передачі викликів екстреної медичної допомоги (стаття 15 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [26]).

Відповідно до бюджетного законодавства за рахунок бюджетних коштів здійснюється фінансове забезпечення системи екстреної медичної допомоги. Для розвитку та поліпшення матеріально-технічної бази системи екстреної медичної допомоги можуть залучатися добровільні пожертвування об'єднань громадян та благодійних організацій, юридичних та фізичних осіб, кошти установ, організацій, підприємств незалежно від форми власності і господарювання, якщо інше не заборонено законом.

Таким чином, екстрена медична допомога – медична допомога, яка передбачає реалізацію відповідно до закону медичними працівниками невідкладних лікувальних, діагностичних, організаційних заходів, які направлені на збереження та врятування життя людини у невідкладному стані, та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на збереження генофонду українського народу, поліпшення якості життя, підвищення рівня здоров'я. Реалізація державної політики забезпечить створення умов для формування здорового способу життя, запровадження нових ефективних механізмів управління та фінансування галуззю, доступність кожному громадянину України кваліфікованої медичної допомоги .

Діяльність закладів охорони здоров'я, динаміка стану здоров'я населення, а також політична та соціально-економічна ситуація в країні, є стратегію розвитку охорони здоров'я в Україні 16].

## РОЗДІЛ 2

### ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1 Міжнародний досвід формування та реалізації державної політики управління сферою охорони здоров'я

Для подальшого впровадження в повсякденну діяльність та удосконалення організація надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) потребує вивчення досвіду розвинених країн.

Залежно від принципів роботи, в різних країнах світу, визначають два основні підходи до організації надання ЕМД: англо-американський та німецько-французький (рис.2.1.) [27].

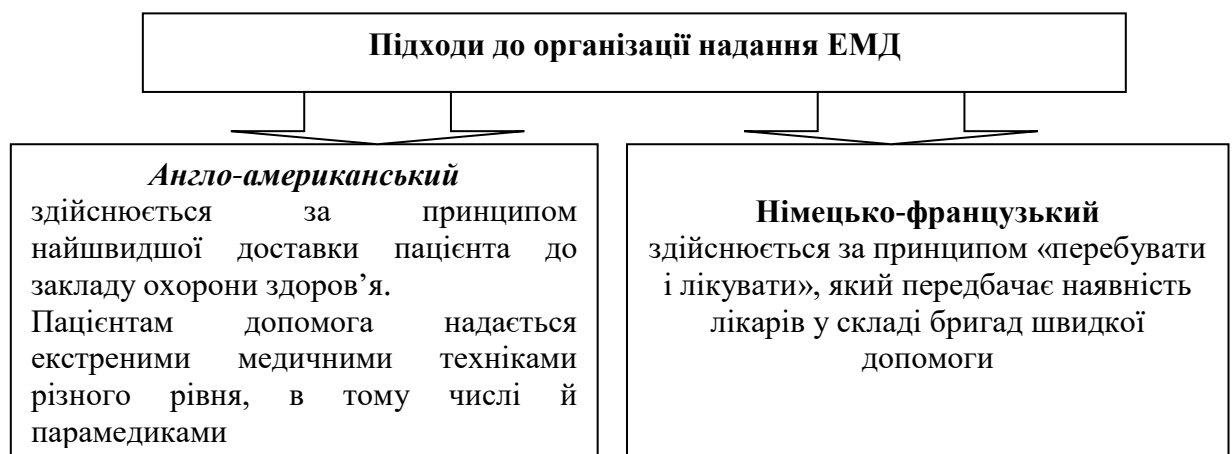


Рисунок 2.1. – Підходи до організації надання ЕМД

Більшість країн світу приймають компромісні рішення для того, щоб забезпечити ефективну догоспітальну допомогу, залишаючись у рамках бюджету і потенціалу інфраструктури, що вже існує. У країнах, в яких існують ці системи, вони змінюються в бік ефективного надання медичної допомоги. Так, наприклад у деяких штатах США на окремі випадки, залежно від ступеня тяжкості захворювання, можуть виїжджати лікарі. Лікарі, які спеціалізуються на невідкладних станах, працюють на станціях повітряної екстреної медичної допомоги Великої Британії й Австралії.

Охорона здоров'я в Польщі носить державний характер і за принципами своєї організації не відрізняється від охорони здоров'я інших колишніх країн СНД. Службою охорони здоров'я республіки керує Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, а відділ швидкої медичної допомоги (ШМД) міністерства і відповідні підлеглі цьому відділу місцеві адміністративні одиниці відають службою ШМД Польщі.

Станції швидкої медичної допомоги в Польщі розрізняються по типу, який визначається масштабом її діяльності, числом контингенту, що обслуговується. Існує декілька видів станцій швидкої медичної допомоги – обласні, районні і міські. Обласну станцію очолює керівник, який виконує обов'язки інспектора і керівника служби швидкої медичної допомоги по області. При обласних станціях звичайно є свій стаціонар з ліжковим фондом до 60 місць, кабінетом для огляду хворих, лабораторією і т.д. Стаціонар служить для тимчасової (3-4 дні) госпіталізації або для уточнення неясних і сумнівних діагнозів. Є також амбулаторія для надання швидкої медичної допомоги хворим, які приходять самі.

При обласних станціях існують крім лінійних, спеціалізовані бригади: реанімаційні, кардіологічні, травматологічні, а також бригади для надання швидкої медичної допомоги при масових катастрофах. У зв'язку з хімізацією всіх галузей народного господарства Польщі, а також масовим вживанням різних побутових хімічних засобів постійно росте число отруєнь. Так, число випадків гострих отруєнь в Польщі складає близько 300 000 в рік. Тому при станціях швидкої медичної допомоги є також токсикологічні бригади.

Міські станції швидкої медичної допомоги по своїй структурі і організації схожі з обласними станціями. На міських станціях також є спеціалізовані бригади. Наймогутнішою з міських станцій є служба ШМД у Варшаві, в яку входять центральна станція швидкої медичної допомоги і 7 підстанцій. Одночасно працюють 50 машин швидкої медичної допомоги.

Районні станції ШМД прикріплені, як правило, до районних лікарень або районних поліклінік. Проте, якщо районні станції функціонують самостійно, то

вони мають амбулаторію, що складається з хірургічного і терапевтичного кабінетів, рентгенівського, ЕКГ відділень і лабораторій. Стаціонарів районні станції, як правило, не мають. Радіус обслуговування станцій 30-50 км.

Для поліпшення роботи служби швидкої медичної допомоги між станціями, санітарними машинами і приймальними відділеннями лікарень налагоджений радіотелефонний зв'язок, для більшої можливості термінового виклику машини збільшена норма числа телефонних апаратів на станціях: при обслуговуванні контингенту до 100 тис. населення на станції є 2 апарати, при контингенті 100-150 тис. – 3-9 апаратів.

Підвищення кваліфікації лікарів швидкої медичної допомоги проводиться на спеціальних курсах в Інституті удосконалення лікарів у Варшаві, а також організовуються семінари на станціях ШМД і практична робота лікарів в приймальних відділеннях лікарень.

Міністерство внутрішніх справ та Міністерство суспільної охорони здоров'я Бельгії у 1958 р. на основі координації дій започаткували для виклику екстреної медичної допомоги користування єдиним номером 900. Держава, яка організовує екстрене транспортування пацієнтів в лікарню, надання першої допомоги на місцях, служби єдиного виклику, є відповідальною за організацію невідкладної медичної допомоги.

Надісланий виклик за номером 900 реєструється в одному з 16 центрів швидкої медичної допомоги. В Центрах наявні приймально-передаючі пристрої, які пов'язані із пересувними та стаціонарними радіостанціями. В межах даного центру для всіх машин швидкої медичної допомоги дана радіочастота центру є загальною. Усередині кожного центру виклику шлях машин швидкої медичної допомоги координує частота хвилі номера 900. Для зв'язку з лікарнями кожний центр має свою особливу частоту хвилі. Загальною для всіх приймаючих та пересувних станцій (цивільна оборона та служба пожежної охорони) станцій є також національна частота «І» (166,440 мГц).

Загальною для всієї країни є національна частота швидкої допомоги допомоги «І», яка у разі масових катастроф призначена для зв'язку при

транспортуванні на тривалі відстані хворих та постраждалих, зв'язку між різними центрами. Частота станції швидкої медичної допомоги, частота «900», національна частота «І» пов'язані з більшістю університетських клінік та з 12 лікарнями, які підтримують постійний контакт з машинами хірургічної невідкладної медичної допомоги, реанімаційними машинами, машинами «900».

Дані про кров'яний тиск, електрокардіограма (ЕКГ), окремі медичні дані можливо передати на базову станцію за допомогою радіотелефонного зв'язку. Для аналізу та реєстрації функціональних показників дихання, серця забезпечені телеметричними установками деякі реанімаційні машини. Введено відбірковий виклик, який дозволяє увійти з бажаною станцією до контакту. З метою вжиття необхідних заходів для прийому потерпілого про прибуття машини швидкої медичної допомоги інформують лікарню наперед. Після одержання диспетчером центру швидкої медичної допомоги виклику номер телефону абонента автоматично реєструються та зберігається інформація про час повідомлення по телефону.

Для оцінки тяжкості та характеру захворювання або травми диспетчером використовується спеціальна діалогова система. Лікар по виклику надає першу допомогу хворому на місці. У разі необхідності транспортування постраждалого, диспетчер негайно попереджує близько розташовану державну або приватну службу невідкладної медичної допомоги, в районі якої знаходиться машина. Диспетчер вказує найближче розташовану лікарню та вказує точне місцезнаходження потерпілого або хворого.

ШМД Бельгії налічує 476 машини (з них 269 пожежників, 58 приватних, 13 комунальної служби, 45 товариства Червоного Хреста, 58 машин організації CPAS, 33 приватних лікарень). Для Люксембурга характерний показник в 12,2% на 1000 населення (найбільший відсоток машин).

Стандартні машини укомплектовані: пристрій для транспортування при травмах хребта, матрацом, двома ношами, апаратом для кисневої реанімації і аспіраційним насосом. Крім стандартного устаткування в реанімаційній машині наявний електрокардіограф, перев'язувальний матеріал, дефібрилятор, монітор.

Тільки 20 з 42 реанімаційних машин використовуються з повним устаткуванням більш менш систематично .

Основними проблемами при транспортуванні хворого в одну з 196 лікарень згідно списку «900» є кваліфікація персоналу машини невідкладної медичної допомоги та середня віддаль транспортування. Враховуючи середню швидкість руху 60 км/ч тривалість транспортування складатиме 7-15 хв. на відносно невелику відстань 7-15 км. На відстань 10-20 км і більш перевозять хворого в 10% випадків із загальної кількості звернувшись в Люксембурзі. Збільшує тривалість транспортування хворих той факт, що іноді транспортна служба розташована далеко від лікарень. Вирішенням проблеми є поліпшення розташування парку машин.

Реканімаційні машини швидкої медичної допомоги знаходяться на диспетчерському пункті в лікарні, очікуючи викликів по радіозв'язку. В стаціонарній реанімаційній службі з медичним постом нагляду системі радіозв'язку існує система «стрічних викликів».

Процес направлення на місце події машин швидкої медичної допомоги займає близько 80% звичної діяльності пожежних служб. Необхідність підвищення кваліфікації персоналу, удосконаленні його підготовки обумовлені зростаючим значенням медичних перевезень, різноманітністю та комплектністю випадків травм. Тривалість навчання в сучасних умовах становить 20 годин, але в перспективі даний термін збільшиться до 20 годин проходження практики та до 60 годин теорії з періодичністю проведення – кожні 5 років.

Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення є найвищим органом охорони здоров'я Франції. Відповідно до урядових декретів при великих лікарнях була створена мережа служби ШМД. SAMU – пересувні служби швидкої медичної допомоги – створені в Тулузі, Монпельє, Бордо, Ам'єні, Лонжюмо. Н теперішній час з'явилися служби реанімації, більш сучасною стала техніка. SAMU створюються на рівні департаментів та регіонів країни.

Служби швидкої медичної допомоги в головних містах департаментів та з центрами в Парижі відіграють керівну роль в організації SAMU. До складу SAMU входять приміщення для прийому потерпілих та хворих, оперативна частина (пересувні засоби, секретаріат для прийому викликів, чергове приміщення, вертолітна станція), реанімаційного відділення. В розпорядженні SAMU знаходяться мобільні реанімаційні бригади та диспетчерські служби. Для кожного SAMU передбачено постійний лікар-диспетчер, санітарний персонал, комутатор. До функціональних обов'язків стаціонарного персоналу входять обслуговування відділення невідкладної медичної допомоги, телефонного комутатору, технічного відділення.

Реалізація медичної координації досвідченим лікарем-диспетчером є важливим аспектом при транспортуванні хворих з однієї лікарні в іншу, а також для ухвалення рішень по наданню екстреної медичної допомоги. В розпорядженні SAMU знаходяться пожежно-саперної служби, поліція, суспільні та приватні санітари, лікарі приватного сектора. Налагоджений прямий зв'язок диспетчерської SAMU з бригадою саперів-пожежників, поліцією, спеціалізованими відділеннями лікарень, периферійними SAMU.

Частою практикою є надходження виклику для початку в поліцію. Поліція здійснює щорічно 110 000 виїздів з приводу нещасних випадків на будівництвах, дорогах, пожежах та ін. Для проведення важких та небезпечних заходів при аваріях, пожежах, на будівництвах існує спеціально оснащена саперно-пожежна бригада, яка знаходиться в тісній взаємодії поліцією. Пожежники в сучасних умовах здійснюють 3500-4000 виїздів в рік. До основ діяльності SAMU (на прикладі Парижа) відносять:

1. Прийом медичних викликів по одній (оператором) та двох лініях (лікарями-диспетчерами). Початкове регулювання входить до повноважень одного лікаря (виклики від міських лікарів, приватних осіб, пожежників, поліції, ін. SAMU). Забезпечення вторинного регулювання (надання допомоги по проханню авіакомпаній, Міністерства закордонних справ, прохання про

транспортування між приватними клініками, лікарнями) входить до повноважень другого лікаря.

З метою підтримки зв'язку з вертольотами, мобільними бригадами SMUR, транспортними засобами в своєму розпорядженні SAMU користується радіомережею на різних частотах.

## 2. Опрацювання викликів.

2.1. Здійснення координації діяльності машин мобільної служби SAMU, саперно-пожежної бригади, машин швидкої медичної допомоги та відправлення на виклик.

2.2. Інформація про вільні ліжка, що є в районі Париж, відображається на спеціальному табло в оперативному залі SAMU, яке також допомагає дізнатися про прийом хворих в різних відділеннях реанімації. На основі загальної угоди між лікарем-диспетчером, відповідальним лікарем, черговим лікарем спеціалізованого відділення ухвалюється рішення про госпіталізацію.

2.3. Інформація щодо подальшої участі хворих та викликів (ведення записаних на плівку та письмових даних, повідомлення лікуючому лікарю, статистика).

3. На випадок масової катастрофи прийняття участі в організації екстреної допомоги в департаменті.

4. Організація для практикуючих лікарів медичних рад, забезпечення інформацією про чергові медичні та фармацевтичні служби.

5. Забезпечення постійного навчання методам надання екстреної медичної допомоги студентів, лікарів, шоферів-санітарів, медичних сестер, добровольців.

6. Інформування населення про правила поведінки та заходи профілактики при катастрофах.

Служба швидкої медичної допомоги в м. Тулузі є прикладом організації SAMU. Служба, створена при відділенні реанімації та анестезіології в лікарняному центрі, має 8 реанімаційних ліжок, секретаріат з радіотелефонним та телефонним зв'язком, систему передачі ЕКГ з машин для розшифровки в

SAMU, 20 діагностичних ліжок, машини швидкої медичної допомоги з відповідним медичним устаткуванням, кисневу палату на декілька ліжок, спеціальний вертолітний майданчик.

Через службу швидкої медичної допомоги у Франції щорічно проходять 2,5% населення (1,5 млн. чоловік). У Франції використовують 3 види транспорту для перевезення хворих та постраждалих: вертольоти, санітарні літаки, машини швидкої медичної допомоги. Пересувні служби SMUR використовують реанімаційні та легковагі машини швидкої медичної допомоги. Лікарі, які працюють на транспортних засобах SMUR, - найчастіше студенти-медики випускного курсу після проходження спеціальної підготовки та лікарі-анестезіологи, які проходять спеціалізацію по реанімації та анестезіології. Можуть бути використані для перевезення постраждалих машини поліції, пожежних бригад, транспортні засоби периферійних SAMU, машини санітарного транспорту муніципалітетів та приватних компаній з необхідним набором медикаментів.

До складу устаткування машин надання допомоги потерпілим та тяжкохворим входить кардіоскоп, респіратор, пристрій для аспірації та оксигенації, дефібрилятор, внутрішньовенні катетери, набір хірургічних інструментів, розчини для інфузії, зонди, кисневий балон. Зберігається устаткування в спеціальних кольорових чемоданах (червоний – циркуляція, голубий – вентиляція, помаранчевий – педіатрія, зелений – різне), що полегшує користування устаткуванням.

