

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління  
та національної безпеки  
Кафедра економічної теорії, інтелектуальної  
власності та публічного управління

Кваліфікаційна робота  
на правах рукопису

**СОВА Анатолій Миколайович**

УДК 351:614.88 (477.42)  
(індекс)

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**Державне управління розвитком екстреної медичної  
допомоги та медицини катастроф у Житомирській області**  
спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання  
на відповідне джерело А.М.Сова

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Захаріна Оксана Володимирівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

К.с.н., доцент  
(науковий ступінь, вчене звання)

## АНОТАЦІЯ

Сова А.М. Державне управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Житомирській області – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління і адміністрування» – Поліський національний університет, Житомир, 2021.

Перший розділ присвячений дослідженню теоретичних засад управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

У другому розділі проведено аналіз державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

У третьому розділі надано пропозиції щодо удосконалення державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Житомирській області. Зміст анотації.

Ключові слова: невідкладна медична допомога, швидка медична допомога, екстрена медична допомога, право на екстрену медичну допомогу, організація екстреної медичної допомоги.

## SUMMARY

Sova A.M. State Department for the Development of Emergency Care and Disaster Medicine in the Zhytomyr Region - Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in 281 "Public Management and Administration" - Polissya National University, Zhytomyr, 2021.

The first section is devoted to the study of the theoretical foundations of managing the development of emergency care and disaster medicine.

The second section analyzes the state management of the development of emergency medical care and disaster medicine.

The third section provides proposals for improving public administration for the development of emergency medical care and disaster medicine in the Zhytomyr region. Annotation content.

Key words: emergency medical care, ambulance, emergency medical care, the right to emergency medical care, organization of emergency medical care.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ .....</b>	<b>4</b>
<b>ВСТУП .....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ .....</b>	<b>8</b>
1.1. Поняття «Екстрена медична допомога та медицина катастроф» та основні характеристики .....	8
1.2. Впровадження системи розвитку екстреної медичної допомоги в Україні шляхом використання світових моделей екстреної медичної допомоги .....	10
1.3. Вимоги нормативних документів щодо екстреної медичної допомоги .....	13
Висновки до розділу 1.....	14
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ ПРАКТИКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ В ДОСЛІДЖУВАНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ .....</b>	<b>16</b>
2.1. Характеристика діяльності.....	16
2.2. Структура і органи управління .....	17
2.3. Оцінка діючих процедур управління екстреною медичною допомогою та медициною катастроф та їх результативність .....	20
Висновки до розділу 2 .....	24
<b>РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ У ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ .....</b>	<b>25</b>
3.1. Основні напрямки удосконалення управління організації розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф .....	25
3.2. Методичні підходи до удосконалення розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф .....	27
3.3. Пропозиції щодо забезпечення ефективної реалізації державного управління організації розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф .....	30
Висновки до розділу 3.....	31
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>33</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>34</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>36</b>

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АІДС	– Автоматизована інформаційно-диспетчерська система
ЕМД	– Екстрена медична допомога
КНП	– Комунальне некомерційне підприємство
КМУ	– Кабінет Міністрів України
МОЗ України	– Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ	– Національна служба здоров'я України
ЦПМСД	– Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦЕМД та МК	– Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
ЗОЗ	– Заклади охорони здоров'я
SWOT-аналіз	– Аналіз сильних, слабких сторін, можливостей та загроз (Strenght, Weaknesses, Opportunities and Threats)
МІС	– Медична інформаційна система
ЦБД ЕСОЗ	– Центральна база даних електронної системи охорони здоров'я

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** Відповідно до вимог стандартів екстрена медична допомога має бути доступною для кожної людини і за необхідністю у будь-який час. «Вчасно та добре організована допомога знижує летальність, тривалість та важкість раптових захворювань і травм, зменшує страждання пацієнтів» [6]. Саме тому сьогодні в Україні виникла негайна потреба у запровадженні сучасної системи управління розвитком екстреної медичної допомоги шляхом її реформування та переходу на європейські стандарти.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Теоретичною базою магістерського дослідження щодо державного управління розвитком екстреної медичної допомоги є наукові розробки Н. В. Кривецької, І. О. Йосипенко, О. С. Йоффе, О. Є. Лейст, П. О. Недбайло, Г. Г. Роціна, І. С. Самощенко, М. Х. Фарукшина, М. Д. Шаргородського та ін. Напрацювання вищезазначених науковців мають потужний базис для теоретичних та практичних досліджень, але в розрізі екстреної медичної допомоги вони є досить дискусійними і такими, що потребують опрацювання й удосконалення. Недостатній рівень наукового дослідження управління розвитком екстреної медичної допомоги, недосконалість механізму його публічного адміністрування зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи.

**Метою кваліфікаційної роботи** є дослідження теоретичних і практичних аспектів державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Для досягнення мети передбачалася реалізація наступних завдань:

- обґрунтувати необхідність комплексного дослідження державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в нинішньому законодавчому й правовому вимірах;
- з'ясувати особливості поняття екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та їх характеристики;
- вивчити досвід світових моделей екстреної медичної допомоги;

- дослідити нормативні вимоги до екстреної медичної допомоги, що розроблені на основі Закону України «Про екстрену медичну допомогу»;
- надати характеристику діяльності центру екстреної допомоги та проаналізувати його структуру та органи управління;
- надати оцінку діючим процедурам управління екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та їх результативність;
- розробити пропозиції щодо забезпечення ефективної реалізації державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

**Об'єктом кваліфікаційної роботи** є державне управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

**Предметом дослідження** є процес побудови та імплементації управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Житомирській області.

**Методи дослідження.** Методологічною основою дослідження є різні наукові методи, що використовувалися з метою забезпечення об'єктивності, достовірності знань, вирішення поставленої мети, обґрунтованості зроблених висновків та рекомендацій, зокрема: діалектичний – для оцінки теоретичних результатів та нормативних положень щодо екстреної медичної допомоги; структурнофункціональний – для дослідження особливостей організації екстреної медичної допомоги, взаємодії суб'єктів надання екстреної медичної допомоги з іншими суб'єктами публічного адміністрування; порівняльно-правовий – для порівняння екстреної медичної допомоги в Україні та в іноземних державах; структурнологічний, статистичний та документальний аналіз – для аналізу екстреної медичної допомоги; моделювання – для розробки пропозицій стосовно вдосконалення державного управління розвитком екстреної медичної допомоги в Житомирській області; статистичний – для проведення аналізу та узагальнення емпіричної інформації.

**Практична значущість результатів** дослідження полягає в узагальненні основ управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; апробації діагностики процесу управління розвитком екстреної медичної допомоги; розроблені рекомендації щодо впровадження моделі управління розвитком екстреної медицини та медицини катастроф в Житомирській області.

**Апробація результатів.** Результати дослідження та основні положення доповідалися і обговорювалися на: З'їзді спеціалістів медицини невідкладних станів та медицини катастроф (31.03-01.04.2016 р. м. Київ, НМАПО ім. П.Л. Шупика); семінарі-наradі та науковій конференції з міжнародною участю «Питання розбудови екстреної медичної допомоги, створення оперативно-диспетчерської служби, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги та впровадження уніфікованих протоколів екстреної диспетчеризації в практику охорони здоров'я» (22-23.06.2016 р., м. Ужгород); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання медицини невідкладних станів» (24-25.05.2018 р. м. Київ, НМАПО ім. П.Л. Шупика).

# РОЗДІЛ 1

## ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

### 1.1. Поняття «Екстрена медична допомога та медицина катастроф» та основні характеристики

Екстрена медична допомога призначена, насамперед, для порятунку пацієнтів із загрозою життю та надання невідкладної допомоги (травми, що загрожують життю, дорожньо-транспортні пригоди, гострі захворювання, такі як інфаркт міокарда, раптова смерть, внутрішня кровотеча тощо).

Таким чином, швидка допомога не пише рецептів і не проводить масштабних діагностичних тестів. У системі охорони здоров'я медичне обслуговування, як правило, класифікується на два види. Перший називається плановим доглядом (також сімейним лікарем), що характеризується заздалегідь призначеним прийомом лікаря та пацієнта. Планова допомога надається людям, які страждають на хворобу, але безпосередньо не перебувають у стані, що загрожує життю. Другий вид медичної допомоги називається невідкладною. Невідкладна допомога надається пацієнту, лікування якого не можна відкладати. Іншими словами, швидка допомога – це амбулаторна служба охорони здоров'я для первинної діагностики та лікування хвороби, травми чи отруєння, що загрожує життю, і, якщо потрібно, для транспортування людини, яка потребує допомоги, до лікарні. У разі необхідності пацієнта перевозять до відділення невідкладної допомоги.

У разі серйозного інциденту, стихійного лиха чи інших особливих обставин спеціалісти з невідкладної медицини зазвичай надають медичну допомогу. Однак різниця між невідкладною медициною за звичайних обставин та невідкладною медичною допомогою за особливих обставин (медицина катастроф) – це не просто питання ступеню особливості. Катастрофа – це ситуація з дисбалансом між безпосередньою потребою в медичній допомозі та наявними



ресурсами, що не стосуються звичайної невідкладної медицини. Таким чином, для всіх лікарів швидкої допомоги необхідна спеціальна підготовка з готовності до катастроф. Більш того, медицина катастроф спрямована на вивчення епідеміології та управління великими інцидентами та катастрофами та взяття участі в них.

Поняття «Медицина від катастроф» стало широко застосовуватися порівняно недавно, але і досі недостатньо обізнаності як з боку громадськості, так і медичних працівників щодо змісту основних понять та термінів, що використовуються в нормативних документах служби медицини катастроф. [5].

Згідно із Законом України про екстрену медичну допомогу передбачено функціонування єдиної системи екстреної медичної допомоги на основі реорганізації всіх підрозділів служби швидкої медичної допомоги, медицини катастроф, їхнього об'єднання зі створенням єдиної потужної оперативно-диспетчерської служби.

Центр екстреної медицини та медицини катастроф забезпечує: прийняття екстрених медичних викликів; формування, обробку та передачу інформації про екстрені медичні виклики; координацію дій бригад екстреної медичної допомоги та закладів охорони здоров'я з надання невідкладної медичної допомоги; взаємодію з органами виконавчої влади, місцевими органами влади, установами, підприємствами та організаціями; амбулаторне медичне лікування; статистичний облік та звітність; розрахунок необхідної кількості та планування розміщення постійних та тимчасових баз для бригад екстреної медичної допомоги щодо своєчасного надання невідкладної медичної допомоги населенню відповідно до положень Закону про екстрену медичну допомогу. [10]

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів від 21.11.2012 № 1119, прибуття персоналу швидкої медичної допомоги до місця події за зверненнями, що належать до категорії надзвичайних ситуацій, становить 10 хвилин у містах, у населених пунктах за містом – 20 хв. з моменту надходження звернення до диспетчерської служби Центру екстреної медичної допомоги та медицини

катастроф. Також передбачено поділ звернень на термінові і нетермінові в залежності від стану пацієнта.

## **1.2. Впровадження системи розвитку екстреної медичної допомоги в Україні шляхом використання світових моделей екстреної медичної допомоги**

Сьогодні глобальна система екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД) досягла рівня, що дає змогу суттєво вплинути на загальну систему охорони здоров'я у світі. ВООЗ визначає системи ЕМД як невід'ємну частину будь-якої ефективної та функціональної системи охорони здоров'я. [11]. ЕМД – це перша відправна точка в системі охорони здоров'я для більшості пацієнтів під час надзвичайних ситуацій та травм, що загрожують життю та здоров'ю. ЕМД – це перший крок у доступі до вторинної та третинної медичної допомоги. Догоспітальна медична допомога призначена для надання допомоги на місці аварії або гострої хвороби. Це єдиний комплекс, що включає різноманітні послуги, починаючи від пунктів ЕМД і закінчуючи диспетчерськими, які приймають екстрений виклик та направляють мобільну команду ЕМД за потребою. [4]

Налагоджена система невідкладної медичної допомоги, яка забезпечує безперервність готовності до надзвичайних ситуацій, успішно працює у багатьох розвинених країнах протягом багатьох років. Тому надзвичайно важливо врахувати найкращий міжнародний досвід реформування системи ЕМД для України.