Вертольоти у розпорядженні жандармерії або легкої авіації наземної армії типа Alouette-1 і Alouette-2 використовуються переважно для перевезення хворих та постраждалих при порятунку потопаючих, автомобільних пробках на автомагістралях на відстані від 12 до 350 км. Базою їх стоянки є територія недалеко від лікарень прибуття на місце події займає протягом декількох хвилин. Рідше використовується авіація для міжнародного та міжрегіонального транспортуванні на відстань 1500-2000 км. Літаки оснащені необхідним

реанімаційним устаткуванням. Великий досвід санітарної евакуації на літаках має SAMU .

Спеціалізовані машини для кардіологічних хворих мають служби швидкої медичної допомоги в деяких містах Франції. Передача ЕКГ з реанімобіля у відділення реанімації ведеться за допомогою радіотелеметричного зв'язку. Дефібрилятори, електрокардіоскопи, стимулятори відносять до устаткування для серцево-судинної реанімації. Найчастіше ці три апарати об'єднано в компактну систему невеликого розміру і маси. Для лікування медикаментами з постійним введенням використовують портативний електричний апарат для вливань.

До складу устаткування машини SMUR в м. Монпел'є входить: набір для вимірювання центрального венозного тиску, електрокардіоскоп, кардіологічний реаніматор. Спеціальне устаткування для іммобілізації та фіксації хворих кінцівок включає: надувні шини, матраци, ремені, що вдавлюються, з швидкою фіксацією. Інше устаткування: перев'язувальний матеріал, інструменти для малої хірургії (трахеотомії, плеврального дренивання, і т.д.), шприци, зонди, набір медикаментів для лікарів-анестезіологів. Устаткування в м. Монпел'є для педіатричної допомоги включає: електрокардіоскоп, монітор, контролюючий температуру, серцевий ритм та дихання, кисневий підігрівач, автоматичний педіатричний респіратор, спеціальний набір для педіатричної реанімації.

Система охорони здоров'я Німеччини є за своєю суттю системою страхової медицини. Частково підприємці, в більшій мірі держава беруть на себе витрати по медичному обслуговуванню населення, як і в Франції, Сандінавських країнах. У Німеччині до надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі залучають неурядові (волонтерські організації), які забезпечують близько 95% потреб медичної служби. При цьому в країні також функціонують три типи бригад швидкої медичної допомоги, зокрема лікарські бригади, бригади парамедиків та бригади медичних техніків.

Негайне транспортування пацієнта в лікарню для надання кваліфікованої медичної допомоги є головним принципом діяльності служби ШМД. Пожежні

бригади на основі швидкості пересування визнані головними відповідальними для виконання функцій транспортної служби. Дану функцію виконують і добровільні організації (служба волонтерів Мальтійського ордена, Червоний Хрест, ін.). Спочатку виклик поступає до пожежників, які можуть звернутися в службу ШМД у разі потреби. 27% невідкладних викликів виконують професійні та добровільні пожежні команди, 68,5% - машини суспільства Червоного Хреста Німеччини. Лікарні зобов'язані приймати екстрених хворих та не мають відношення до транспортування хворих. В Гамбурзі, Кельні, Бремені, Мюнхені, Франкфурті-на-Майне професійні пожежні команди займаються організацією транспортування потерпілих та екстрених хворих.

На основі проведеного аналізу 10000 виїздів машин швидкої медичної допомоги в м.Франкфурті-на-Майне, площа якого становить 195 км<sup>2</sup>, доведено, що машина може прибути в будь-яке місце події після виклику в середньому через 7 хв. На 1 виїзд в середньому витрачається 28 хв. на середню протяжність маршруту 5-6 км. 10,4% від загальних викликів є помилковими; 2049 потерпілих в життєво небезпечному, підгострому стані з 3547 в доставлені живими в клініки.

Для вирішення проблеми транспорту в Німеччині застосовуються наземні засоби транспортування, вертольоти і літаки. Використання різноманітних повітряних засобів, починаючи від вертольотів, на борту яких можна помістити лише 2 потерпілих, закінчуючи реактивними літаками, є характерною особливістю використання різноманітних повітряних засобів в Німеччині. Вертоліт є найдорожчим засобом порятунку, але його ефективність покриває витрати. Для порівняння витрати на санітарів та лікарів – 200 000 марок в рік, вартість річної експлуатації літака при 600 годинах польоту в рік складає 450 000 марок. – 200 000 марок в рік. З організаціями соціального страхування та великими лікарняними касами укладені договори для оплати транспорту.

У Німеччині 3 вертольоти рятувальної служби Німеччини, 16 рятувальних вертольотів, 5 вертольотів Бундесверу, на випадок катастроф – 2 вертольоти Федерального міністерства внутрішніх справ здійснюють вильоти.

Алгоритм перевезення постраждалих в Німеччині за допомогою вертоліта наступний: для густонаселених районів і поблизу автомобільних доріг на місце події вертоліт посилається одночасно з машиною швидкої медичної допомоги. Перевагою вертольотів є прискорене, дбайливе, нетравматичне транспортування. За 10 хв. подолавши дистанцію в 40 км вертоліт може досягти будь-якого місця.

Багатоцільовий вертоліт типа ВО-105 використовується для рятувальної служби. Устаткування вертольота подібне до устаткування машини швидкої медичної допомоги, та містить: для реанімації (апарат штучного дихання, набір для інтубації, відсмоктування); для відновлення кровообігу (апарати для боротьби з шоком, розчини для вливань, медикаменти, перев'язувальний матеріал, особливо болезаспокійливі); на випадок катастроф (медичне устаткування для надання допомоги 8-10 особам). Серед недоліків вертолітної служби можна виділити: збільшення ступеня тяжкості стану пацієнтів при сортуванні хворих та посадці, збільшення загальної смертності постраждалих з травмами в лікарнях з 16 до 22%.

Поліцейські та пожежні машини, спеціалізовані машини швидкої медичної допомоги, машини приватно практикуючих лікарів відносяться до наземних засобів транспорту та активно використовуються на практиці. Є три типи машин швидкої медичної допомоги:

звичні (для перевезення) – «Кранкенваген»

парамедичні (некваліфікована допомога) – «Реттунгсваген»

«Нотарцтваген» - машина з лікарем швидкої медичної допомоги.

Робота машин з лікарем швидкої медичної допомоги на борту здійснюється по двох системах: система лінійних виїздів та стаціонарна. Лікар, санітар, машина при стаціонарній системі знаходяться в лікарні, виконують свою роботу, але можуть бути викликані в екстреному випадку по радіозв'язку. Радіус дії машини швидкої медичної допомоги – 15 км., устаткування зорієнтовано на підтримку та відновлення функцій кровообігу та дихання.

Цікавий досвід в м. Людвігсгафені при гострих кардіальних захворюваннях (інфаркт міокарду і ін.) використання спеціальних машин

швидкої медичної допомоги. Машина швидкої медичної допомоги виїжджає в середньому протягом 7 хв. Гострі випадки кардіального походження обслуговуються в місті з великою щільністю населення в оптимальні терміни.

Система сповіщення виконує ключову роль в своєчасній допомозі та забезпечує негайний прийом пацієнта в лікарні бригадою відповідних фахівців. Про прибуття критичного пацієнта повідомляють по телефону. На догоспітальному етапі тактика швидкої медичної допомоги залежно від характеру пошкодження може бути різною: допомога в машині по дорозі в клініку, заходи безпосередньо на місці події, організація термінової відправки хворого або потерпілого в спеціалізоване відділення лікарні.

Після прийняття в 1948 р. в Великобританії закону «Про Національну службу охорони здоров'я» створена найпрогресивніша за формою організація державної служби охорони здоров'я. Групи управління охорони здоров'я з представниками суспільних організацій, працівниками соціального забезпечення, представниками всіх медичних спеціальностей даної провінції створюються в кожній провінції.

На території Уельсу, Англії за результатами реорганізації створено 53 служби швидкої медичної допомоги, керівництво якими здійснюють органи охорони здоров'я провінцій через головного адміністратора провінції по проблемах швидкої медичної допомоги, що підкоряється керівнику відділу охорони здоров'я провінції. Лондонська служба є винятком швидкої медичної допомоги, що знаходиться у віданні районних органів охорони здоров'я. Так, відповідальність за діяльність Лондонської служби швидкої медичної допомоги покладена на адміністрацію 4 лікарень району Темзи.

Лондонська служба швидкої медичної допомоги діє по всій території Лондона; поїздки машин швидкої медичної допомоги – адміністративними межами не обмежуються. Швидка медична допомога за межами Лондона забезпечується представниками районної служби швидкої медичної допомоги та органами охорони здоров'я графств.

Група лікарів загальної практики та сімейних лікарів є важливою ланкою в організації надання першої медичної допомоги раптово хворим та потерпілим, лікувально-профілактичного обслуговування населення.

Багатопрофільний характер діяльності служби швидкої медичної допомоги є характерною особливістю охорони здоров'я Великобританії. Служба швидкої медичної допомоги в більшості країн обслуговує тільки екстрені нещасні випадки або захворювання, але в Великобританії служба швидкої медичної допомоги обслуговує велике число «не екстрених» пацієнтів (перевезення планових хворих).

Близько 20 млн. пацієнтів обслуговує система швидкої медичної допомоги в Англії. Всі випадки по типу і терміновості можна розділити на термінові випадки, що дозволяють деяке відстрочення в обслуговуванні; невідкладні випадки (вимагають негайної допомоги); заплановані перевезення.

Близько 5% всієї діяльності служби займає екстрена робота – найважливіша за своїм значенням. Машини, які призначені спеціально для екстрених викликів, наявні лише в великих міських службах. Лондонська служба швидкої медичної допомоги займається переважно екстреними (невідкладними) випадками. Інші функції ШМД здійснюються службою перевезень товариства Червоного Хреста, транспортною службою, добровільними службами перевезень, лікарняними транспортними службами. В екстреному випадку виїзд машини на місце події протягом 3 хв. з моменту виклику і прибуття на місце події протягом 7 хв. передбачено національними стандартами.

Структура штату Лондонської служби швидкої медичної допомоги складається із співробітників неекстреної роботи та лише екстреної роботи.

Для виконання лише екстреної роботи в спеціальному учбовому підрозділі служби необхідно пройти 12-тижневу підготовку. Після року практичної роботи та проходження практичного та теоретичного курсів кандидати на посаду складають іспит на одній із станцій швидкої медичної допомоги. За результатами іспиту кандидат отримує спеціальне посвідчення

Державної служби охорони здоров'я, що дає право працювати в системі служби швидкої медичної допомоги.

До складу диспетчерських пунктів входять радіотелефонні системи, сучасні телефони, іншою апаратурою. З метою термінової передачі повідомлень та інструкцій спеціально пристосовано багато приладів на центральному диспетчерському пункті.

Системи моментальної передачі інформації функціонують в центральній диспетчерській Лондона. У розпорядженні центру є мікрофільмований покажчик, що містить близько 75 тис. назв всіх вулиць в Лондоні. З використанням даного показника можна знайти потрібну адресу, одержати інформацію про місцезнаходження чотирьох найближчих станцій швидкої медичної допомоги, і все це за протягом декількох секунд.

Спеціальний план, що ділить Лондон на зони обслуговування лікарнею, відсутній. Частими випадками є той факт, що в своєму розпорядженні диспетчерська служба не має відомостей щодо лікарні направлення пацієнта (персонал машин швидкої медичної допомоги доставляє постраждалих в найближчу лікарню, дані відомості поступають лише після доставки потерпілого або хворого або в лікарню).

На основі типових маршрутів машин швидкої медичної допомоги групуються районні станції швидкої медичної допомоги та карта, яка представляє 17 районів Лондона. З урахуванням даного районного розподілу розв'язується проблема забезпечення потреби в швидкій медичній допомозі.

Контроль за швидкістю надання екстреної медичної допомоги організовує Диспетчерська служба. Найближча вільна машина швидкої медичної допомоги висилається тільки в екстрених випадках. Іншим аспектом діяльності диспетчерської служби є контроль за плановими перевезеннями, за організацією допомоги потерпілим при масових нещасних випадках.

В ефективній роботі служби швидкої медичної допомоги важливою складовою є транспортна служба. Тільки в Лондоні машини швидкої медичної допомоги щодня безкоштовно обслуговують 1500 екстрених викликів.

Основна машина швидкої медичної допомоги у Великобританії є варіантом автомобіля «Bedford CF» (загальна вартість 17500 долл. США). Можливість транспортувати одного сидячого та двох лежачих хворих забезпечена завдяки обладнанню більшості машин 2 ношами. В деяких машинах швидкої медичної допомоги встановлені підвісні ліжко-носії.

Обладнання всіх машини відповідним устаткуванням здійснюється відповідно до розробленого національного стандарту. Обов'язковою умовою є наявність реанімаційного устаткування, болезаспокійливих засобів, кисню в машинах швидкої медичної допомоги. Крім того, в кожній машині швидкої медичної допомоги в наявності більше 100 предметів необхідного устаткування. 380 машин швидкої медичної допомоги (з 10000 в Лондонській служби швидкої медичної допомоги, є повністю обладнаними. 590 машин – автомашини розраховані на транспортування неважких хворих, інші – виключно екстрені машини.

Спеціально навчені диспетчери будуть приймати виклики в Фінляндії з впровадженням сучасних централізованих диспетчерських виклик в обласному центрі. Диспетчери на основі протоколів диспетчеризації будуть визначати потребу виїзду. Автомобілі екстреної медичної допомоги будуть обладнані GPS-трекерами, що дозволить відстежувати місце виклику. На інтерактивній мапі диспетчер буде мати змогу побачити у режимі реального часу розташування усіх бригад та місця викликів. Він зможе скерувати до постраждалого чи хворого найближчу бригаду, що дозволить надавати вчасну медичну допомогу при обмежених ресурсах.

Служба надання швидкої медичної допомоги в США базується на амбулаторних і госпітальних установах. В даний час в США існує понад 27 500 амбулаторій, в яких працюють понад 280 тис. так званих техніків по наданню ШМД (понад 20 тис. з них не мають спеціальної медичної освіти, а пройшли лише курс парамедичної підготовки). Функції надання швидкої медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі можуть виконувати, наприклад, поліцейська або пожежна служби, добровільна служба транспорту швидкої

медичної допомоги. Розроблено декілька програм, розрахованих на 280-1000 годин навчання.

Розробка спеціальної програми навчання персоналу рятувальної служби послужила початком підготовки медичного технічного персоналу служби швидкої медичної допомоги (EMT). Був рекомендований 82-годинний курс навчання з метою підвищення кваліфікації в наданні допомоги при травмах [28]

У відділення екстреної допомоги США надаються послуги пацієнтам у невідкладному стані з травмами та захворюваннями. Відділення переважно розміщено на легкодоступному (першому) поверсі лікувального закладу та мають ліжка для спостереження та допомоги пацієнту протягом 24 годин. У разі критичного стану життєві функції пацієнта стабілізують у зоні ресусцитації та переводять у відділення інтенсивної терапії (реанімацію) чи операційну. У разі можливості надання повної допомоги в відділенні екстреної допомоги, пацієнта відпускають додому. В іншому випадку – пацієнта переводять в інший лікувальний заклад або інше відділення лікарні.

Сьогодні США займає лідуючі позиції в світових рейтингах за багатьма основними показниками оцінки. Економіка США є яскравим прикладом сучасної наукоємної, конкурентоздатної, високотехнологічної системи з високим рівнем матеріального благополуччя своїх громадян. Для США характерні високий рівень військової могутності, стандарти однієї з найкращих систем охорони здоров'я.

При катастрофах медична допомога у США реалізується в рамках Національної системи медицини катастроф (National Disaster Medical System – NDMS), відповідальними за стан якої є Міністерство оборони, Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення. NDMS є однією з найважливіших складових FEMA та організаційно входить до сфери управління.

Дії системи детально плануються на державному рівні в Плані федерального реагування. Дії кожного штату на регіональному рівні сплановані у Планах реагування конкретного штату, району, регіону.

Окремі відомства, які безпосередньо підпорядковані Президенту держави, відповідають за ліквідацію та запобігання наслідків техногенних та природних катастроф. Головна роль в цьому напрямку відводиться FEMA – відомству, яке координує діяльність федеральних відомств, міністерств, органів Цивільної оборони штатів, підприємств приватного сектору, та забезпечує навчання населення, підготовку кадрів, проведення науково-дослідних робіт, поширення інформації з питань реагування на надзвичайні ситуації, контроль за використанням електронних засобів масової інформації в період надзвичайного стану [29].

Міністерство охорони здоров'я забезпечує основну функцію підтримки медичного забезпечення, яка включає конкретні завдання: піклування про здоров'я населення.

Допоміжні команди медицини катастроф США, або Disaster Medicine Assistant Team (DMAT) є основними мобільними формуваннями NDMS, які створюються для підсилення місцевої мережі охорони здоров'я в системі та надання постраждалим медичної допомоги в осередку катастрофи. При медичних факультетах університетів, провідних медичних закладах, команди створюються у складі команди 36-120 волонтерів: медичних сестер, лікарів, персоналу парамедиків. В США налічується більше 72 DMAT, кількість працівників на яких перевищувала 5 тис. осіб. Основним завдання DMAT є підготовка до евакуації, проведення медичного сортування, надання медичної допомоги постраждалим. Психіатричні, комбустіологічні, хірургічні загони функціонують для надання спеціалізованої допомоги.