На даний час у всьому світі існує дві моделі системи екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД). Система, де екстрена медицина існує як єдина спеціальна модель, успішно працює в США, Канаді, Австралії, Великобританії. У Європі, крім Великобританії, ЕМД зарекомендована як самостійна система в Ірландії, Ісландії, Польщі, Чехії, Угорщині, Болгарії, Естонії, Румунії та Туреччині. Цілком імовірно, що найближчим часом ЕМД стане незалежною у Швеції, Італії та Іспанії. Згідно з другою моделлю, невідкладна медицина існує як додаткова спеціальність, яка вимагає 2-х років додаткової спеціалізації з невідкладної

медицини на додаток до базової медичної підготовки (6 років) та початкової професійної спеціалізації (3-5 років). Ця модель працює в Австрії, Швейцарії, Німеччині, Франції, Нідерландах, Данії, Фінляндії, Норвегії, Бельгії та Португалії. Одним важливим недоліком моделі є те, що кожен фахівець надає пацієнту невідкладну допомогу виходячи з його основної спеціальності. За останні роки частка екстреної медицини значно зросла. Поняття екстреної медицини як самостійної професії глобалізується і поширюється по всій Європі. Європейське товариство екстреної медицини було створене десять років тому. Статус Європейської екстреної медицини підтверджується маніфестом Європейського товариства екстреної медицини. [7] Європейська навчальна програма з надання невідкладної медицини розроблена для навчання з невідкладної медицини. Зараз ведуться переговори з Європейською організацією медичних асоціацій з метою створення Європейської секції екстреної медицини та Ради в рамках цієї організації. Євродирективи вважають оптимальним 5-річну практику в ЕМД, з яких у відділенні невідкладної допомоги повинно пройти не менше 3-х років.

Проблема ЕМД полягає у великій нерівності між європейськими країнами, що перешкоджає гармонізації самої системи екстреної медицини. Зростає завантаженість відділень невідкладної медичної допомоги, а також нестача ліжок у лікарнях та медичного персоналу.

Потреба в спеціалістах. Лікарі екстреної медицини працюють або в машині швидкої допомоги, або у відділенні невідкладної допомоги.

Лікарі екстреної медицини, які пройшли спеціальну підготовку з лікування невідкладних пацієнтів, у т.ч. володіють основними принципами інтенсивної терапії, транспорту та догоспітального лікування, повинні надати послугу реанімації. Однак тут повинен залишатися пункт про те, що лікар невідкладної медицини, який має досвід роботи у відділенні невідкладної допомоги лікарні, може працювати реаніматологом.

Потреба у спеціалістах невідкладної медицини в лікарні склала б близько 80-100 (близько 0,7 лікарів на 10000 жителів). У системі швидкої допомоги в

майбутньому має працювати від 70 до 80 лікарів невідкладної допомоги (приблизно 0,6 лікаря на 10 000 жителів). Зменшення кількості лікарів у санітарних машинах тягне за собою необхідність збільшення кількості лікарів у відділеннях невідкладної допомоги, оскільки збільшується кількість пацієнтів у невідкладних станах, які надходять до лікарні, і навантаження на відділення швидкої допомоги. Оскільки кількість місць, що фінансуються державою, для надання невідкладної медичної допомоги є обмеженою (в середньому 5 жителів на рік), підготовка необхідної кількості лікарів швидкої медичної допомоги займе майже 25-30 років. Для вирішення ситуації щодо підготовки лікарів екстреної медицини необхідно пройти щонайменше 6 місяців курсів перепідготовки лікарів із попереднім досвідом невідкладної медичної роботи (лікарі загальної практики та спеціалісти, які працювали у відділенні швидкої допомоги та прийому).

Система екстреної медичної допомоги в Україні має бути соціально орієнтована та спрямована на людей, врятування їх життя та здоров'я в надзвичайних ситуаціях. Саме така мета прописана в українському законі «Про екстрену медичну допомогу». Зміни у системі екстреної медичної допомоги в Україні – це складний, тривалий процес.

Впровадження змін не вирішується без зміни психології та розуміння завдань, що стоять перед службою ЕМД, а також усвідомлення самої мети створення такої вкрай необхідної ланки охорони здоров'я. Реалізація українського Закону про екстрену медичну допомогу – це лише початок змін, внаслідок чого система екстреної медичної допомоги в Україні набуде таких функцій як у Європі.

### **1.3. Вимоги нормативних документів щодо екстреної медичної допомоги**

Діяльність екстреної медичної допомоги в Україні регламентується низкою нормативно-правових актів, а саме:

- Закон України про екстрену медичну допомогу, Концепція розвитку системи екстреної медичної допомоги (схваленої Розпорядженням КМУ від 22.05.2019 року № 838), Постанова КМУ від 21.11.2012 року № 114 про затвердження положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, Постанова КМУ від 21.11.2012 року № 1116 про затвердження положення про Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Постанова КМУ від 21.11.2012 року № 1118 про затвердження порядку інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події, Постанова КМУ від 21.11.2012 року № 1119 про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події, Постанова КМУ від 24.12.2019 року № 1086 про затвердження порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, Постанова КМУ від 27.11.2019 року № 1073 про деякі питання договорів медичного обслуговування населення, накази МОЗ України: від 29.08.2008 року № 500 про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню України, від 01.06.2009 року № 370 про єдину систему надання екстреної медичної допомоги, від 06.02.2014 року № 101 про затвердження примірної таблиці (переліку) оснащення системи екстреної медичної допомоги.

- Указ Президента України від 2019 року № 837 в частині:

- п. 5.б): до 1 квітня 2020 року регламентовано забезпечення автономізації роботи Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; упровадження електронної системи роботи оперативно-диспетчерських служб; впровадження сучасних підходів щодо підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників ЕМД;

б) реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення в межах компетенції КНП «ЦЕМД та МК».

Забезпечення постійної готовності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги в цілодобовому режимі (Закон України № 5084, ст.9).

Здійснення працівниками КНП ЦЕМД та МК організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини в невідкладному стані.

### **Висновки до розділу 1**

Екстрена медична допомога (ЕМД) в Україні є частиною системи охорони здоров'я, обов'язком якої є реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я (Верховна Рада України, 2013) і включає в себе процедури діагностики, лікування, медичний транспорт та стаціонарні послуги. Якщо екстрена медична допомога не є оперативною, це може призвести до серйозної та незворотної шкоди здоров'ю або навіть смерті пацієнта. Своєчасна, організована, функціональна та ефективна ЕМД в Україні є пріоритетом охорони здоров'я, і потребує реформування медичної галузі. На сімдесяти-другій Всесвітній асамблеї охорони здоров'я держави-члени погодилися, що «функціональна система екстреної медичної допомоги має важливе значення для загального охоплення охорони здоров'я, а інвестиції в екстрену допомогу збільшують вплив і знижують витрати в інших осередках системи охорони здоров'я» (ВООЗ, 2019).

Системи ЕМД та догоспітальна допомога є життєво важливими для порятунку життів та зменшення захворюваності, але їх важко оцінити, оскільки вони взаємопов'язані. Отже, ефективність і додану вартість таких систем визначити складно. Численні залежні та незалежні змінні роблять стандартизацію та порівняння складними, оскільки універсальні індикатори або універсальні рішення не застосовуються та важко визначити.

ЕМД надають короткострокову, догоспітальну екстрену медичну допомогу пацієнтам з невідкладними станами, також вживають заходів медичної підтримки

на місці та під час транспортування до найближчого відповідного медичного закладу.

Ускладнення існують через багато факторів, включаючи транспорт, зв'язок, обладнання, інфраструктуру об'єктів, лікарські засоби та ланцюжки поставок медичних послуг, а також доступність кваліфікованих медичних працівників. Це справедливо навіть для країн, де добре налагоджена система ЕМД.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ ПРАКТИКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ В ДОСЛІДЖУВАНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ

#### 2.1. Характеристика діяльності

КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Житомирської обласної ради (надалі – КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР) є провідним медичним закладом з надання екстреної медичної допомоги в Житомирській області. Заклад створено та зареєстровано 10 січня 2013 року згідно із Законом України про екстрену медичну допомогу, яким передбачено створення єдиної системи екстреної медичної допомоги шляхом реорганізації служб швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, їхнього об'єднання зі створенням єдиної оперативно-диспетчерської служби. Цілодобово забезпечується ЕМД на догоспітальному етапі 1,2-мільйонному населенню області, а виїздів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюється більш ніж 150 тис. на рік.

КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР один з найбільших закладів охорони здоров'я Житомирської області – це майже 1,4 тисячі співробітників. Екстрену медичну допомогу мешканцям та гостям Житомирської області надають 105 бригад, які щодоби здійснюють від 700 до 800 виїздів до пацієнтів з важкими травмами, отруєннями, кровотечами, гострими хірургічними захворюваннями, ускладненнями вагітності, інфарктами, інсультами.

Основними напрямками системи екстреної медичної допомоги є:

- підвищення мотивації персоналу залишатись в системі ЕМД шляхом створення умов для якісного перенавчання;
- значне покращення матеріально-технічної бази з метою посилення спроможностей системи ЕМД;
- екстрена «у смартфоні» – запровадження нового програмного продукту щодо взаємодії системи ЕМД всередині (в межах ОДС) та назовні (з



пересічними громадянами), а також інклюзивна політика для людей з порушенням слуху, мови та зору;

- оновлення медичних настанов;
- підвищення ефективності управління та взаємодії.

Оперативно-диспетчерським відділом здійснюється реєстрація та обробка викликів за правилами виклику, відповідно до розподілу викликів на екстрені та неекстрені. Автоматизована інформаційно-диспетчерська система «Швидка медична допомога» з використанням сучасних ІР-технологій, забезпечує в режимі реального часу автоматизацію технологічних процесів прийому викликів про екстрену медичну допомогу, аналіз викликів за територіальними ознаками, ведення викликів та управління виїзними бригадами, відображення стану оперативної роботи всіх структурних підрозділів, про місця госпіталізації пацієнтів, автоматизацію процесу статистичної обробки інформації, підготовку звітів.

Госпіталізація пацієнтів бригадами ЕМД здійснюється у заклади охорони здоров'я Житомирської області. Щороку за екстреними показаннями госпіталізується більш ніж 40 тисяч пацієнтів.

Санітарним транспортом КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР забезпечено самостійно. Автомобілі відповідають національному стандарту, обладнані медичною апаратурою, необхідним набором лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Співробітники закладу спрямовують усі зусилля на забезпечення якісної, своєчасної екстреної медичної допомоги, цілодобо беруть на себе відповідальність за здоров'я та життя людей.

## **2.2. Структура і органи управління**

КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Житомирської обласної ради (далі – КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР) є закладом охорони здоров'я – комунальним некомерційним підприємством, що забезпечує в

області надання екстреної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим, які перебувають у невідкладних станах у повсякденних умовах, особливий період або під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

Метою діяльності КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР є здійснення медичної практики та надання якісної екстреної медичної допомоги населенню Житомирської області при невідкладних станах.

Пріоритетним завданням для покращення діяльності підприємства є:

- Надання своєчасної, якісної, висококваліфікованої екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі.

- Принципова зміна алгоритму категоризації викликів екстреної медичної допомоги на основі удосконалення діяльності диспетчерської служби з метою якнайшвидшого опрацювання виклику.

- Зменшення кількості непрофільних викликів для бригад ЕМД шляхом підключення АІДС «Швидка медична допомога» до ЦПМСД (сімейний лікар, черговий кабінет).

- Послідовність у наданні екстреної медичної допомоги пацієнтам в невідкладних станах (при ДТП, травмах, отруєннях, гострому коронарному синдромі, гострому інфаркті міокарду, гострому порушенні мозкового кровообігу) шляхом негайного інформування про госпіталізацію пацієнта до лікарні.

- Впровадження електронних обліково-статистичних форм, зменшення кількості паперових носіїв інформації.

- Впровадження сучасних підходів до управління якістю і безпекою екстреної медичної допомоги, а також запровадження і поширення сучасних протоколів, використання медикаментів та виробів медичного призначення.

- Запровадження системи безперервного професійного розвитку медичного персоналу з наступним контролем теоретичних знань та практичних навичок в навчально-тренувальному відділі.

- Надання екстреної медичної допомоги на основі єдиних міжнародних правил, що гарантують рівність, доступність до медичних послуг і забезпечують їх прозорість.

- Готовність до своєчасного та якісного реагування у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.
- Залучення коштів для розвитку та утримання закладу.
- Матеріально-технічне переоснащення приміщень для створення зручних, комфортних умов для працівників та відвідувачів.

Своєчасне оновлення та забезпечення персоналу спеціальним одягом та взуттям.

Структура КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР включає в себе: управлінський персонал (директор центру, медичний директор, заступники директора, головний бухгалтер), підстанції, відділення медицини катастроф та центральна диспетчерська.