NDMS створює Сили швидкого реагування (Rapid Deployment Force – RDF) – команди по 105 фахівців різного профілю щодо надання допомоги та попередньої розвідки. Кожна команда включає 105 фахівців різного профілю. Для розгортання підрозділів команди необхідно до 12 год. Основне завдання команди – збір інформації про ситуацію, обстеження району катастрофи, та надання медичної допомоги постраждалим.

Для визначення потреб системи охорони здоров'я також створюються Команди прикладної охорони здоров'я, які розгортають відповідні підрозділи реагування протягом 36 годин, та допомагають місцевим органам влади. До складу команди включаються експерти з організації охорони здоров'я.

З метою підсилення формування швидкого реагування (RDF) в країні діють також національні групи реагування щодо забезпечення медикаментами і ветеринарні групи медичної допомоги (Veterinary Medical Assistance Team – VMAT), національні групи реагування (National Nurse Response Team – NNRT), Розвиваються групи реагування (Disaster Mortuary Operational Response Team – DMORT), які направлені для організації ліквідації проблем, пов'язаних із похованням загиблих та патологоанатомічною роботою .

Основною складовою сил реагування щодо надання ЕМД є розвинена Національна система невідкладної медичної допомоги (Emergency Medical Services – EMS), яка є невід'ємною частиною системи реагування на техногенні катастрофи, терористичні акції, стихійні лиха. В повсякденних ситуаціях це найбільш мобільна та оперативна служба охорони здоров'я [30].

Досвід організації надання екстреної медичної допомоги в США свідчить, що в США та розвинених країнах світу на всіх рівнях державного управління реалізовувалась єдина концепція протягом останніх десятиліть, яка відрізняється унікальною ефективністю та якістю організації системи медичної допомоги, що в сучасних умовах потребує система охорони здоров'я нашої держави.

При забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я кожна країна світу стикається з власними різними проблемами. Стратегічною метою будь-якої країни є створення стійкої національної системи охорони здоров'я, що відмічається своєю якістю та ефективністю, розвинутою системою фінансування охорони здоров'я та надання послуг.

## 2.2 Державна політика України у сфері охорони здоров'я

Стан здоров'я громадян України і національної галузі охорони здоров'я є наочним відображенням рівня економічного розвитку країни, спрямованості її національної політики. Стан здоров'я нації безпосередньо зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві і значною мірою впливає на перспективи його соціально-економічного розвитку.

Рівень здоров'я населення України сьогодні кваліфікується як незадовільний, оскільки впродовж останнього десятиріччя спостерігається зростання рівня загальної смертності населення в межах 4%, тоді як у країнах Європи відбулося його зниження – на 4% , а середня тривалість очікуваного життя менша, ніж в економічно розвинених європейських державах (менша на 5-10 років).

В Україні смертність від нещасних випадків залишається високою і становить у середньому 130-140 випадків на 100 тисяч населення на рік. Основними причинами є невчасне прибуття бригади «швидкої допомоги» через відсутність спеціальних пропускних смуг на дорогах, недостатнє оснащення сучасним обладнанням, недотримання протоколів надання допомоги, відсутність у більшості інших рятувальних служб та громадян знань і навичок надання екстреної медичної допомоги в перші 5-10 хвилин. Не останню роль тут відіграють і соціальні чинники: ризик нещасних випадків підвищується в разі алкогольного чи наркотичного сп'яніння, нехтування правилами безпеки на дорогах та виробництві тощо.

Для країни характерний стан, коли стан, коли смертність чоловіків у середній віковій категорії (25-44 роки) майже в 4 рази перевищує смертність жінок цього ж віку. Розрив понад 6 років із середньоєвропейськими показниками обумовлений низькою очікуваною тривалістю життя.

Рівень загальної захворюваності за вказаний період збільшився на 10,6%, природний приріст має від'ємний характер і коливається від -5,8 до -7,8 на 1000

осіб, поширеності хвороб – на 38,9%, загальна чисельність населення скоротилася на 7,7%.

Зниження національного прибутку, деструктивні процеси в економіці, значно ускладнюють ситуацію через вкрай обмежені видатки на охорону здоров'я в розрахунку на одного мешканця України, що в доларовому еквіваленті вдвічі менше від рівня інших країн Європи.

Протягом останнього десятиліття економічні показники України сильно контрастують з країнами-компараторами. Очікується, що економічне зростання відновиться в найближчій перспективі хоча би до скромних прогнозних 3-4% на рік протягом 2019-2024 рр. (рис. 2.2.).

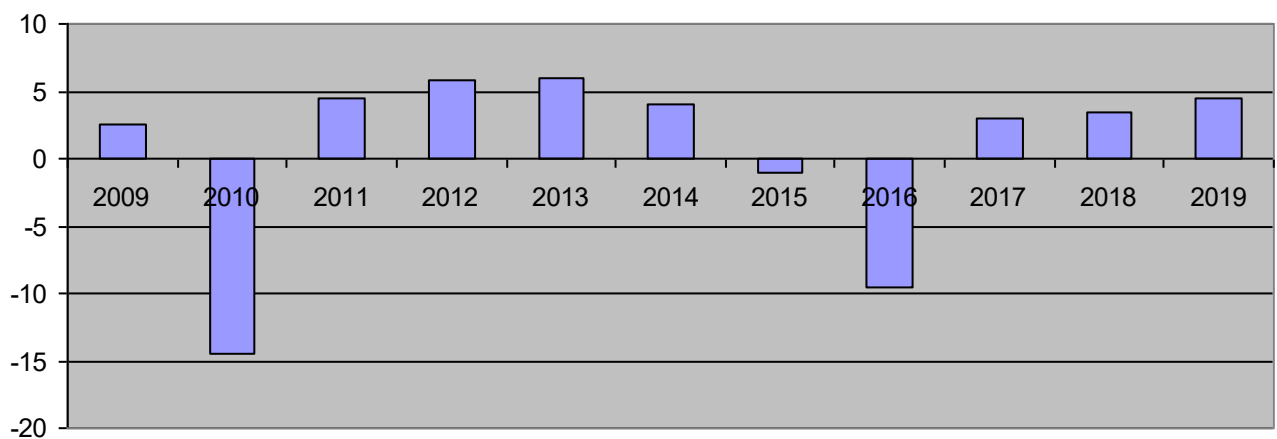


Рисунок 2.2. – Економічне зростання на душу населення в 2008-2019 рр. [31]

З метою забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені» та поліпшення стану здоров'я населення та за допомогою підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування Уряд України У 2015 році ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я [31].

За результатами реформування галузі охорони здоров'я починають з'являтися відчутні результати на рівні первинної медичної допомоги, створено Національну службу охорони здоров'я України. Національна служба здоров'я України унормовує, що є певний обсяг, який держава гарантує кожному, –

незалежно від соціального статусу, кольору шкіри, віросповідання та рівня доходу.

В Україні за 2019 рік на душу населення в сфері охорони здоров'я було виділено 3 630 грн. Майже половину цієї суми платив пацієнт (49,3%). Якщо система із публічних джерел фінансується менше, ніж на 75%, тобто більше, ніж 25% є з приватних джерел – ця система не є керованою (рис.2.3.). В такій ситуації пацієнтів неможливо захистити від катастрофічних витрат на охорону здоров'я.

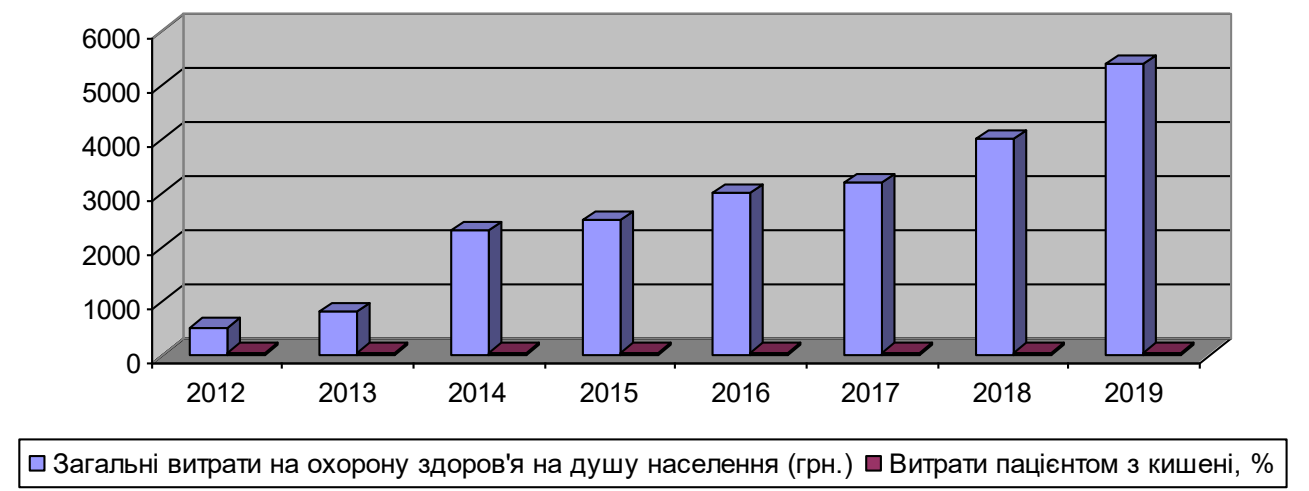


Рисунок 2.3. – Витрати на охорону здоров'я на душу населення в 2003-2015 рр.

Україна обрала вид медичного страхування, який використовується в країнах Британської співдружності. Збір та об'єднання коштів відбувається з загальних податків. Національна служба здоров'я України оперує коштами державного бюджету. Витрати уряду в галузь охорони здоров'я є нижчими, ніж це передбачалось державною на 5% (прогноз – на рівні 3,2% від ВВП) (рис..2.4.).

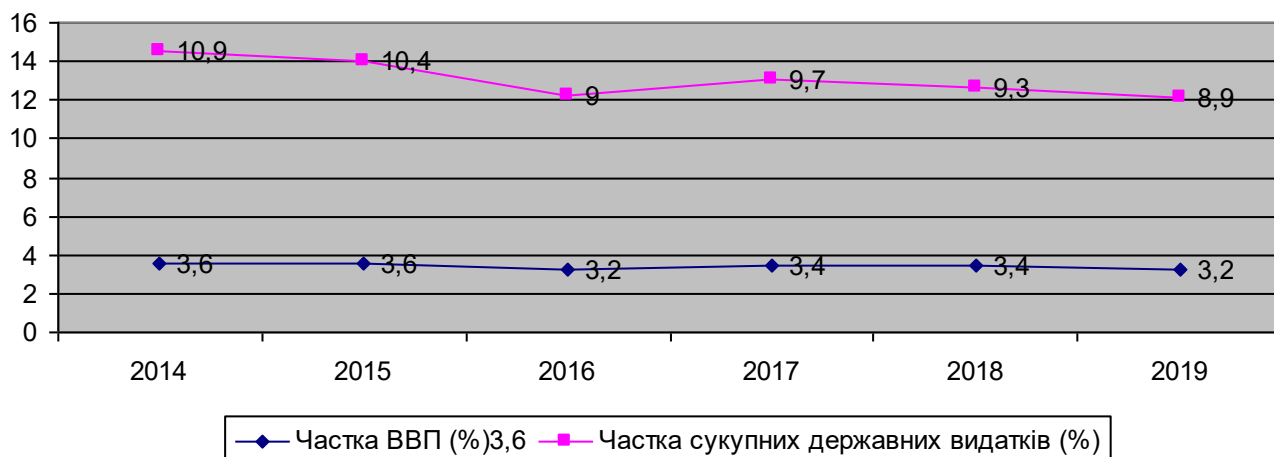


Рисунок 2.4. – Державні витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП та від загальних державних витрат, 2014-2019 роки [31]

Скорочення частини державного фінансування є важливим, оскільки воно вказує на необхідність визначення пріоритетів у бюджеті на охорону здоров'я. Збільшення балансу витрат на користь першої медичної допомоги (ПМД) є важливим показником визначення пріоритетів у цьому секторі. Така пріоритезація послуг ПМД підтверджує зусилля уряду, спрямовані на підвищення якості послуг на первинній ланці. Державні витрати на ПМД склали 10,6% від витрат на охорону здоров'я в 2017 році порівняно з 11,5% у 2018 році (рис. 2.5.).

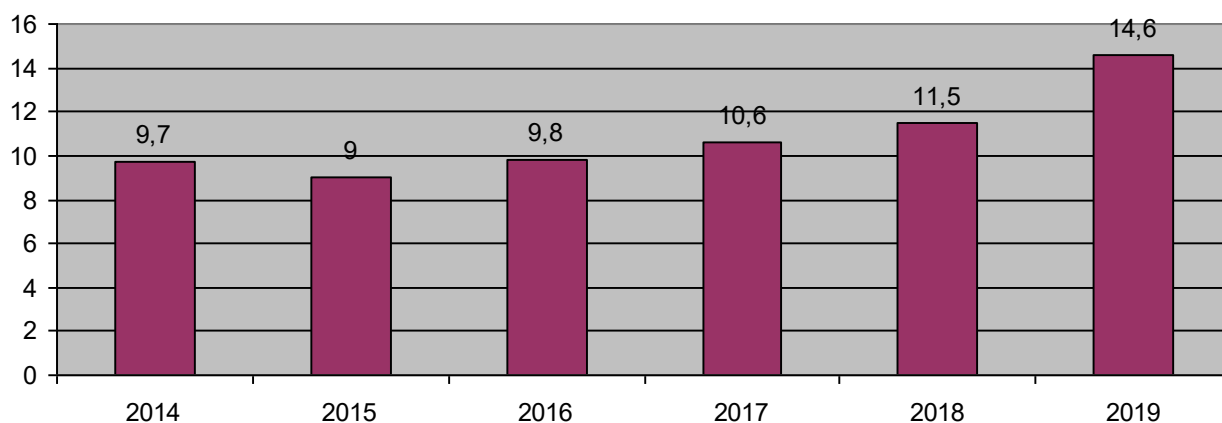


Рисунок 2.5. – Частка державних витратків на охорону здоров'я, яка виділена на ПМД [31]

У 2019 році частка ПМД зросла до 14,6% від загальних державних витрат на охорону здоров'я. Витрати на ПМД значно зросли, що відображає зусилля щодо зміцнення послуг на первинній ланці.

Головним фактором для подальшого ефективного впровадження реформ системи охорони здоров'я є забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я. Надзвичайно важливим є адекватне планування бюджету для забезпечення фіскальної дисципліни та сталості реформ. Через те, що кількість населення, яка підписала декларації з ПМД ланкою, перевищила цільову кількість, включену до розрахунків бюджету на 2019 рік. На 2019 рік з державного бюджету на охорону здоров'я виділено на 10% коштів більше, ніж у 2018 році (95,08 млрд. грн.).

У 2019 році усі комунальні медичні заклади, крім закладів первинної медичної допомоги фінансуються за принципом медичної субвенції. На спеціалізовану стаціонарну амбулаторну, та екстрену медичну допомогу виділено 55,7 млрд. грн. Центральний уряд фінансував основну частину медичних послуг шляхом медичних субвенцій, які у період 2015-2019 років становили в середньому 77% від державних витрат на охорону здоров'я.

Місцеві органи самоврядування фінансували решту за рахунок власних ресурсів. Середня частка місцевого фінансування у доходах лікарень становить 20% у Житомирській області, 28% у Вінницькій області; середній показник – 59% у Львівській області та 56% у Полтавській.

У 2019 році у Державному бюджеті України передбачено на 626 млн. грн. більше на закупівлю лікарських засобів та медичних виробів (6,58 млрд. грн.). Також із державного бюджету виділені на лікування рідкісних захворювань: гемофілії типу А або В або хвороби Віллебранда, ювенільного ревматоїдного артриту, бульозного епідермолізу, імунодефіцитних станів тощо коштилегеневої артеріальної гіпертензії. Близько 500 препаратів та більше 700 медичних виробів закуповуються за 41 напрямом державної програми.

Через міжнародні організації завдяки ефективній організації та оптимізації закупівель вдалося вивільнити 321 млн. грн., що дозволило на 10%

збільшити фінансування дорослої гемофілії, онкології, розсіяного склерозу, низки дитячих програм (нанізм, муковісцидоз, гепатитдитячий церебральний параліч, інші), закупівель ліків для громадян з орфаними захворюваннями (легенева артеріальна гіпертензія, хвороба Гоше, муковісцидоз доросли, хбульозний епідермоліз). На лікування пацієнтів за напрямом дитячої онкології виділено додаткове фінансування у 2019 році у розмірі 73 млн. грн., за напрямом дорослої онкології – 415 млн. грн. для пацієнтів ї та за напрямом серцево-судинних хвороб – 38 млн. грн. на пацієнтів. Всі адміністративні механізми програми стануть централізованими та автоматизованими, що сприятиме оперативному реагуванню на нестачу фінансування у тому чи іншому регіоні, – таку стратегію визначає нова модель фінансування (рис.2.6.).