Загалом, реформа системи екстреної медичної допомоги не означає скорочення персоналу на місцях та кількості виїзних бригад, а лише оптимізацію управлінського та допоміжного персоналу шляхом централізації деяких функцій в єдиній регіональній структурі.

Відповідно до запропонованої Міністерством охорони здоров'я України структури, у Житомирській області створено чотири територіальні округи з центрами в містах: Бердичів, Житомир, Коростень, Новоград-Волинський, з підстанціями, яким підпорядковуються пункти постійного базування районних центрів. Житомирській підстанції підпорядковуються наступні районні центри: Брусилівський, Житомирський, Коростишівський, Пулинський, Радомишльський, Черняхівський, два пункти постійного базування у м. Житомирі та Хорошівському районі. Бердичівська підстанція обслуговує населення Андрушівського (з пунктом тимчасового базування в Червоному), Бердичівського, Любарського, Ружинського, та Попільнянського (з пунктом тимчасового базування в селі Корнин), Чуднівського районів. Новоград-Волинська підстанція обслуговує населення Баранівського, Ємільчинського, Романівського (з пунктом тимчасового базування в Мирополі), Новоград-Волинського (з пунктом тимчасового базування в Городниці та Яруні) районів. Коростенська підстанція обслуговує райони: Коростенський, Лугинський,

Малинський, Народицький, Олевський (із пунктом тимчасового базування в Білокоровичах), Овруцький (із пунктом тимчасового базування в Бондарях та Словечному). [17]

### **2.3. Оцінка діючих процедур управління екстреною медичною допомогою та медициною катастроф та їх результативність**

Система контролю якості Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф включає:

- використання стандартів та нормативів лікувально-діагностичного процесу догоспітальної допомоги;
- впровадження нових клінічних протоколів медичної допомоги – клінічних настанов МОЗ України;
- визначення і використання критеріїв оцінки роботи медичних працівників;
- проведення експертної оцінки якості лікувально-діагностичного процесу;
- взаємозв'язок Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з лікувальними закладами міста та області.

На основі уніфікованих клінічних протоколів в Центрі розроблені та впроваджені локальні клінічні протоколи та маршрути пацієнта.

Важливим в проведенні оцінки ефективності системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі є ключові групи індикаторів:

- індикатори технологій (процесу надання медичної допомоги): середньодобове навантаження на бригаду; претензії лікувально-профілактичних установ; обґрунтовані скарги від населення (%); питома вага раптових захворювань (%); питома вага безрезультатних викликів.
- Показники, що характеризують надання екстреної медичної допомоги за результатом: до госпітальна летальність (%); смерть у присутності бригади Е(Ш) МД (%); смертність серед випадків ДТП (%); питома вага (%) доїзду до пацієнта за 10-хвилинний інтервал; питома вага (%) доїзду до пацієнта за 20-хвилинний інтервал.

- Показники, що характеризують надання екстреної медичної допомоги за результатом: показники здоров'я населення; соціальної задоволеності.

Екстрена медична допомога у 2019 році надавалась 105 виїзними бригадами, із яких: фельдшерських – 87, загально-лікарських – 17, спеціалізованих бригад – 1, м. Житомир, із них: психіатрична – 1.

Кількість штатних посад – 1494,75 проти 1492,75 у 2018 та 1483,25 у 2017 (+2), лікарі – 99,0 проти 96,25 у 2018 та 96,25 у 2017 (+2,75), середній медичний персонал – 704,25 проти 704,25 у 2018 проти 698,75 у 2017 (0). Молодший медичний персонал – 96,75 проти 118,75 у 2018 та 118,25 у 2017 (-22), інший персонал – 594,75 проти 574,5 у 2018 та 570,0 у 2017 (+20,25).

Кількість зайнятих посад – 1338,25 проти 1398,5 у 2018 та 1404,25 у 2017 (-60,25), а саме: лікарі – 81,0 проти 84,75 у 2018 та – 79,75 у 2017

(-4,75), середній медичний персонал – 646,5 прот 677,5 у 2018 та – 673,75 у 2017 (-31,0), молодший медичний персонал – 84,75 проти 105,5 у 2018 та – 112,75 у 2017 (-20,75), та інший персонал – 526,0 проти 530,75 у 2018 та – 538,0 у 2017 (-4,75).

Укомплектованість лікарями – 81,8%, середнім медичним персоналом – 91,7%, молодшим медперсоналом – 87,5%, водіями – 87,4%.

Атестованих: лікарів – 91,2% проти 94,9% та – 93,5% у 2017, фельдшерів – 77,0 проти 78,0% у 2018 та 78,6% у 2017.

Число бригад ЕМД на 10 тис. населення становить 0,8 проти 0,85 у 2018 та – 0,8 у 2017 по Україні 0,69. Загально-профільні лікарські – 0,14 проти – 0,12 у 2018 проти 0,13 у 2017 році по Україні 0,24; спеціалізовані – 0,008 проти – 0,03 у 2018 проти – 0,03 у 2017 році по Україні 0,03, фельдшерські – 0,7 проти – 0,6 у 2018 проти 0,6 2017 року, по Україні – 0,42.

За 2019 рік бригадами ЕМД виконано 205282 виїздів проти 247473 виїздів у 2018 та 283476 у 2017 (-42191). Із них: на нещасні випадки та травми 17611 проти 20631 у 2018 та 22103 у 2017 (-3020), раптові захворювання – 170748 проти 203406 у 2018 та – 234691 у 2017 (- 32658), пологи та патологія вагітності – 760

проти 960 у 2018 проти – 1221 у 2017 (-200), хронічні захворювання – 1052 проти – 1760 у 2018 та – 3381 у 2017 (- 708), перевезення хворих, потерпілих та породіль – 4713 проти 7324 у 2018 та 8398 у 2017 (-2611), безрезультатні виїзди – 7726 проти 8808 у 2018 та – 8676 у 2017 (-1082).

На фоні загального зменшення кількості виїздів відмічається зменшення виїздів: на нещасні випадки та травми – 3020(0,2%), на раптові захворювання – 32658 (0,3%), перевезення хворих – 2611( 0,2%) до хронічних хворих – 708 (0,2%), на безрезультатні – 132 (0,2%)

Співвідношення екстрених до неекстрених виїздів: 2019 – 91,7%/ 8.3%, 2018 – 90,5% / 9,5%, 2017 рік – 90,5% / 9,5%.

Кількість виїздів на місце виклику до 10 хвилин у 2019 році становить 118797 проти – 148439 у 2018 та 170982 у 2017.

Із них:

- 1) на нещасні випадки та травми – 9262 проти 11615 у 2018 році та 12291 у 2017;
- 2) на раптові захворювання – 98734 проти 121619 у 2018 році та 141934 у 2017;
- 3) пологи – 400 проти 589 у 2018 році та 744 у 2017;
- 4) хронічні захворювання – 676 проти 1067 у 2018 році та 2011 у 2017;
- 5) перевезення – 2855 проти 4675 у 2018 році та 5288 у 2017;
- 6) безрезультатні виїзди – 5596 проти 6522 у 2018 році та 6203 у 2017.

При загальному зменшенні кількості приїздів на місце виклику з моменту звернення до 10-ти хвилин відмічається покращення цього показника по Новоград-Волинській підстанції на 0,2%, Житомирській підстанції на 1,1%. Погіршився показник по Коростенській підстанції на 3,6% та Бердичівській підстанції на 2,6.

Кількість приїздів на місце виклику до 20-ти хвилин у 2019 році становить 58167 проти 64853 у 2018 та 74468 у 2017 р.

Із них:

1) на нещасні випадки та травми – 6111 проти 6323 у 2018 р. та 7078 у 2017 році.

2) на раптові захворювання – 49623 проти 54145 у 2018 р. та 61901 у 2017 році;

3) пологи – 256 проти – 249 у 2018 р. та 353 у 2017 році;

4) хронічні захворювання – 243 проти 725 у 2018 р. та 838 у 2017 році;

5) перевезення – 1199 проти 1622 у 2018 р. та 1776 у 2017 році;

6) безрезультатні виїзди – 1291 проти 1440 у 2018 р. та 1560 у 2017 році.

При загальному зменшенні кількості приїздів на місце виклику до 20 хвилин з моменту звернення відмічається покращення показника по Коростенській підстанції на 11,0% та Новоград-Волинській підстанції на 5,9%, погіршився показник по Бердичівській підстанції на 0,7% та Житомирській підстанції на 5,5%. Показник по Центру стабільний протягом 3 років

Виконаних виїздів на 1000 населення становить 168,1 проти 200,8 у 2018 р. та 228,3 у 2017 році. Показник по всіх підстанціях знизився за рахунок зниження показника виїздів.

У 2019 році 105 бригадами ЕМД було надано допомогу 197152 проти 237225 особам у 2018 та 273245 у 2017 році. (-40073)

Із них:

1) загально-профільними лікарськими бригадами – 22996 (11,6%) проти 15672 (6,6%) у 2018р. та 19158 (7,1%) у 2017 році;

2) спеціалізованими лікарськими – 2479 (1,2%) проти 10562 (4,4%) у 2018 р, та 10496 (3,8%) у 2017 році;

3) фельдшерськими бригадами – 171677 (87%) проти 210991 (88,9%) у 2018 році та 243591 (89,1%) у 2017 році.

Добове навантаження на 1 бригаду у 2019 становить 5,3 проти – 6,1 у 2018 та 7,3 у 2017 році.

Питома вага виїздів до «хронічних хворих» у 2019 р. становить 0,5 проти 0,7 у 2018 р. та 1,1% у 2017 році. Покращення по всіх підстанціях.

Доставлено для госпіталізації в 2018 р. 91247 (36,8%) осіб проти 82538 (28,3 %) у 2017 та 83277 (30,0%) в 2016.

## **Висновки до розділу 2**

Центри екстреної медичної допомоги є у кожному регіоні України та мають мережу станцій з постійними та тимчасовими підстанціями. Обласні центри екстреної медичної допомоги мають централізовані або децентралізовані диспетчерські відділення, які керують автомобілями швидкої медичної допомоги та реагують на виклики швидкої допомоги у своєму районі обслуговування. Децентралізована модель призводить до фрагментації ресурсів та дублювання послуг, і поступово впроваджується централізована модель.

На даний момент ЕМД фінансується в основному за рахунок медичної субвенції, яка виділяється з центрального бюджету, а додаткові 20% коштів виділяються на фінансування ЕМД з місцевих бюджетів. Диспетчерські центри ЕМД в Україні щорічно отримують 9 465 137 викликів (2 232 на 10 000 населення) та здійснюють виїзди на 8 400 770 викликів (1 981 на 10 000 населення). Кількість отриманих викликів в Україні вдвічі більша, ніж у скандинавських країнах, а кількість виїздів у 4-5 разів більша, ніж у країнах-компараторах. У той же час, лише 24% викликів, отриманих ЕМД, потребують транспортування до лікарні проти, приблизно, 60% у країнах-компараторах. Система ЕМД в Україні використовує підхід «пролікував та відпустив», який є поширеним у країнах пострадянського простору, і може свідчити про те, що ЕМД надає деякі послуги первинної медичної допомоги, які інакше є недоступними. Результати лікування пацієнтів, яким надано допомогу службою ЕМД та залишено їх вдома, невідомі. Поточна реформа ЕМД повинна зосереджуватись на наданні допомоги в реальних надзвичайних ситуаціях, а не наданні інших видів догляду за станами, що не є загрозливими для життя.



### РОЗДІЛ 3.

## УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ У ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

### 3.1. Основні напрямки удосконалення управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Для забезпечення високих стандартів надання медичної допомоги кожному пацієнту необхідна зміна реальності, у якій система екстреної медичної допомоги має функціонувати.

Основними напрямками удосконалення управління розвитком екстреної медичної допомоги є:

1. Впровадження навчальної програми «Перший на місці події».

Термін «Перший на місці події» передбачає знаходження або прибуття на місце події саме навченої людини, яка надаватиме допомогу за сучасними міжнародними професійними програмами з рівнів окремої сертифікованої медичної спеціальності (видається державний сертифікат та фахівець працює за цією спеціальністю).

В українському законодавстві з ЕМД формально існують всі компоненти відповідно законодавства ЄС, однак, наш Закон не включає до системи приватні структури охорони здоров'я, не конкретизує фахівців системи, їх додипломну та післядипломну освіту, спеціалізацію, не залучає до системи фахівців інших відомств, не визначено організацію державного рівня медицини катастроф.