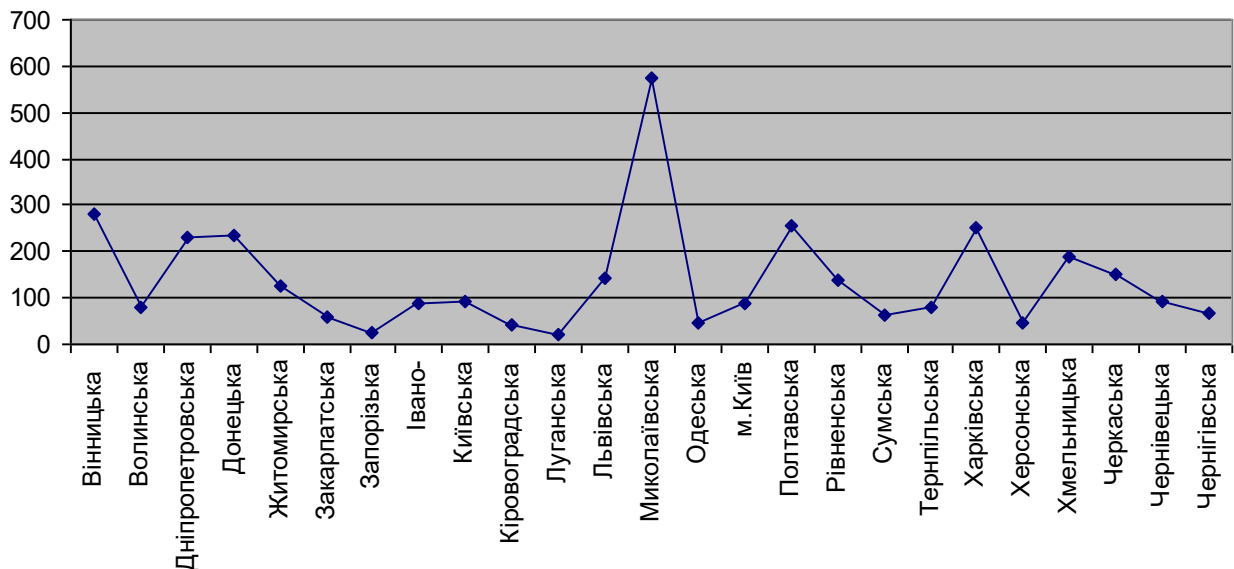


Рисунок 2.6. – Видатки медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ в 2019 році, млн. грн. [32]

На кінець 2019 року 1466 закладів охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги уклали договір з НСЗУ, з них – 168 приватних та 248 – індивідуальної практики (сімейних лікарів). (рис.2.7.).



Рисунок 2.7. – Регіональний аналіз кількості медичних закладів, які уклали договори з НСЗУ, за типом власності [33]

В даний час послуги ПМД надають 22 020 лікарів, у тому числі 14516 лікарів сімейної медицини, 4241 педіатр та 3308 терапевтів, які працюють у 6 320 місцях надання ПМД у складі 1276 закладів ПМД, законтракованих НСЗУ. Середній показник зареєстрованих пацієнтів складає 4372 пацієнта на практику та 1255 пацієнтів на одного лікаря ПМД [33].

Зростання конкуренції на ринку медичних послуг впливає на їх якість: заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад можуть прийти кошти. Близько 70 % населення підписали декларації з лікарем первинної медичної допомоги (терапевтом, педіатром або сімейним лікарем) (рис.2.8.).

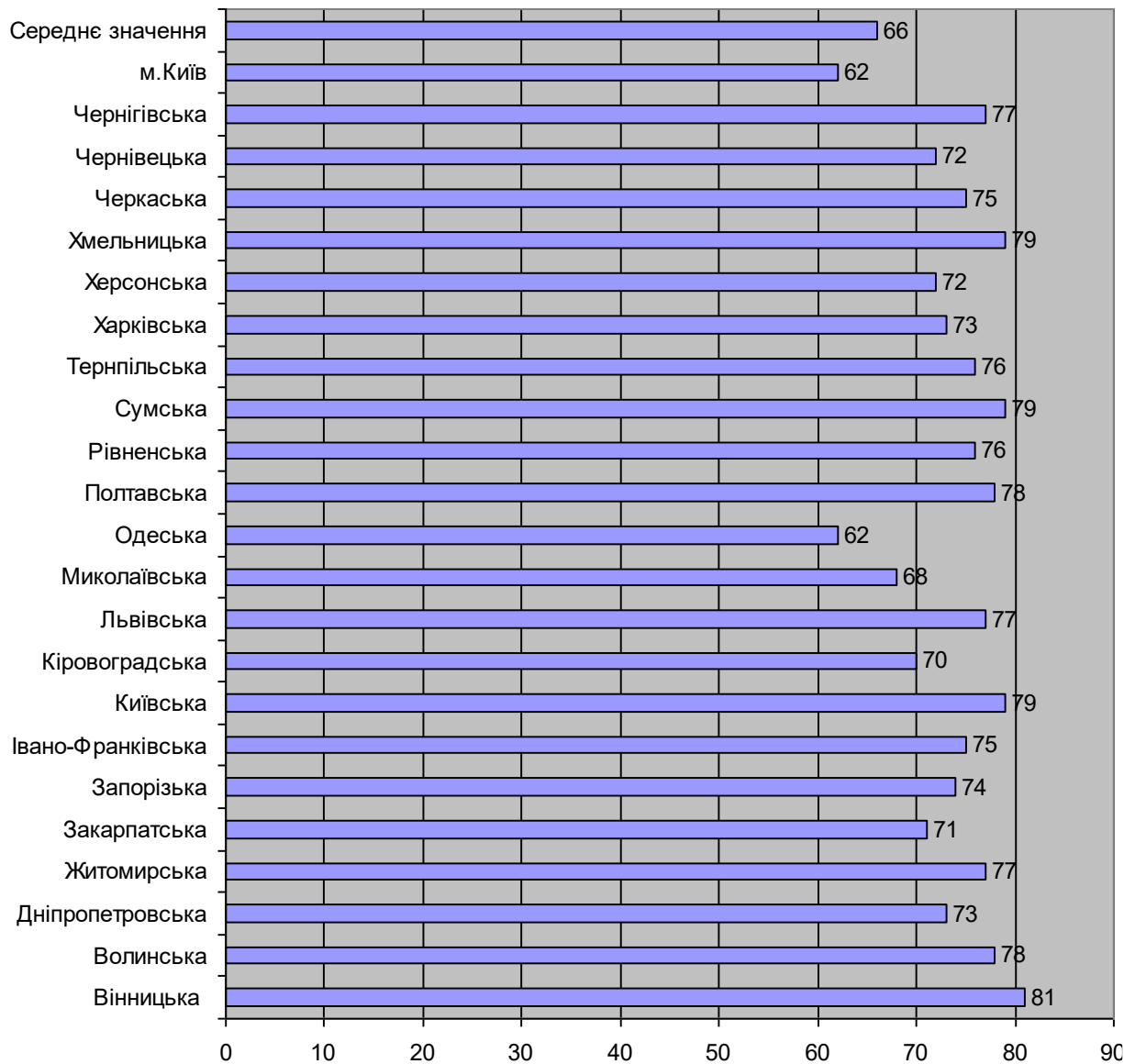


Рисунок 2.8. – Відсоток жителів, які підписали декларації з надавачами ПМД, за регіонами [31]

Послуги ПМД надають 1276 закладів ПМД, що охоплюють 6323 практики/місць надання ПМД у сільській (4072) та міській (2251) місцевостях. В середньому, на практику ПМД припадає 4372 зареєстрованих пацієнта, та 1255 пацієнтів на одного лікаря ПМД.

На рис.2.9. представлено середню кількість пацієнтів, що уклали декларації з практиками ПМД/місцями надання послуг ПМД та лікарями ПМД за регіонами.

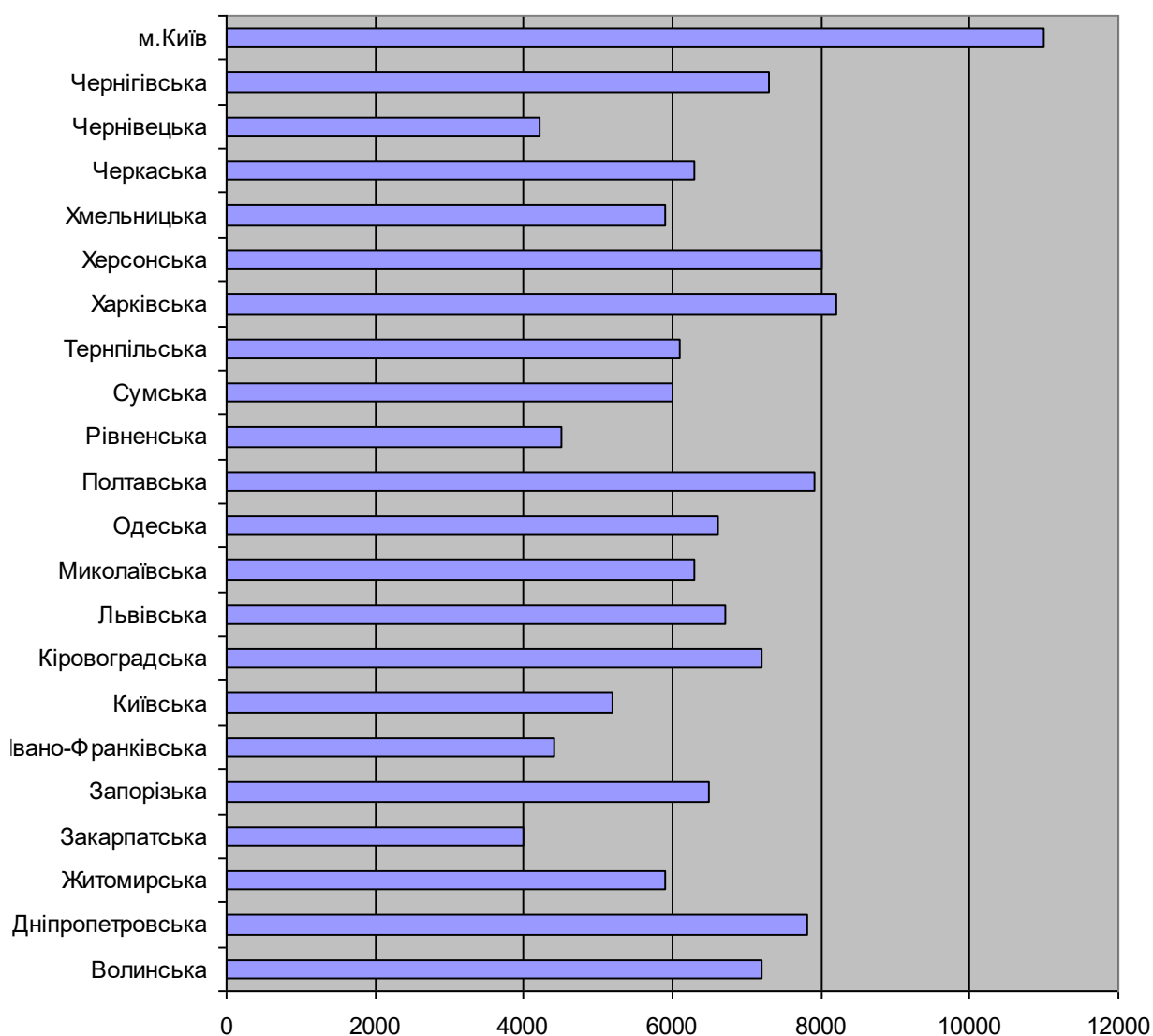


Рисунок 2.9. – Середня кількість декларацій на одного лікаря ПМД , за регіонами [31]

На 2019 рік на відшкодування вартості препаратів інсуліну за кошти державного бюджету вдалося закласти 841 мільйон 175 тисяч грн., або 87% від загальної потреби. Місцева влада завдяки електронному реєстру пацієнтів, які потребують інсулінотерапії, вже зараз може точно спланувати фінансування потреби в кожному регіоні [34].

Потреба в інсулінах визначається згідно даних електронного реєстру пацієнтів, що потребують інсулінотерапії. Це відкритий прозорий реєстр, який дозволяє розраховувати загальну відповідно до фактичної кількості отриманих хворими препаратів інсуліну потребу в інсулінах .

195896 українцям потрібна щоденна інсулінотерапія через наявність діабету I типу. Потрібний їм інсулін пацієнти отримують безоплатно або у аптеці за рецептом лікаря з невеликою доплатою.

У 2019 році у Державному бюджеті України передбачено 689,95 млн. грн. на програму «Лікування громадян України за кордоном». Щороку на лікування у закордонних клініках відправляються пацієнти, захворювання яких поки не лікуються в Україні. Направлення на лікування не залежить від віку пацієнта, статі, соціального походження, майнового стану, місця проживання та інших ознак та відбувається у разі неможливості надання медичної допомоги пацієнтам у закладах охорони здоров'я України [34].

Автоматизовано 97% державних медичних закладів первинного рівня медичної допомоги та 93% закладів, що надають спеціалізовану, третинну та екстрену медичну допомогу. Щоб спростити призначення, надання та відшкодування ліків був запроваджений спеціальний модуль у системі електронного здоров'я (електронний рецепт) (ДОДАТОК В, рис.В.1.).

Реімбурсація – це процес відшкодування лікарських засобів. Він вже запущений в Україні в рамках програми «Доступні ліки», розпорядником якої наразі є Міністерство охорони здоров'я. З 1 квітня управління програмою перейшло до Національної служби здоров'я України. Як і в 2018, в цьому році ліки відшкодовуються в межах 3 основних захворювань – найбільш поширених в Україні (серцево-судинні захворювання, діабет II типу та бронхіальна астма). За цими трьома напрямками отримання ліків в рамках програми реімбурсації «Доступні ліки» є безкоштовним. З Державного бюджету в 2019 році виділено в зазначений напрямок 1 млрд. грн.: 250 млн. на регіональну субвенцію і 750 млн.

Станом на 14 січня 2020 року лікарські засоби за державною програмою «Доступні ліки» відпускають у 7430 аптеках країни й лише за електронними рецептами. Уже виписано 11,19 млн. електронних рецептів, з них погашено – 9,39 млн. (84,38 %) (ДОДАТОК В, рис.В.2.). Найбільша кількість виписаних рецептів – для лікування серцево-судинних захворювань (майже 8,940 млн.), далі – цукровий діабет (понад 1,860 млн.) та бронхіальна астма (понад 332 тис.).

254 лікарських засоби включено до списку ліків, які можна отримати за програмою: 176 з них – можна отримати з незначною доплатою, інші – повністю безоплатно.

За останні 10 років на урядовому рівні затверджено 10 комплексних заходів та прийнято 45 загальнодержавних програм, які направлені на продовження та покращення середньої тривалості очікуваного життя громадян, 5 комплексних заходів – з питання лікування та профілактики СНІД, 5 – ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, 15 – формування здорового покоління та стимулювання народжуваності, 3 – здоров'я літніх людей, 4 – боротьби із туберкульозом, 3 – боротьби з наркоманією, 3 – розвитку медицини катастроф. На шляху до ефективного виконання задекларованих програм спостерігалось недостатнє ресурсне забезпечення: 26% програм профінансовано частково, 10% – майже на половину, 6% – на третину, 4% – взагалі не фінансувались, що свідчить про низьку ефективність реалізації державних цільових програм.

У 2019 році від захворювань системи кровообігу померло 392 тис. українців, ще 31,7 тис. – від дорожньо-транспортних пригод, нещасних випадків, насильницьких дій (зовнішніх причин). Загалом – 72,3% смертей в Україні того року. Такі складні соціальні явища, як умисні ушкодження, нещасні випадки, хвороби серця, вимагають комплексних дій. Однак слабкість системи екстреної медичної допомоги залишається головною проблемою.

У 2019 році рівень госпіталізації з гострим інфарктом міокарду в Україні становив 1,3 на 1000 населення, не дивлячись на високий рівень захворюваності на ішемічну хворобу серця. В країнах Європи, наприклад, цей показник у 2018 році в Латвії, Швеції, Німеччині був більш як вдвічі вищий, в Угорщині Польщі, Хорватії – в півтора рази вищим [35].

Служба швидкої та невідкладної медичної допомоги є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, до роботи якої традиційно ставлять особливі вимоги. Станції (центри) екстреної (швидкої) медичної допомоги поділяють на 5 категорій залежно від кількості населення, яке вони обслуговують:

5 категорія – станції, що обслуговують територію з чисельністю населення до 50 000;

4 категорія – 51000-200 000 жителів;

3 категорія – 201000-500 000 жителів;

2 категорія – 501000-1 млн. жителів;

1 категорія – центри, що обслуговують 1-2 млн. жителів.

У 2019 році успішними були лише 8,5% реанімацій пацієнтам із зупинкою серця. Реанімації проводилися на до госпітальному етапі поза межами закладу охорони здоров'я. Даний показник 2017 року для країн Європи складав 28,6%. Сьогодні в Україні поза межами лікарні відбувається 90,1% смертей серед пацієнтів з ішемічною хворобою серця; в лікарні помирає, 9% пацієнтів з цим діагнозом.

Порівняно з показниками розвинених систем охорони здоров'я вітчизняна екстрена медична допомога в закладах охорони здоров'я є менш ефективною. Смертність серед пацієнтів з гострим інфарктом міокарда в 2019 році складала 12,5% (порівняно з 3,3% у США).

Від строку початку проведення на догоспітальному етапі критичних для виживання процедур, початку надання першої допомоги залежить чи буде врятована людини разі серцевого нападу або настання нещасного випадку. Своєчасність проведення даних процедур дозволить мінімізувати негативні наслідки для здоров'я.