Законодавство з питань ЕМД більшості розвинутих країн світу визначає основні напрямки розвитку та ефективного функціонування системи ЕМД відповідно до карти госпітальних округів:

- створення відділень невідкладної медичної допомоги та центрів травми;
- уніфікація єдиних Планів реагування на надзвичайні ситуації;
- уніфікація протоколів надання ЕМД на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах;

- запровадження єдиної додипломної, післядипломної освіти та відповідних спеціалізацій (екстрений медичний технік, парамедик, лікар та сестра-медична з медицини невідкладних станів).

2. Забезпечення комп'ютеризації медичних послуг, у тому числі реєстрових та диспетчерських центрів, ініційованих Урядом. Цей захід має важливе значення для моніторингу якості послуг, що надаються, коригування поставок послуг там, де це необхідно, і встановлення доказів кращого управління в медичних установах.

Підключення до «Central 103», яке з'єднує всі регіональні диспетчерські центри ЕМД, потребує подальшого посилення для підвищення ефективності надання екстреної медичної допомоги в межах обмежених ресурсів.

3. Запровадження єдиного екстреного номера (служба порятунку112) для всіх служб громадської безпеки, включаючи поліцію, пожежну та медичну служби. Це покращить міжсекторальну координацію та сприятиме у наданні комплексних послуг населенню.

Створення єдиної національної гарячої лінії з надання невідкладної медичної допомоги. Тріагуляція невідкладних дзвінків ЕМД на цю лінію допоможе зменшити навантаження на ЕМД та забезпечити кращий доступ до медичних консультацій для населення.

4. Виділення бюджету на екстрену медичну допомогу для забезпечення достатніх обсягів коштів для функціонування провайдерів відповідно до встановлених норм і стандартів у рамках нової платіжної системи.

Створення комп'ютеризованої системи управління фінансами, включаючи систему відстеження витрат і фінансовий прогноз.

На даний час послуги екстрених служб здійснюються за принципом «на душу населення». Цього може бути недостатньо для забезпечення достатнього фінансування для створення необхідних змін у схемах надання екстреної медичної допомоги. Виплати за екстрену допомогу також можуть включати стимули для: скоротити час від виклику до відділення невідкладної допомоги при

гострих станах; забезпечити відповідне транспортування пацієнтів за визначеними клінічними шляхами; визначити контрольні точки для пацієнтів з інсультами або серцево-судинними захворюваннями, материнською та неонатальною допомоги. Це може потребувати включення механізмів, заснованих на результатах, для придбання послуг екстреної медичної допомоги, тобто, можливо, потрібно буде переглянути оплату за екстрену медичну допомогу.

### **3.2 Методичні підходи до удосконалення розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф**

Пріоритет уряду України у 2020 році – екстрена медична допомога.

Урядом заплановано затвердження Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Основні засади стратегії розвитку системи екстреної медичної допомоги України визначені розпорядженням КМУ від 22.05.2019 року № 838-р «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги».

У 2019 році Міністерство охорони здоров'я ініціювало трансформацію ЕМД та виділило майже 1 мільярд гривень додаткового фінансування для впровадження реформ ЕМД. Для пілотування реформ ЕМД було визначено шість регіонів (Донецька, Одеська, Полтавська, Тернопільська та Вінницька області та місто Київ). Ці регіони придбають нові машини швидкої допомоги та обладнання. Вони вдосконалять диспетчерську систему екстреної медичної допомоги, запровадивши протоколи пріоритизації викликів, щоб зменшити тягар не екстрених викликів та оптимізувати реагування на екстрені. Ці диспетчерські центри зможуть надавати в режимі реального часу комп'ютеризовані дані про результати їхньої діяльності, що дозволить покращити моніторинг та подальше планування ЕМД у пілотних регіонах. Значні додаткові зусилля будуть спрямовані на вдосконалення потенціалу та підготовки або перепідготовки персоналу ЕМД, як диспетчерів, так і медичного персоналу, який надає невідкладну допомогу. Реорганізація команд ЕМД з метою включення парамедиків з відповідною підготовкою може покращити використання ресурсів

та скоротити інтервал часу від виклику до доставки до лікарні. Закупівлі послуг екстреної медичної допомоги у 2020 році планується здійснювати за принципом капітації через прямі договори між НСЗУ та центрами екстреної медичної допомоги у кожному регіоні.

Відповідно до Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР розроблено та затверджено план реформування підприємства, який передбачає основні організаційні підходи, а саме:

1. Автономізація.
2. Підписання договору з Національною службою здоров'я України за пакетом «Екстрена медична допомога».
3. Модернізація АІДС «Швидка медична допомога».
4. Заповнення необхідної інформації та підключення до «Централь 103», ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС.
5. Участь у реалізації державного проекту «Служба порятунку 112», який координується Міністерством внутрішніх справ України, запланований на 2020 рік та запровадження системи екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112.
6. Комп'ютеризація – впровадження електронного документообігу.
7. Оптимізація штатного розпису.
8. Розробка фінансового плану в рамках діючого Бюджетного кодексу України.
9. Модернізація медичного та технологічного обладнання.
10. Виконання плану підвищення кваліфікації і атестації співробітників.
11. Оновлення алгоритму диспетчеризації, впровадження обов'язкових протоколів диспетчерів, з урахуванням надання рекомендацій до приїзду бригад ЕМД та протоколи командних дій бригад ЕМД.
12. Постійне проведення тренінгів для диспетчерів з базових навичок спілкування та інформаційно-консультативної підтримки у кризових станах, етики та деонтології.

13. Створення відділу внутрішнього аудиту і експертизи якості надання медичної допомоги.

14. Розробка та затвердження тарифів на платні послуги.

15. Підготовка матеріалів для соціальної реклами з метою зменшення кількості непрофільних викликів бригад ЕМД та популяризації домедичної допомоги серед населення.

16. Запровадження співпраці з Національною поліцією України, першими рятувальниками, громадськими організаціями щодо збільшення доступності першої допомоги.

17. Підготовка цільової програми Житомирської обласної державної адміністрації щодо придбання нового санітарного автотранспорту, спеціального одягу, капітальних ремонтів та реконструкції діючих відділень.

Створення:

- цілодобового консультативного телеметричного центру для надання консультативної допомоги бригадам ЕМД, прийому ЕКГ від бригад ЕМД та ЦПМСД.

- Відділення експертизи якості надання медичної допомоги, епідеміології та інфекційного контролю та інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики.