Для більшості регіонів України характерна координація бригадою екстреної медичної допомоги лише своєї станції, виклики приймаються на станціях окремого району. В інших випадках молодші медсестри або лікарі приймають виклики. Лише в м. Києві, Херсонській, Харківській та Дніпропетровській областях координують бригади усієї області централізовані диспетчерські [36].

В ході незалежного дослідження вперше оцінено якість роботи екстреної медичної допомоги. Отримання об'єктивних даних про стан справ в екстреній

медицині, які допоможуть планувати ті заходи, що будуть дійсно ефективним, є стратегічною метою оцінювання..

Протягом 3 діб волонтери в кожному регіоні України спостерігали за роботою бригад швидкої. Методологію дослідження та оцінки результатів розробили експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

У 26 доволіно обраних українських населених пунктах (з населенням більше 10000 людей), на 30 підстанціях швидкої допомоги працювали групи спостерігачів протягом 72 години.

«Спостереження під час виконання» є головним методом дослідження. В середньому «швидка» половину постраждалих везе у лікарню та приїжджає за 8,5 хвилин. Бригади екстреної допомоги оперативно реагують на виклики, однак, протоколи лікування потребують перегляду.

За даними дослідження можна дійти до наступних висновків:

1) середній час реагування швидкої на виклик пацієнта (від отримання повідомлення бригадою і до першого контакту з пацієнтом) – 8,5 хвилин:

в межах 10 хвилин – проводиться близько 56% від усіх викликів;

в межах 20 хвилин – проводиться близько 94% від усіх викликів;

2) середній час перебування на місці події – 17 хвилин;

3) середній час транспортування до лікарні – 10 хвилин;

4) госпіталізацією пацієнтів та транспортуванням до лікарні закінчилися 54,1% невідкладних викликів;

5) при наданні екстреної медичної допомоги не всі препарати завжди мають доведену доцільність використання та ефективність в конкретних випадках [37].

На рис. 2.10. наведено результати викликів служби екстреної допомоги. Які закінчилися транспортуванням до лікарні та госпіталізацією пацієнтів.

Розподіл медичних препаратів, наданих пацієнтам старше 40 років зі скаргами на біль у грудях наведений на рис. 2.11. Магnezія є найпопулярнішим препаратом при болю у грудях (29,4% серед будь-якого віку та 32,6% серед пацієнтів більше 40 років).

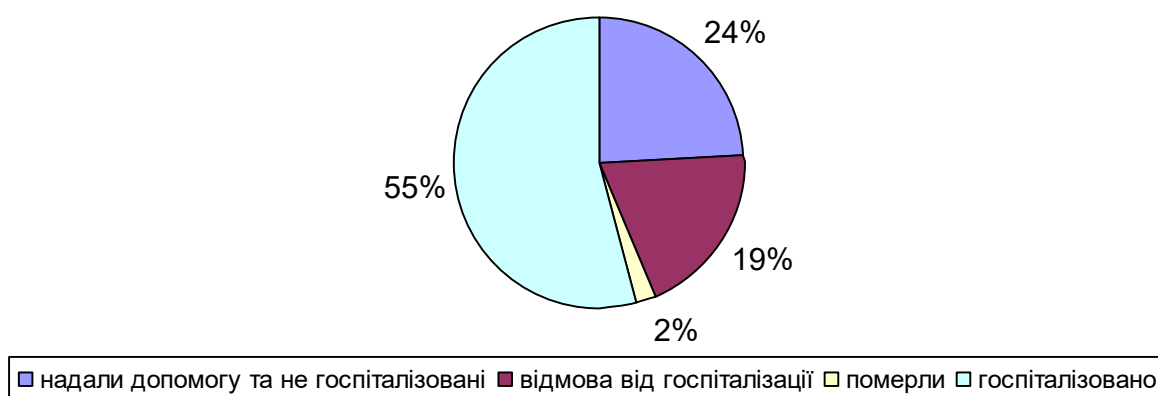


Рисунок 2.10. – Результати викликів служби екстреної допомоги. Які закінчилися транспортуванням до лікарні та госпіталізацією пацієнтів [37]

При цьому вже доведена науковцями неефективність при корекції серцевого ритму, гострому інфаркті міокарда, позалікарняній зупинці кровообігу даного препарату .

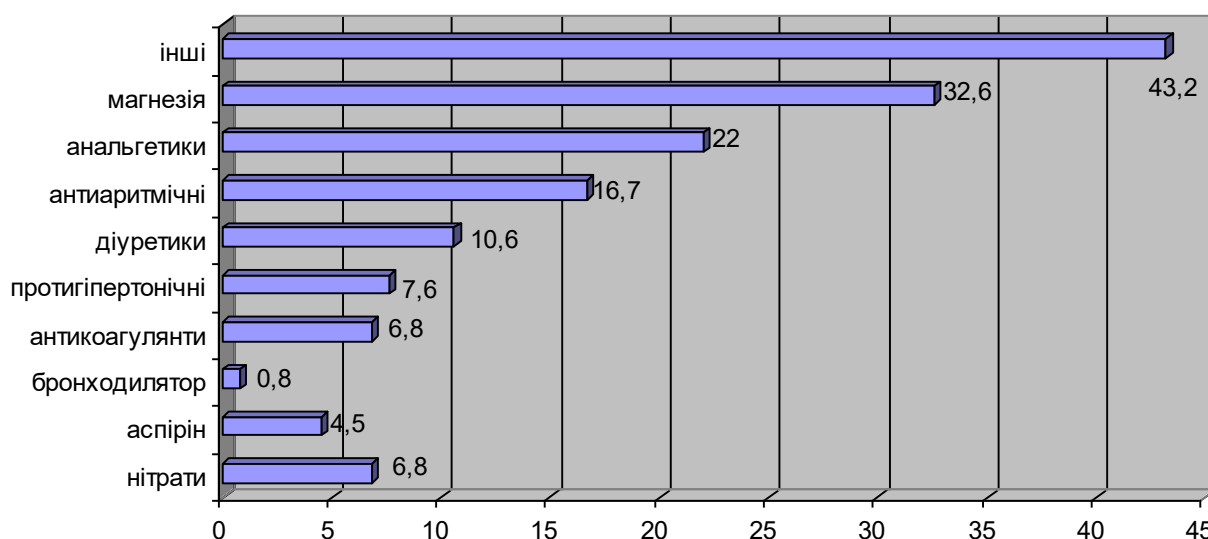


Рисунок 2.11. – Розподіл медичних препаратів, наданих пацієнтам старше 40 років зі скаргами на біль у грудях, % [37]

Нинішня система надання екстреної медичної допомоги в Україні є недосконалою. Причиною високої смертності, збільшення кількості випадків ускладнень під час лікування травмованих хворих є неналежний рівень знань і практичних навичок із надання екстреної медичної допомоги [38].

Фінансування екстреної медичної допомоги за даними Держаного бюджету 2019 року проводиться через механізм субвенції – 6 млрд. грн. [34]. Для покращення швидкості та якості надання екстреної медичної допомоги необхідним вважається:

- закупівля нового транспорту з усім необхідним обладнанням;
- для працівників системи екстреної медичної допомоги навчання сучасним технікам врятування життя ;
- обладнання навчально-тренінгових центрів для організації такого навчання;
- підвищення заробітної плати працівникам ЕМД, які пройдуть навчання і підвищать свою кваліфікацію .
- створення оперативно-диспетчерської служби.

В Україні з метою виконання нормативу прибуття бригад до місця події у складі станції на правах структурних підрозділів можуть створюватися підстанції (відділення), пункти постійного або тимчасового базування бригад. Кількість підстанцій (відділень), пунктів постійного або тимчасового базування бригад, їх місцезнаходження та закріплення за ними зон відповідальності визначає і затверджує керівник Центру. Кількість підстанцій (відділень) і зону обслуговування затверджують органи управління охорони здоров'я.

Довжина найдовшого маршруту (радіуса) складає 8-10 км та забезпечує 15-хвилинну транспортну доступність. До характерних ознак станцій можна віднести безперебійний радіотелефонний та провідний зв'язок, автономне та стабілізоване енергоживлення,

За умови комплексності та безперервності заслуговує на існування при невідкладних станах ефективна допомога. Для отримати повного комплексу лікування в невідкладному стані та діагностики відділення екстреної медичної допомоги має бути створено в кожній лікарні інтенсивного лікування [37].

Аналіз стану здоров'я населення України свідчить про невисокий рівень народжуваності, високий рівень смертності, скороченні середньої очікуваної тривалості життя та, як наслідок, незадовільну медико-демографічну ситуацію.

До головних проблем системи охорони здоров'я можна віднести:

недостатнє фінансування галузі, зумовлений цим брак коштів для забезпечення доступної, ефективної, якісної, медичної допомоги, низький рівень оплати праці медичних працівників, ;

нераціональна організація медичної допомоги, диспропорція в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної та спеціалізованої допомоги, незадовільний зв'язок і наступність у їх наданні;

недосконалість правового забезпечення діяльності системи охорони здоров'я;

недостатність, нескоординованість і неефективність заходів, направлених на зміцнення та збереження здоров'я населення;

потреба в підвищенні кваліфікації, удосконаленні підготовки працівників охорони здоров'я, поліпшенні умов їх роботи, її якості та ефективності;

брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними, незадовільне медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я;

низький рівень інформаційного забезпечення й управління системою охорони здоров'я на різних рівнях [16].

Підсумовуючи викладене, можна стверджувати, що системи державного управління України перебуває в стадії трансформації, що значно ускладнює всі системи державного управління, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров'я, досягнення належних стандартів життя населення.

Система охорони здоров'я України за показниками смертності, тривалість життя, боротьби з інфекційними та хронічними захворюваннями значно відстає від розвинених країн світу. Значна частина внутрішнього валового продукту України направлена на сферу охорони здоров'я, але в цілому даний показник не впливає позитивно на систему охорони здоров'я. Неспроможність трансформації національної системи охорони здоров'я, високий рівень корупції та неефективна політика у цій сфері свідчить про неефективність процесу реформування [39].

## **РОЗДІЛ 3**

### **НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

#### **3.1 Проблеми функціонування екстреної медичної допомоги**

Україна займає друге місце за рівнем смертності та має в європейському регіоні один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я. Причиною цього є цереброваскулярні, серцево-судинні, неінфекційні захворювання, хвороби обміну речовин, рак, тощо. Ключовим фактором поточної ситуації є наявні недоліки у системі охорони здоров'я (далі – СОЗ) та низький економічний розвиток країни. Правові, організаційні, управлінські, фінансові, структурні, економічні, інформаційні, фундаментальні, кадрові помилки заважають країні отримувати вигоду від власного людського капіталу.

Чинне законодавство України включає нормативно-правові механізми застосування регуляторних засобів державою (порядок регулювання тарифів та цін, ліцензування, ін.), однак цілісний механізм державного регулювання ринкових економічних відносин відсутній [40].

Проблеми інформаційно-комунікаційного забезпечення, науково-методичного забезпечення діяльності, системи інформаційно-комунікаційного забезпечення, механізмів міжсекторальної взаємодії та координації, інформаційно-аналітичного забезпечення унеможливають отримання доступних та якісних медичних послуг.

Частка роботи, яка на тепершній час притаманна для швидкої допомоги (виїзди до онкологічних хворих для введення знеболювальних препаратів, виїзди до хронічних хворих), непрофільність виїздів спеціалізованих бригад, значна тривалість руху швидкої допомоги вище нормативно встановленої є основними проблемами у функціонуванні невідкладної та швидкої допомоги (рис.3.1.).

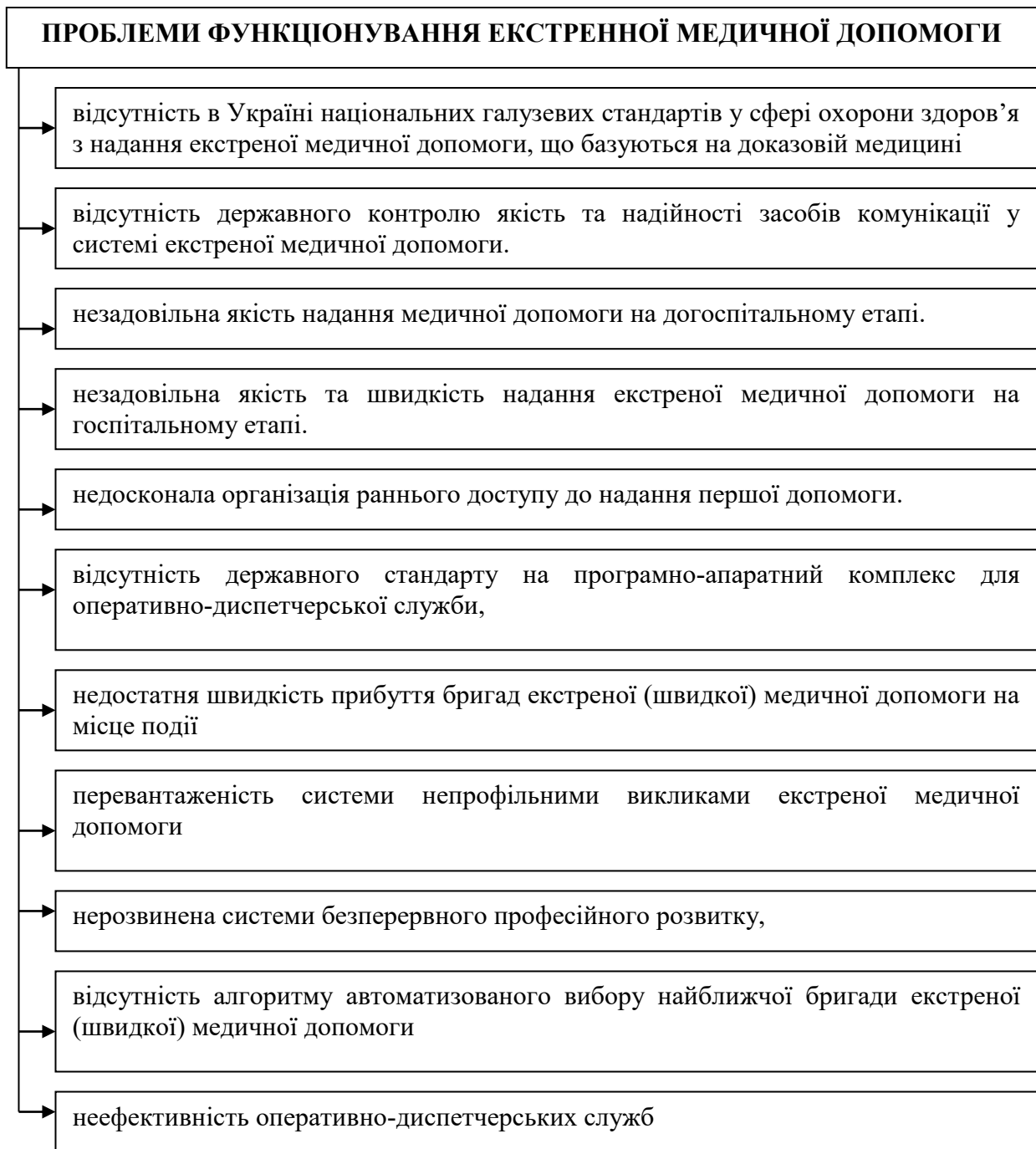


Рисунок 3.1. – Проблеми функціонування екстреної медичної допомоги в Україні

Першою проблемою є недосконала організація раннього доступу до надання першої допомоги. Високі показники виживання серед пацієнтів екстреної медичної допомоги досягаються за умови отримання допомоги не пізніше ніж через 4 хвилини після настання екстреної ситуації. Це стає

можливим тільки у разі забезпечення на місці події базової підтримки життя безпосередніми свідками та надання ефективної першої допомоги.

Частиною підготовки поліцейських, аварійно-рятувальних служб, рятувальників в Україні є навички першої допомоги. Проте підхід до їх підготовки є неефективним через такі причини:

за результатами освітніх заходів не існує ефективного механізму контролю якості знань;

відсутність реєстру осіб, які пройшли тренінги з надання першої допомоги, у разі настання надзвичайної ситуації або нещасного випадку відсутність механізму оперативного їх залучення до надання першої допомоги;

незахищеність законодавством добровольців, які прагнуть врятувати людину до приїзду швидкої, від притягнення до відповідальності у разі смерті хворого.

Друга проблема – недостатня швидкість прибуття бригад швидкої (екстреної) медичної допомоги на місце події. За статистичними даними у містах бригада екстреної медичної допомоги прибуває на місце події до 10 хвилин у 90% випадків виклику, до 20 хвилин – у сільській місцевості у 85% випадків. В умовах відсутності єдиних оперативно-диспетчерських інформаційних систем, чіткого контролю за допомогою GPS-навігації наявний значний ризик заниження офіційних показників часу доїзду [41].

Довготривала обробка виклику екстреної медичної допомоги є причиною повільного пересування бригади швидкої допомоги. Наслідками діючої недостатньо автоматизованої системи диспетчеризації, яка прив'язана до певного району, є:

реагування на виклики екстреної медичної допомоги здійснюється лише у межах району, з якого здійснено такі виклики;

неможливість визначення та ефективного контролю навантаження бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, час доїзду на виклик, розташування бригад;

інформація про виклики вноситься бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги в кілька журналів в паперовому (ручному) режимі, що збільшує ризик помилок та займає значний час;

ускладнення комунікація між бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги та диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру медицини катастроф та екстреної медичної допомоги (далі – оперативно-диспетчерська служба) через відсутність радіозв'язку;

зайві ланки в системі маршрутизації виклику екстреної медичної допомоги (диспетчер прийому, диспетчер напрямку, диспетчер підстанції оперативно-диспетчерської служби), що збільшує особливо у великих містах час реагування.

Сьогодні в Україні для оперативно-диспетчерської служби не існує державного стандарту на програмно-апаратний комплекс, державні структури не контролюють у системі екстреної медичної допомоги надійність та якість засобів комунікації.

Перевантаженість системи екстреної медичної допомоги непрофільними викликами є складовою повільного реагування бригад медичної допомоги, що знижує ефективність їх діяльності. Факторами такої перевантаженості є:

повною відсутністю або поганою якістю алгоритмів категоризації викликів;

відсутністю запобіжників проти виїздів на непрофільні виклики екстреної медичної допомоги для покращення показників кількості виїздів;

слабкістю первинної медичної допомоги в умовах значної кількості викликів екстреної медичної допомоги.

Відсутність алгоритму автоматизованого вибору найближчої бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є однією з причин повільного реагування на виклики екстреної медичної допомоги.

На догоспітальному етапі незадовільна якість надання медичної допомоги є найбільшою та головною проблемою. Можливість бригад екстреної (швидкої)

медичної допомоги надавати екстрену медичну допомогу високої якості є вкрай обмеженими. Причинами цього є:

професійна підготовка фельдшерів, лікарів здійснюється без достатнього врахування особливостей роботи в умовах надзвичайної ситуації та за стандартним принципом підготовки медичних працівників;

відсутність у більшості членів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги достатньої підготовки для проведення реанімаційних заходів, ефективного виконання повноважень.

Через обмеженість наявного обладнання в умовах діючої організації надання екстреної медичної допомоги в лікарні навіть висококваліфіковані лікарі не можуть ефективно надати екстрену медичну допомогу.

В сучасних умовах лікарі підвищують кваліфікацію без достатньої уваги в межах практичних алгоритмів до системного застосування окремих дисциплін. Навички роботи в команді не включені до кваліфікаційних вимог та програм професійної підготовки. Однак, запорукою якісної медичної допомоги пацієнту у невідкладному стані є саме ефективна командна робота.

Відсутність ефективної системи контролю якості знань, ефективних принципів підготовки фахівців є причиною низького рівня набутих навичок медичних працівників системи екстреної медичної допомоги. Індивідуальна оцінка готовності лікарів виконувати функціональні повноваження обмежується системою переатестації та атестації для підвищення або підтвердження кваліфікації. Такий підхід має ряд недоліків, а саме:

відсутність нагляду за якістю курсів підвищення кваліфікації, відсутність незалежного оцінювання їх результатів для перевірки, формальний характер до процесу підвищення кваліфікації, результатом чого є формування корупційного ризику;

під час підвищення кваліфікації відсутність відновлення та засвоєння практичних навичок;

застарілі програми, далекі від щоденної практики бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

відсутність ефективного механізму нагляду за проведенням передатестаційних циклів;

відсутність визнання міжнародних тренінгів, як курсів, що зараховуються під час підвищення кваліфікації. Такий дієвий механізм підвищення кваліфікації працівники системи екстреної медичної допомоги повинен мотивувати працівників опановувати міжнародні практики.

Відсутність у сфері охорони здоров'я в Україні національних галузевих стандартів з надання екстреної медичної допомоги, що базуються на доказовій медицині, є окремою проблемою. Існуючі галузеві стандарти суперечать доказовим міжнародним практикам та є застарілими. У сфері охорони здоров'я відсутній механізм нагляду за дотриманням галузевих стандартів [42].

Незадовільна швидкість та якість надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі є наступною нагальною проблемою. Від організації надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі залежить можливість пацієнта бути успішно пролікованим та своєчасно потрапити в лікарню. Збільшують ймовірність летального випадку пацієнта такі фактори:

невідповідність відділень невідкладної (екстреної) медичної допомоги сучасним вимогам;

неспроможність більшості закладів охорони здоров'я надати комплексну медичну допомогу та провести повну цінну діагностику хворому в тяжкому стані;

транспортування за територіальним принципом хворих, які перебувають у невідкладному стані;

відсутність чітких моделей координації та комунікації між відділенням екстреної (невідкладної) медичної допомоги та бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

П'ята проблема – низька спроможність системи екстреної медичної допомоги своєчасно забезпечити достатній об'єм якісної медичної допомоги. Наявні алгоритми реагування на надзвичайні ситуації в Україні має ряд недоліків. Поточні плани реагування не враховують та не відстежують реальну

інформацію про можливість закладів охорони здоров'я швидко збільшити кількість пацієнтів та кількість лікарняних ліжок на госпітальному етапі.

Недієвими залишається механізм міжвідомчої взаємодії та координації на догоспітальному етапі під час реагування на масові випадки. Оперативно-диспетчерські служби, які представляють собою найважливіші елементи системи ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, не мають автономного радіозв'язку, який має поєднувати заклади охорони здоров'я, підрозділи екстреної медичної допомоги, бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Не існує системи практичних тренінгів, безперервного професійного розвитку, порядку дій при кризовому менеджменті, алгоритму дій у разі виникнення інцидентів з великою кількістю потерпілих.

Необхідність реформування сфери охорони здоров'я України зумовлена суттєвими суперечностями між зростаючими потребами населення в медичній допомозі та спроможністю галузі їх задовольнити на засадах якості, доступності, ефективності, рівності та справедливості. Для підвищення якості державної політики необхідні не тільки змістовні та структурні зміни, а й суттєве підвищення функціональної результативності її реалізації.

### **3.2 Напрямки модернізації діяльності екстреної медичної допомоги**

Підвищення реальної доступності медичної допомоги та поліпшення стану здоров'я населення є головним завданням політики держави у сфері охорони здоров'я. Збереження і поліпшення здоров'я забезпечує піднесення економічно значущих якісних характеристик населення, продовження тривалості активного працездатного періоду її життя, більш повне використання можливостей людини [41].

До основних механізмів державної політики, що максимально впливають на функціонування сфери охорони здоров'я, слід віднести такі: фінансування галузі, організацію системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях, методи оплати виробників медичних послуг.

Стратегічними цілями державної політики з питань охорони громадського здоров'я на сучасному етапі мають стати: зниження захворюваності й передчасної смертності різних груп населення за віковими, статевими, професійними, релігійними й іншими ознаками; продовження середньої тривалості життя людини; продовження трудового довголіття і соціальної активності людини; зниження негативного впливу середовища (природного і антропогенного) на стан здоров'я населення; радикальне оновлення системи медичної профілактики захворювань та їх ускладнень і реабілітації осіб, які втратили здоров'я.

Процеси реформування та оптимізації державної політики з охорони громадського здоров'я повинні включати такі напрямки: демонополізація управління сферою охорони здоров'я шляхом залучення до цих процесів створених корпоративних професійних організацій лікарів, медсестер, фармацевтів; розробка ефективних механізмів запровадження системи багатоканального фінансування медичної галузі; пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з акцентом у діяльності на профілактику захворювань; посилення ролі реабілітаційної складової шляхом визначення ролі закладів охорони здоров'я і соціального захисту в цих процесах; удосконалення післядипломної підготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів шляхом делегування цих функцій професійним корпоративним об'єднанням.

Зміцнення впевненості громадян України у спроможності держави, зниження показників набуття інвалідності та смертності населення, у разі раптового погіршення здоров'я забезпечення своєчасної, якісної та доступної медичної допомоги є стратегічною метою реформування системи екстреної медичної допомоги.

Реалізація реформи системи екстреної медичної допомоги передбачається здійснити за наступними напрямками, які наведено на рис.3.2.



Рисунок 3.2. – Напрямки модернізації діяльності екстреної медичної допомоги

У межах запланованих реформ функціонуванні швидкої та невідкладної допомоги передбачається:

поділити функції невідкладної та швидкої допомоги та передати на первинний рівень невідкладну допомогу як функцію;

передати завдання проведення знеболювання онкологічним хворим удома на первинний рівень (отримання ліцензій структурами первинної допомоги на введення наркотичних препаратів);

ввести до складу госпітального округу станції швидкої допомоги, сформував кількість підстанцій та їх потужність так, щоб виконувалось дотримання головного критерію діяльності служби – часу доїзду до потерпілого або хворого в межах 20 хв. у сільській місцевості, в межах 10 хв. – у місті [16].

Догоспітальна категоризація викликів екстреної медичної допомоги має забезпечувати зменшення непрофільного навантаження на бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та ефективну диспетчеризацію таких викликів. Підвищити ефективність диспетчеризації в Україні можливо за умови реалізації системи взаємозв'язаних заходів. На основі аналізу закордонного досвіду, існуючих модернізованих диспетчерських систем в Україні доцільним є запровадження та розробка порядку автоматичної диспетчеризації та обробки викликів екстреної медичної допомоги за наступним алгоритмом.

Першочерговим завданням є розробка для консолідації та автоматизованого збору статистичних даних комунікації обласних диспетчерських служб центральної інформаційної системи. Така система дозволить координувати роботу обласних служб, отримувати стандартизовані дані про діяльність системи екстреної медичної допомоги.

Оновлене програмне забезпечення оперативно-диспетчерських служб повинно відповідати таким вимогам: наявність резервних потужностей та можливість автономної роботи в надзвичайних ситуаціях; узгодженість з розробленими процесами автоматичної диспетчеризації та категоризації викликів екстреної медичної допомоги; наявність програмних компонентів, що дозволяють використовувати автоматичну диспетчеризацію; здатність використовувати наявні ресурси з високим рівнем ефективності; наявність спеціального технічного модуля для обробки та отримання викликів екстреної медичної допомоги.

Централізована диспетчерська служба – національна ІТ-система, яка забезпечує оперативне залучення бригад екстреної медичної допомоги екстрених медичних реагувальників, волонтерів, здійснює обробку, збір, аналіз

інформації для забезпечення ефективного та своєчасного контролю якості надання екстреної медичної допомоги, тощо.

В режимі онлайн система отримує повну інформацію про звернення та результати їх обробки, моніторить роботу центрів екстреної медичної допомоги. Система фіксує кожен виїзд, час виклику, причину, час прибуття до лікарні, вчасність доїзду до пацієнта.

Прийом викликів за телефоном «103» та передача їх для обслуговування бригадам екстреної (швидкої) медичної допомоги є головною функцією централізованої диспетчерської служби. Виклик особи про необхідність надання екстреної медичної допомоги надходить до оперативно-диспетчерської служби Центру за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги 103. Реагування та контроль за надходженням викликів здійснює програмно-апаратний комплекс 103. Запис голосу, який зберігають протягом встановленого часу, час надходження виклику фіксує електронна система.

Особа, яка звернулась до оперативно-диспетчерської служби, повинна відповісти на питання диспетчера: вказати адресу виклику (вулицю, номер будинку, квартири, поверх, населений пункт, уточнити шляхи під'їзду до хворих, номер під'їзду), якщо паспортні дані не відомі, необхідно вказати орієнтовний вік, стать. По можливості – забезпечити бригаді безперешкодний доступ до хворого та необхідні умови для надання допомоги. Етапи реалізації диспетчерської функції наведені на рис.3.3.

Диспетчер при прийомі виклику визначає обставини подій виклику та стан пацієнта та визначає тип звернення (критичні, не екстрені, екстрені, непрофільні). (ДООДТОК Г)

Диспетчер за результатом розмови з пацієнтом формує електронну картку (інформаційний супровід на всіх етапах надання екстреної медичної допомоги) та передає керівнику бригади. Інформаційна система повинна в автоматичному режимі з розрахунком оптимального маршруту вибрати найближчі до місць викликів «вільні» бригади, передати виклик бригадам у вигляді SMS-повідомлень [42].

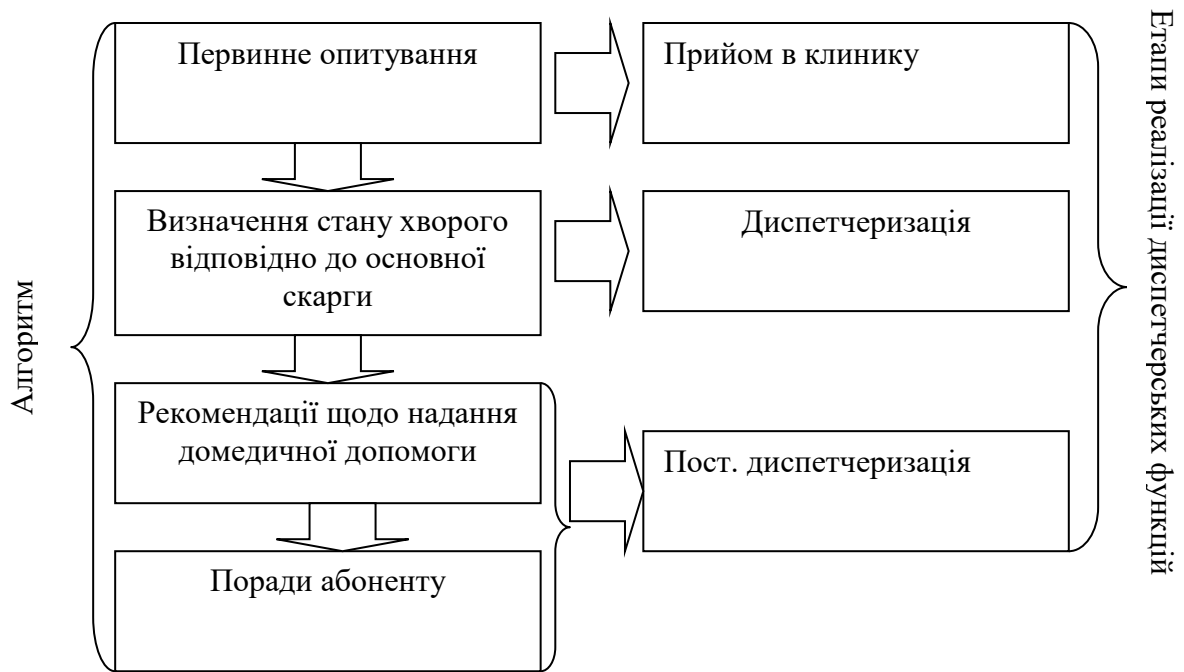


Рисунок 3.3. – Етапи реалізації диспетчерської функції

Впровадження автоматизованої системи керування, організації, контролю диспетчерської служби необхідно розпочати з використанням сучасних GPS-технологій, що дозволяє надавати дійсно швидко високоефективну кваліфіковану медичну допомогу та максимально скоротити час на виконання виклику. Таке завдання дозволить відмовитися від територіального підходу в обслуговуванні викликів.

Після прийняття виклику в електронній формі бригада інформує диспетчера про стан надання екстреної медичної допомоги та переносить її до медичної статистичної документації.

Функціонування систем диспетчеризації забезпечить: адекватну та швидко реакцію на аварійні ситуації; реєстрацію всіх системних подій, що дозволяє визначити причину аварійної ситуації; можливість видання аварійних повідомлень на екран віддаленого комп'ютера, монітора, мобільного телефону, пейджера, у разі відхилення параметрів від штатних показників повідомляти диспетчерам про необхідність виклику сервісних фахівців своєчасно.

Створення безкоштовного конфіденційного сервісу колл-центру – значно зменшить навантаження на диспетчерів. Колл-центри сприятимуть

відсіюванню непрофільних викликів: у разі потреби (не при екстреному випадку), кожен зможе звернутися до цього сервісу за порадою лікаря щодо здоров'я чи потрібною інформацією.

З метою зменшення кількості таких викликів необхідно створити ефективні та доступні види допомоги, які можуть бути надані замість виїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Така робота повинна проводитися за кількома напрямками: створити умови для того, щоб диспетчер оперативно-диспетчерської служби мав можливість отримання оперативної консультації лікаря з метою прийняття та уточнення рішення щодо необхідності надання екстреної медичної допомоги, посилити координацію системи охорони психічного здоров'я та системи екстреної медичної допомоги, зокрема в програмі раннього втручання, профілактиці психічних розладів, та кризової психологічної допомоги.

Сучасна модель надання екстреної медичної допомоги в Україні має бути вдосконалена зі збереженням кадрового резерву. Для цього необхідно:

- переглянути кваліфікацію та посадові обов'язки працівників системи екстреної медичної допомоги для підвищення професійного рівня;

- змінити підходи до визначення складу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

На догоспітальному етапі нова модель надання екстреної медичної допомоги передбачатиме відповідні зміни у системах перепідготовки, підготовки, підвищення кваліфікації працівників, підходах до їх атестації. На такому етапі підготовка фахівців екстреної медичної допомоги повинна передбачати:

- нові рамкові вимоги до практичних навичок відповідних професій та нові стандарти надання екстреної медичної допомоги;

- нові освітні програми у сфері охорони здоров'я, зорієнтовані на нові стандарти надання екстреної медичної допомоги;

- підвищення кваліфікації та підготовка викладачів для викладання нових освітніх програм;

- перепідготовку фахівців, здобуття нових спеціальностей;
- можливість індивідуальної професійної сертифікації;
- оновлення індивідуальних сертифікатів для високого рівня навичок та знань працівників;
- незалежне оцінювання компетентностей (знань);
- приведення у відповідність з міжнародними стандартами післядипломної підготовки лікарів.

Введення нових професій в системі екстреної медичної допомоги є одним з кроків до оптимізації та розширення типів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Поняття «екстрений медичний реагувальник» (особа, яка має навички володіння відповідним обладнанням, практичні навички базової підтримки життя та пройшла спеціалізоване навчання з надання першої допомоги) є основою реформування екстреної медичної допомоги. Наявність такого сертифіката екстреного медичного реагувальника буде обов'язковою вимогою для виконання посадових обов'язків поліцейських, пожежної охорони, бортпроводників, рятувальників аварійно-рятувальних служб, проводників пасажирських вагонів. При цьому:

- структура мінімального складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги має включати одного екстреного медичного техніка, одного парамедика. Бригада може мати розширену кадрову комплектацію для забезпечення екстреної медичної допомоги;

- склад бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги має бути оптимізовано, покращено технічне оснащення, вдосконалені підходи до утворення бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Таким чином, серед основних заходів підвищення якості та ефективності надання екстреної медичної допомоги можна виділити:

- створення та укомплектування централізованої диспетчерської,
- забезпечення служби екстреної медичної допомоги санітарним автотранспортом та відповідним медичним обладнанням,

на основі існуючих приймальних відділень багатопрофільних міських та центральних районних лікарень створення сучасних відділень невідкладної медичної допомоги [43].

Реалізація зазначених напрямків дозволить забезпечити дотримання нормативу доїзду бригад екстреної медичної допомоги до пацієнта, покращити медичне обслуговування населення та підвищити доступність та якість екстреної медичної допомоги.

## ВИСНОВКИ

На основі дослідження державного управління діяльності екстреної медичної допомоги визначено, що необхідність державного регулювання сферою охорони здоров'я, як соціально значущої сфери для суспільства, визначається економічними причинами.

Державне регулювання сфери охорони здоров'я це система заходів, спрямованих на підвищення адаптивності, результативності та ефективного функціонування сфери охорони здоров'я, і направлена, в першу чергу, на збереження соціальної справедливості в умовах ринкових відносин, тобто забезпечення надання якісної та доступної медичної допомоги всім громадянам. Виділено стратегічну мету, завдання, функції (соціальну та економічну) державного регулювання сферою охорони здоров'я. Досліджено нормативно-правове поле реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я та повноваження суб'єктів державного управління.

Екстрена медична допомога представляє собою вид медичної допомоги, що передбачає ряд лікувальних, діагностичних, організаційних заходів з надання своєчасної медичної допомоги пацієнтам та потерпілим, які перебувають у невідкладних станах. Узагальнено науково-методичні підходи щодо класифікації екстреної медичної допомоги. Організація надання екстреної медичної допомоги в Україні проводиться за допомогою формування центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з мережею його відділень, пунктів підстанцій, станцій екстреної медичної допомоги у кожному регіоні. На основі дослідження нормативно-правового забезпечення визначено структуру системи екстреної медичної допомоги адміністративно-територіальної одиниці та рівні надання екстреної та невідкладної медичної допомоги (домедична допомога; долікарська медична (догоспітальна) допомога; лікарська медична (догоспітальна) допомога).

Доведено, що для удосконалення організації надання екстреної медичної допомоги необхідним є вивчення досвіду розвинених країн. Узагальнено підходи до організації надання екстреної медичної допомоги в різних країнах світу (англо-американський, німецько-французький). Стратегічною метою будь-якої країни є створення стійкої національної системи охорони здоров'я, що відмічається своєю якістю та ефективністю, розвинутою системою фінансування охорони здоров'я та надання послуг. Аналіз досвіду організації та надання екстреної медичної допомоги таких країн, як Польща, Бельгія, Франція, Німеччина, Великобританія, США, доводить, що на всіх рівнях державного управління реалізовувалась єдина концепція протягом останніх десятиліть, яка відрізняється унікальною ефективністю та якістю організації системи медичної допомоги.

Стан здоров'я громадян України і національної галузі охорони здоров'я є наочним відображенням рівня економічного розвитку країни, спрямованості її національної політики. Аналіз тенденцій розвитку вітчизняної системи надання екстреної медичної допомоги показав, що рівень здоров'я населення України сьогодні кваліфікується як незадовільний через зростання рівня загальної смертності населення, середньої тривалості життя. Дослідження особливостей розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, фінансування екстреної медичної допомоги, динаміки державних витрат на охорону здоров'я та екстрену медичну допомогу зокрема доводить, що нинішня система надання екстреної медичної допомоги в Україні є недосконалою.

Аналіз стану здоров'я населення України свідчить про невисокий рівень народжуваності, високий рівень смертності, скороченні середньої очікуваної тривалості життя та, як наслідок, незадовільну медико-демографічну ситуацію. Виділено проблеми функціонування екстреної медичної допомоги в Україні: відсутність у сфері охорони здоров'я України національних галузевих стандартів з надання екстреної медичної допомоги; відсутність державного контролю надійності та якості засобів комунікації у системі екстреної медичної допомоги; на догоспітальному етапі незадовільна якість надання медичної

допомоги; недосконала організація раннього доступу до надання першої допомоги; для оперативно-диспетчерської служби відсутність державного стандарту на програмно-апаратний комплекс, нерозвинена системи безперервного професійного розвитку та ін. Головним фактором для подальшого ефективного впровадження реформ системи охорони здоров'я є забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я.

З метою удосконалення державного управління діяльності в сфері охорони здоров'я виділено напрямки модернізації діяльності екстреної медичної допомоги: нові підходи до організації екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі у разі перебування людини у невідкладному стані; забезпечення ефективної першої допомоги на місці події особами, що не мають медичної освіти; удосконалення догоспітальної категоризації викликів екстреної медичної допомоги; розширення мережі підстанцій; нові підходи до організації екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі у разі перебування людини у невідкладному стані; покращення роботи диспетчерських служб та ін. Реалізація зазначених напрямків дозволить забезпечити дотримання нормативу доїзду бригад екстреної медичної допомоги до пацієнта, покращити медичне обслуговування населення та підвищити доступність та якість екстреної медичної допомоги.

## ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Краснова О., Плужнікова Т. Роль держави в регулюванні сфери охорони здоров'я в ринкових умовах // Науковий вісник імені В.О.Сухомлинського. Економічні науки . – 2019. - №1(12). – С. 37-43.
2. Чухно І. А. Конкуренція в сфері охорони здоров'я // Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні: матеріали наук.-практ. конф., Харків, 16 березня 2016 р. – Харків, 2016. – С. 141-143.
3. Бережна Ю. В. Об'єктивна необхідність державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я в Україні // Соціально-економічний розвиток України та її регіонів: проблеми науки та практики: збірник матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., м. Харків, 10-11 травня 2012 р. – Харків, 2012. – С. 236-239.
4. Камінська Т. М. Контрактна економіка: еволюція та роль в охороні здоров'я // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 2. – С. 27-31.
5. Краснова О. І. Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я // Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – № 7. – С. 46-48.
6. Камінська Т. М. Контрактна економіка: еволюція та роль в охороні здоров'я // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 2. – С. 27-31.
7. Ковбасюк Ю. В., Бакуменко В. Д. Державне регулювання в умовах ринкової економіки // Енциклопедія державного управління. – К.: НАДУ, 2011. – Т.1. – С. 153-154.
8. Солоненко Н. Д. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості / // Сучасні питання економіки і права. – 2011. – Вип. 2. – С. 24-28.
9. Стиглиц Дж. Ю. Экономика государственного сектора: Пер. с англ. – М.: Изд-во МГУ, ИНФРА-М, 1997. – С. 76-84.
10. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування // Теорія та практика державного

управління і місцевого самоврядування. – 2014. - № 2. URL: [http://el-zbirn-du.at.ua/2014\\_2/14.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf) (дата звернення 01.02.2021).

11. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.

12. Пашков В.М. Правове регулювання обігу лікарських засобів. – К.: МОРІОН, 2004. – 160 с.

13. Господарський Кодекс України // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15> (дата звернення 01.02.2021).

14. Агиевец С.В. Теоретические проблемы правового регулирования медицинской помощи: монография. – Гродна: ГрГУ, 2002. – 168 с.

15. Пашков В. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я // Аптека. – 2006. - №26(547). URL: <https://www.apteka.ua/article/3256> (дата звернення 01.02.2021).

16. Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр – К.: НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

17. Конституція України // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 01.02.2021).

18. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України 19 листопада 1992 року №2801-XII // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 01.02.2021).

19. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313 // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (дата звернення 01.02.2021).

20. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: указ Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005> (дата звернення 01.02.2021).

21. Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні: указ Президента України від 30

листопада 2005 р. № 1674/2005 // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1674/2005> (дата звернення 01.02.2021).

22. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 р. «Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами»: указ Президента України від 14 лютого 2006 р. №132/2006 // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0140282-06> (дата звернення 01.02.2021).

23. Програма діяльності Кабінету Міністрів України «Подолання впливу світової фінансово-економічної кризи та поступальний розвиток: постанова Кабінету Міністрів України від 20.12.2008 №1107 // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0005120-08> (дата звернення 01.02.2021).

24. Положення про Міністерство охорони здоров'я України // Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv> (дата звернення 01.02.2021).

25. Князевич В. М., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень // Інвестиції: практика та досвід. – 2015. - №7. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/7\\_2015/23.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2015/23.pdf) (дата звернення 01.02.2021).

26. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 5 липня 2012 року 5081-VI // Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення 01.02.2021).

27. Пазинич Л. М. , Ситенко О. Р. , Смірнова Т. М. Питання функціонування та організації системи екстреної медичної допомоги в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2018. - №3. – С. 22-28.

28. Досвід різних країн світу в організації швидкої медичної допомоги // Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва. URL: <http://ssmp.health.kiev.ua/index.php/36-svitova-istoriya/84-dosvid-riznikh-krajin-svitu-v-organizatsiji-shvidkoji-medichnoji-dopomogi-naselennyu-ta-istoriya>

[rozvitkusluzhbi-shvidkoji-medichnoji-dopomogi?showall=1&limitstart](https://rozvitkusluzhbi-shvidkoji-medichnoji-dopomogi?showall=1&limitstart) (дата звернення 01.02.2021).

29. Мороз Є.Д., Близнюк М.Д., Печиборщ В.П., Михайловський М.М., Кушінр В.А., Вороненко В.В. Досвід організації екстреної медичної допомоги потерпілим у надзвичайних ситуаціях у США та розвинених державах світу // Український медичний часопис. – 2018. - №4(2). URL: <https://www.umj.com.ua/article/129631/dosvid-organizatsiyi-ekstrenoyi-medichnoyi-dopomogi-poterpilim-u-nadzvichajnih-situatsiyah-u-ssha-ta-rozvinenih-derzhavah-svitu> (дата звернення 01.02.2021).

30. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я // Форум права. – 2011. - № 2. – С. 139-146.

31. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019 // Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf) (дата звернення 01.02.2021).

32. Звіт Національної служби охорони здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019.pdf?1613425495> (дата звернення 01.02.2021).

33. Галузевий бриф «Охорона здоров'я» // Ukraine Reform Conference. URL: <https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2020/02/Healthcare-reform.pdf> (дата звернення 01.02.2021).

34. МОЗ: У Державному бюджеті на 2019 рік на охорону здоров'я передбачено 95,08 млрд. грн. // Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-u-derzhavnomu-byudzheti-na-2019-rik-na-ohoronu-zdorovya-peredbacheno-9508-mlrd-grn> (дата звернення 01.02.2021).

35. Федішин-Сорока М. А., Козак Д. В. Надання екстреної медичної допомоги в Україні // Медсестринство. – 2011. - №3. – С.17-19.

36. Пазинич Л. М. , Ситенко О. Р, Смірнова Т. М. Питання функціонування та організації системи екстреної медичної допомоги в Україні

// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2018. - №3 (77). - С.22-28.

37. Надання екстреної медичної допомоги потребує вдосконалення: результати незалежної оцінки якості // Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/nadannja-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-potrebue-vdoskonalennja-rezultati-nezalezhoi-ocinki-jakosti> (дата звернення 01.02.2021).

38. Ястремська С.О., удима А.А., Рега Н.І. Проблемні питання підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги і медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації // Медсестринство. – 2013. - №2. – С.8-11.

39. Галина Муляр Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я // Вісник АПСВТ. – 2020. - №1-2. - С43-52.

40. Задихайло Д. Держава та економічне ринкове середовище: господарсько-правовий аспект // Вісник Академії правових наук України. – 2005. - № 3(42). – С.149-161.

41. Кельзен Ганс. Чисте правознавство: 3 дод.: Пробл. справедливості / Пер. з нім. О. Макровольського. – К.: Юніверс, 2004. – 496 с.

42. Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» // Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. URL: <http://www.emd.kh.ua/index.php/uk/home/about-emd> (дата звернення 01.02.2021).

43. Підвищення ефективності та якості надання екстреної медичної допомоги // Запорізька обласна державна адміністрація. URL: <https://www.zoda.gov.ua/article/2085/pidvishennya-efektivnosti-ta-yakosti-nadannya-ekstrenoji-medichnoji-dopomogi.html> (дата звернення 01.02.2021).

44. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / кол. авт. ; за заг. ред. В. М. Князевича. – К. : [б. в.], 2009. – С. 5-10

45. Солоненко Н., Солоненко І. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я // Вісн. УАДУ. – 2001. – № 1. – С. 187–194.
46. Пономаренко В. М., Нагорна А. М., Ткач, Л.І., Гуменний В.С. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. – 1997. – Квіт.-черв. – № 1 (56). – С. 28-29.
47. Підаєв А. В., Возіанов О.Ф., Москаленко В. Ф. Панорама охорони здоров'я населення України– К. : Здоров'я, 2003. – 396 с.
48. Карамішев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми. – Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2006. – 304 с.
49. Князевич В.М. Медична галузь потребує системних змін // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім.. П.Л. Шупика. – К.: 2008. – С. 5-7.
50. Князевич В.М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови // Східноєвроп. журн. Громадського здоров'я. – 2008. – № 3 (3). – С. 23–37.
51. Лобас В.М., Владзимирський А.В. Електронні засоби державного управління охороною здоров'я: Навч. посібн. – Д.: «Ноулідж», 2012. – 222 с.
52. Портер М., Айсберг Э.О. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат. М.: Изд-во Алексея Капусты (подразделение «Агенства «Стандарт»), 2007. – 620 с.
53. Радиш Я. Єдиний медичний простір України – вимога часу // Інвестиції: практика та досвід. – 2015. - № 1. – С. 163-164.
54. Рабинович П.М., Хавронюк М.І. Права людини і громадянина: Навчальний посібник. – К.: Атіка, 2004. – 464 с.
55. Господарське право України: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. Н.О.Саніахметової. – Х.: Одіссей, 2005. – 608 с.
56. Рабинович П.М., Хавронюк М.І. Права людини і громадянина: Навчальний посібник. – К.: Атіка, 2004. – 464 с.

57. Господарське право України: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. Н.О.Саніахметової. – Х.: Одіссей, 2005. – 608 с.

58. Агиевец С.В. Теоретические проблемы правового регулирования медицинской помощи: Монография. – Гродна: ГрГУ, 2002. – 168 с.

59. Юсупов В. Удосконалення правового забезпечення функціонування державної економічної політики // Підприємництво, господарство і право. 2005. № 10. С. 18-21..

60. Щербина В.С. Господарське право: Підручник. – К.: Юрінком Інтер, 2005. - 592 с.

61. Вінник О.М. Господарське право: Курс лекцій. – К.: Атіка, 2004. – 624 с.

## СПИСОК

наукових праць Курчинок Олени Вікторівни  
(прізвище, ім'я, по батькові)

| № з/п | Назва                                                                                                                  | Видавництво, журнал (назва, номер, рік) чи номер авторського свідоцтва                                                                                                                   | Кількість друкованих аркушів | Прізвища співавторів |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|
| 1     | 2                                                                                                                      | 3                                                                                                                                                                                        | 4                            | 5                    |
| 1     | Світовий досвід навчання надання екстреної медичної допомоги з симуляційними технологіями та їх впровадження в Україні | Інноватика в сучасній освіті та науці: теорія і практика. Матеріали II науково-практичної конференції (м. Ужгород, 25-26 вересня 2020 р.). – Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2020. | 0,18                         | -                    |
| 2     |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                              |                      |

Загальний обсяг публікацій складає – 0,18 д.а., з яких особисто магістранту належить 0,18 д.а.

Автор \_\_\_\_\_  
(підпис)

Курчинок О.В. \_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали)

Керівник \_\_\_\_\_  
(підпис)

Следь О.М. \_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали)

## ДОДАТОК А

ТАБЛИЦЯ А.1 – ПОВНОВАЖЕННЯ ОРГАНІВ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ ТА ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ [26]

| Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування                        | Повноваження                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Кабінет Міністрів України                                                         | <p>забезпечує проведення державної політики у сфері надання екстреної медичної допомоги, організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>координує роботу міністерств, інших центральних органів виконавчої влади щодо функціонування системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>забезпечує розроблення та виконання державних цільових програм, спрямованих на зміцнення матеріально-технічної бази системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>забезпечує фінансування видатків на розвиток мережі та утримання автомобільних доріг, вулиць і залізничних переїздів;</p> <p>визначає норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до місця події, вживає передбачених законом заходів із його дотримання;</p> <p>затверджує обсяги підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації за державним замовленням медичних працівників для потреб системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>вживає заходів щодо забезпечення системи екстреної медичної допомоги телекомунікаційними ресурсами;</p> <p>затверджує порядок:</p> <p>забезпечення екстреною медичною допомогою іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, а також фізичних осіб, які взяті під варту або яким призначено покарання у виді позбавлення волі;</p> <p>застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних санітарних транспортних засобів;</p> <p>взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків;</p> <p>здійснює інші функції та повноваження, визначені цим Законом та іншими актами законодавства.</p> |
| Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну | <p>забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері надання екстреної медичної допомоги;</p> <p>визначає пріоритетні напрями розвитку системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>забезпечує нормативно-правове регулювання діяльності системи екстреної медичної допомоги та надання екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону;</p> <p>узагальнює практику застосування законодавства у сфері</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| політику у сфері                                           | надання екстреної медичної допомоги, розробляє пропозиції щодо його                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Продовження табл.А.1                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування | Повноваження                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| охорони здоров'я                                           | <p>вдосконалення та внесення в установленому порядку проєктів відповідних нормативно-правових актів;</p> <p>визначає єдині вимоги та критерії до закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць, а також до закладів охорони здоров'я, які можуть бути залучені до надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, здійснює контроль за їх дотриманням;</p> <p>затверджує примірні штатні розклади і табелі оснащення закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць;</p> <p>визначає єдині кваліфікаційні вимоги до медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць;</p> <p>формує і розміщує державне замовлення на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників для потреб системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>організовує наукове забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>затверджує клінічні протоколи і стандарти екстреної медичної допомоги, здійснює контроль за їх дотриманням;</p> <p>налагоджує міжнародне співробітництво та вивчає світовий досвід щодо організації та надання екстреної медичної допомоги;</p> <p>здійснює інші функції та повноваження, визначені цим Законом та іншими актами законодавства.</p> |
| Обласні адміністрації                                      | <p>вносять на розгляд обласних та інших органів місцевого самоврядування пропозиції щодо створення, організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги на території відповідних адміністративно-територіальних одиниць;</p> <p>розробляють та затверджують за погодженням із центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, щорічні регіональні плани функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги, забезпечують їх виконання;</p> <p>визначають за погодженням із центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, перелік закладів охорони здоров'я, які складають систему екстреної медичної допомоги відповідної адміністративно-територіальної одиниці, здійснюють управління цими закладами;</p> <p>забезпечують фінансування видатків, спрямованих на організацію та функціонування системи екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці, забезпечення її необхідними матеріально-технічними ресурсами;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|  |                                                                                                                     |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | подають в установленому порядку центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Продовження табл.А.1

| Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування | Повноваження                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | <p>політику у сфері охорони здоров'я, пропозиції щодо визначення обсягів державного замовлення на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників системи екстреної медичної допомоги;</p> <p>забезпечують будівництво, реконструкцію, ремонт вулиць і доріг на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці та їх утримання у стані, що уможливорює виконання встановленого відповідно до цього Закону нормативу прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до місця події, а також забезпечують створення інших умов для дотримання цього нормативу;</p> <p>визначають перелік закладів охорони здоров'я, які забезпечують надання медичної допомоги на території відповідних адміністративно-територіальних одиниць у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків;</p> <p>формують мережу пунктів постійного і тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги;</p> <p>забезпечують систему екстреної медичної допомоги матеріально-технічними ресурсами, необхідними для її функціонування та своєчасного і якісного надання екстреної медичної допомоги;</p> <p>забезпечують дотримання клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги медичними працівниками;</p> <p>здійснюють інші функції та повноваження, визначені законодавством.</p> |
| Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф    | <p>1. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є закладом охорони здоров'я, основне завдання якого – забезпечення організації та надання екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці відповідно до цього Закону.</p> <p>2. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є юридичною особою, має самостійний баланс, відповідні рахунки в органах казначейства і банках, печатку та бланк із своїм найменуванням.</p> <p>4. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф забезпечує:</p> <p>прийняття викликів екстреної медичної допомоги;</p> <p>формування, оброблення та передачу інформації про виклики екстреної медичної допомоги;</p> <p>координацію дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги;</p> <p>взаємодію з органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, закладами, підприємствами, установами та</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|  |                                                                                                                    |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | організаціями;<br>надання виїзної консультативної медичної допомоги;<br>ведення статистичного обліку та звітності; |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Продовження табл.А.1

| Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування | Повноваження                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | <p>розрахунок необхідної кількості та планування місцезнаходження пунктів постійного і тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги для своєчасного надання населенню екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону, внесення на розгляд органу, уповноваженого управляти центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, відповідних пропозицій;</p> <p>залучення у разі потреби закладів охорони здоров'я, які не входять до системи екстреної медичної допомоги, та їх працівників і технічних ресурсів до надання медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.</p> <p>7. Управління центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф відповідної адміністративно-територіальної одиниці здійснюється у порядку та в межах повноважень, що визначені цим та іншими законами, обласними, державними адміністраціями.</p> |

## ДОДАТОК Б



Рисунок Б.1. – Модель управління та надання медичної допомоги системою екстренної медичної допомоги.

відпущено лікарських засобів  
за електронними рецептами

1 409 495  
915 720

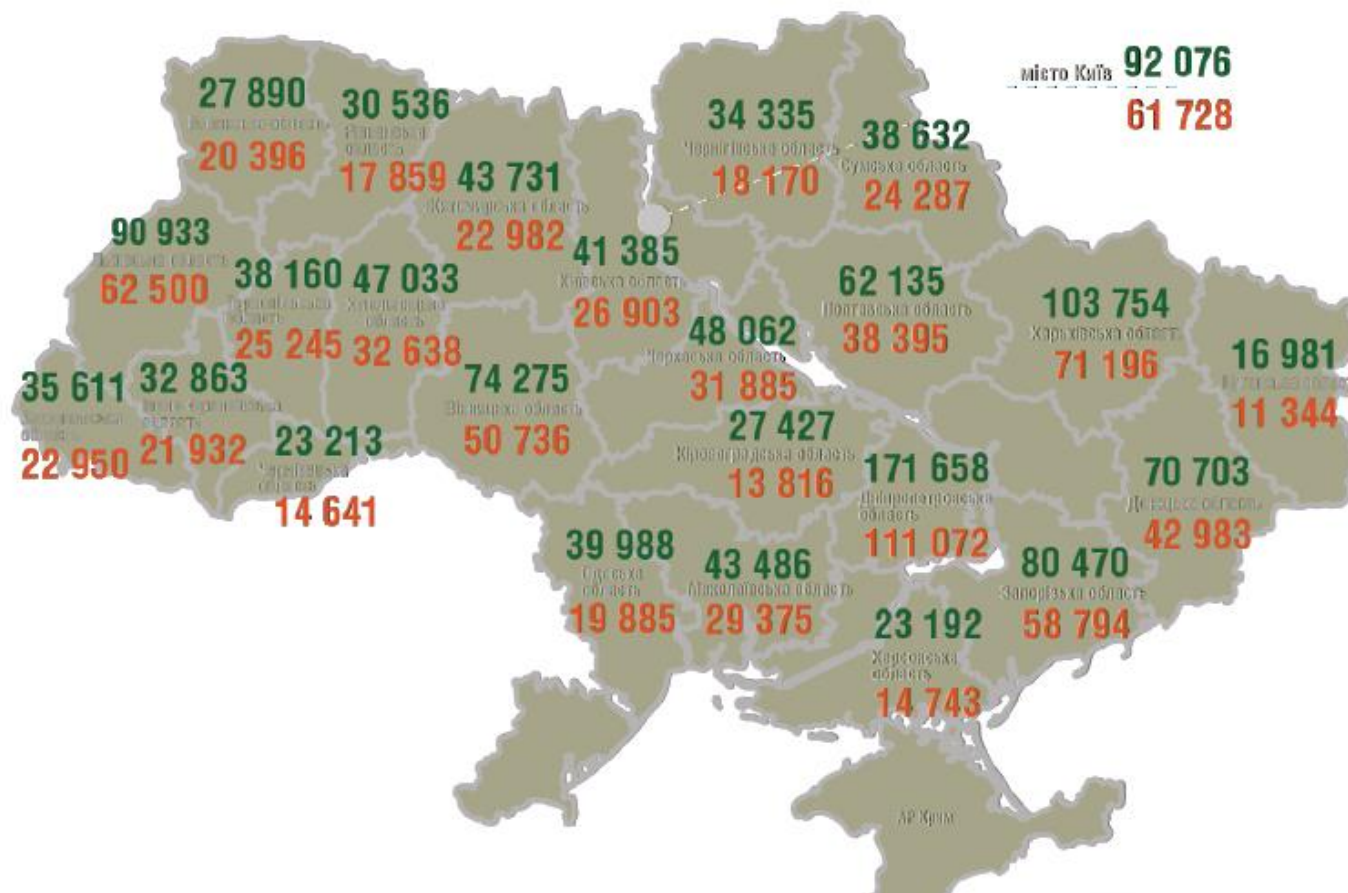


Рисунок В.1. – Регіональний аналіз випуску електронних рецептів в 2019 році

- аптек-юр.осіб, які мають договір з НСЗУ
- аптек-місць отримання доступних ліків

947  
6436

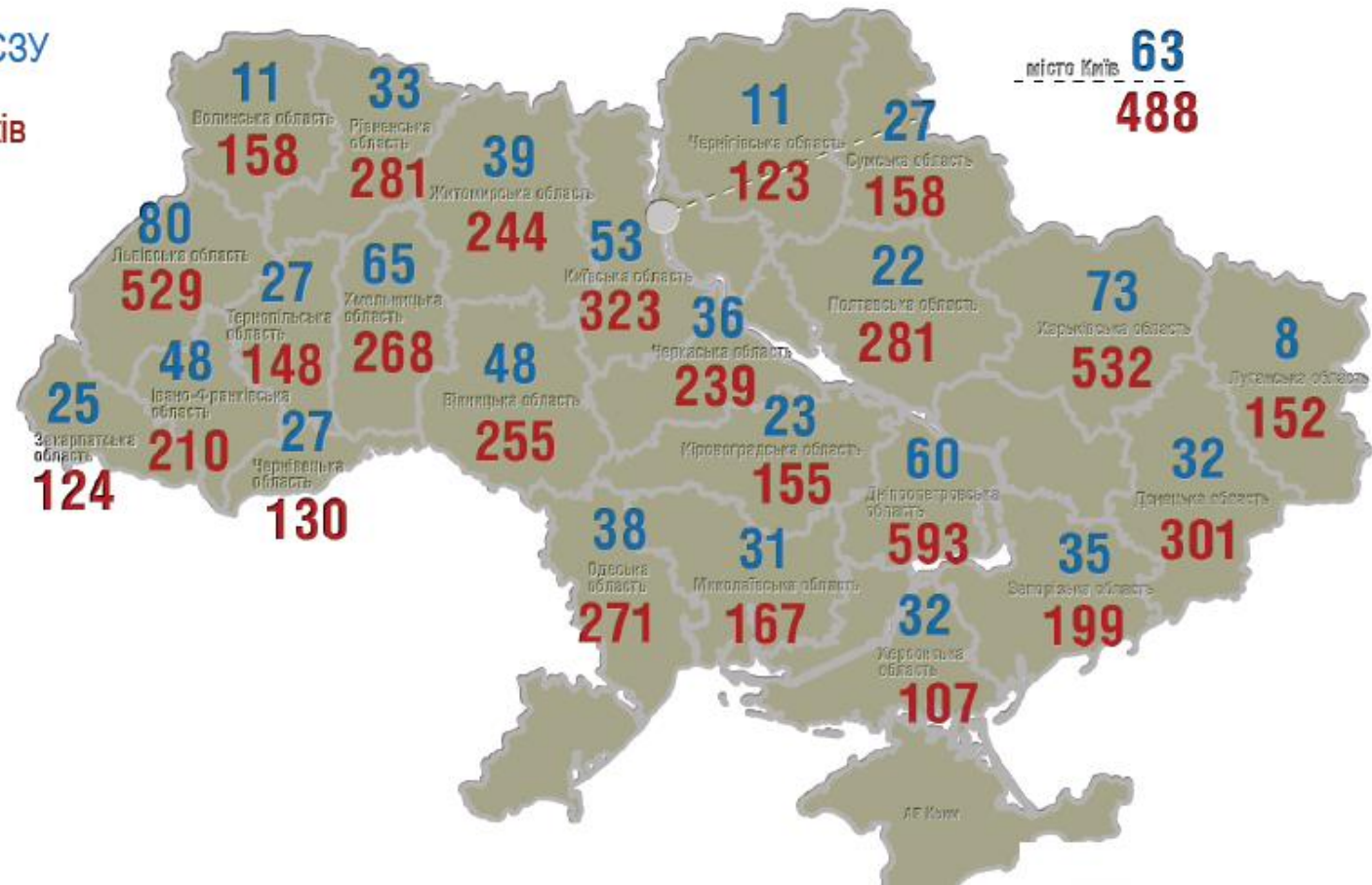


Рисунок В.2. – Карта аптек-учасників урядової програми «Доступні ліки»

## ДОДАТОК Г

ТАБЛИЦЯ Г.1 – ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ ТИПУ ЗВЕРНЕННЯ В ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКІЙ СЛУЖБІ

| КРИТИЧНІ                                                                                                                                       | ЕКСТРЕНІ                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | НЕЕКСТРЕНІ                                                                                                                                                                                                                                      | НЕПРОФІЛЬНІ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Звернення стосовно хворих/постраждалих при невідкладних станах, що безпосередньо загрожують життю, потребують виконання реанімаційних заходів. | Звернення стосовно хворих/постраждалих при невідкладних станах, що несуть загрозу життю та здоров'ю людини і можуть призвести до різкого погіршення стану в разі несвочасного надання екстреної медичної допомоги                                                                                                      | Звернення стосовно постраждалого/хворого, стан якого не є невідкладним та відстрочення надання медичної допомоги якому не призведе до погіршення стану здоров'я, проте хворий/постраждалий потребує оцінки стану здоров'я медичним працівником. | Звернення стосовно постраждалих/хворих, стан яких не є невідкладним та не потребує надання медичної допомоги в межах, передбачених кваліфікаційними вимогами працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Хворий/постраждалий не потребує проведення оцінки стану здоров'я на місці, у разі потреби йому може бути надано дистанційну медичну консультацію щодо причини звернення. |
| Супроводжується:                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| відсутністю дихання;<br>неефективним диханням;<br>ознаками масивної крововтрати/кровотечі;                                                     | порушенням свідомості;<br>ознаками кровотечі;<br>ознаками гострого коронарного синдрому;<br>ознаками гострого мозкового інсульту;<br>розладами дихання;<br>іншими скаргами та ознаками, що визначені як екстрені відповідно до переліку причин звернень та скарг про необхідність надання екстреної медичної допомоги; |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Зумовлений                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| усіма видами травм різної етіології;                                                                                                           | усіма видами травм різної етіології;                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Продовження табл.Г.1

| КРИТИЧНІ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ЕКСТРЕНІ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | НЕЕКСТРЕНІ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | НЕПРОФІЛЬНІ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| впливом зовнішніх факторів етіології;<br>впливом зовнішніх факторів (ураження електричним струмом, блискавкою тощо);<br>інтоксикацією та отруєнням, у тому числі укусами тварин, комах тощо;<br>гострими та хронічними захворюваннями.                                                                                                                       | впливом зовнішніх факторів етіології;<br>впливом зовнішніх факторів (ураження електричним струмом, блискавкою тощо);<br>інтоксикацією та отруєнням, у тому числі укусами тварин, комах тощо;<br>гострими та хронічними захворюваннями.                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ЧАС ПРИБУТТЯ НА ВИКЛИК</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 10 хвилин з моменту надходження звернення до Диспетчера (у випадку виникнення обставин, які не залежать від організації системи надання екстреної медичної допомоги (ускладнений дорожній рух, метеорологічні умови, сезонні особливості, епідеміологічна ситуація тощо), допускається перевищення зазначеного нормативу, але не більше ніж у 25 % випадків) | 20 хвилин з моменту надходження звернення до Диспетчера (у випадку виникнення обставин, які не залежать від організації системи надання екстреної медичної допомоги (ускладнений дорожній рух, метеорологічні умови, сезонні особливості, епідеміологічна ситуація тощо), допускається перевищення зазначеного нормативу, але не більше ніж у 15 % випадків) | Диспетчер рекомендує пацієнту звернутися до лікаря, що надає первинну медичну допомогу, з яким укладена декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, або таке звернення може бути передане до чергового центру первинної медико-санітарної допомоги відповідної адміністративно-територіальної одиниці. У разі відсутності такої можливості диспетчер напрямку направляє до пацієнта бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, що не виконує критичні або екстрені виклики. | Диспетчер рекомендує пацієнту звернутися до лікаря, що надає первинну медичну допомогу, з яким укладена декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. У разі потреби відповідальний медичний працівник оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен надати дистанційну медичну консультацію щодо причини звернення. |