- Навчально-тренувальний відділ.

- Мережі пунктів тимчасового перебування бригад екстреної медичної допомоги в режимі очікування.

### **3.3. Пропозиції щодо забезпечення ефективної реалізації державного управління організації розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф**

КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР відноситься до служби цілодобової готовності надання екстреної медичної допомоги та ліквідації надзвичайних ситуацій.

Поліпшенню економічних та фінансових показників сприяють:

1. Укладання договорів з:

- страховими компаніями та приватними медичними закладами, ЦПМСД;

- організаторами масових, спортивних та інших заходів на медичний супровід бригадами ЕМД;

- міськими клінічними лікарнями на надання послуг з перевезення консультантів, препаратів крові, органів для трансплантації, бак.препаратів, пацієнтів з лікарні в лікарню тощо;

- приватними особами на перевезення лежачих пацієнтів в лікарню, хоспіси, вокзали, аеропорти, з квартири на квартиру тощо.

2. Аутсорсинг немедичних послуг – обслуговування АІДС «Швидка медична допомога», обслуговування засобів зв'язку, аварійно-ремонтних служб: водозабезпечення, опалення, каналізації, освітлення тощо.

3. Раціональне використання коштів, матеріальних цінностей тощо.

За рахунок додаткових платних медичних та немедичних послуг з'явиться можливість: підвищити заробітну плату, укомплектувати вакантні посади, модернізувати заклад, утримувати його в належному санітарно-гігієнічному стані.

4) Підвищення престижності професії працівників екстреної медичної допомоги та забезпечення гідної оплати.

Продовження виплати до посадових окладів:

- надбавки за особливий характер праці та умов, доплати за науковий ступінь тощо;

- матеріальної допомоги для оздоровлення під час надання щорічної відпустки, а також на вирішення соціально-побудових питань;

- надбавки в розмірі 50% посадового окладу за інтенсивність та напруженість праці.

5) Сприяння збереженню гарантій медичних працівників системи екстреної медичної допомоги:

- проведення медичного огляду медичних працівників;
- придбання засобів захисту персоналу;
- індивідуальне страхування медичних працівників.[3]

6) Надання пропозицій щодо місцевих стимулів: надбавка, пільги, пріоритет.

7) Клопотання щодо будівництва відомчого житла, гуртожитку для молодих спеціалістів, пільгової участі у будівництві нового житла.

КНП «ЦЕМД та МК» ЖОР, як підприємство, перебуває під впливом факторів зовнішнього та і внутрішнього середовища, які можуть як сприяти максимальному розкриттю організаційно-функціональних переваг, так і стати предметом впливу зовнішніх загроз, які посилять наявні внутрішні недоліки діяльності підприємства.

З метою побудови дієвої стратегії було застосовано SWOT-аналіз. Цей метод дає можливість проведення детального вивчення зовнішнього та внутрішнього середовища. Результатом аналізу визначені сильні, слабкі сторони; можливості та загрози для прийняття відповідних рішень (див. Додаток А).

Врахований аналіз можливих ризиків щодо реалізації стратегії розвитку підприємства на середньострокову перспективу (див. Додаток Б).

### **Висновки до розділу 3**

Функції ЕМД включають своєчасне визнання надзвичайної ситуації, надання догоспітної допомоги, транспортування до відділень невідкладної допомоги на базі тимчасового перебування бригад екстреної медичної допомоги та початок ранньої оперативної та критичної допомоги. Для багатьох людей які не мають доступу до закладів охорони здоров'я, ЕМД, як правило, є першою точкою надання медичної допомоги.

Мета розділу 3 – описати ЕМД в Україні щодо їх спроможності, використання та ефективності в Житомирській області на прикладі КНП «ЕМД та МК» ЖОР; оцінити використання та результати поточного догоспітального догляду за ЕМД; створити модель оцінки ефективності ЕМД.

Основними проблемними питаннями є:

- Застарілий парк автотранспорту вимагає суттєвих затрат на ремонт та додаткове забезпечення паливом.
- Переможці електронних закупівель по автозапчастинах знаходяться на значній відстані від Житомира, що унеможливує своєчасне постачання запчастин. Тримати на складах установи велику кількість запчастин економічно не доцільно.
- Значні кошти витрачаються на обслуговування та ремонт транспорту в спеціалізованих комерційних підприємствах, в той час коли при управлінні охорони здоров'я є спеціалізована ремонтна база .
- 50% автотранспортних засобів не забезпечені боксами. Переможці електронних закупівель по пальному вже протягом декількох років не мають необхідного розгалуження заправок та є посередниками.
- Забезпеченість бригад швидкої і невідкладної медичної допомоги медикаментами, інструментами, дихальним і наркозним устаткуванням, устаткуванням легенево-серцевої діагностики і реанімації, іммобілізуючим обладнанням, предметами медичного призначення здійснюється відповідно до наказу МОЗ України № 500 в межах затверджених кошторисних призначень.
- Потребує заміни 60% медичного обладнання.
- Відсутність обізнаності громадськості про систему ЕМД, включаючи знання про те, коли викликати ЕМД, як взаємодіяти з персоналом ЕМД і коли звернутися до лікаря загальної практики, а не викликати швидку допомогу.



## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та вирішення проблеми державного управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – ЕМД та МК).

У теоретичній частині: 1) на основі проведеного теоретичного аналізу наукових джерел щодо управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф уточнено зміст понять «екстрена медична допомога та медицина катастроф», «управління», «управління розвитком» 2) Проаналізовано та охарактеризовано основні характеристики та особливості управління розвитком екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. 3) У зазначеному контексті також було представлено власне визначення управління розвитком ЕМД та МК: 4) Вивчено та проаналізовано вітчизняний та зарубіжний досвід системи управління екстреною медичною допомогою.

У практичній частині: 1) здійснено аналіз показників функціонування системи екстреної медичної допомоги. Розглянуто низку нормативних актів, програмних документів стосовно розвитку екстреної медичної допомоги. Проаналізовано Концепцію розвитку екстреної медичної допомоги і встановлено, що в центрі уваги перебуватимуть, насамперед, організаційно-структурні зміни самої системи екстреної медицини, а також вирішуватимуться першочергові соціально-економічні завдання, пов'язані як з організаційно-структурними змінами екстреної медичної допомоги, так і ті, що спрямовані на повноцінне функціонування цієї системи. Сформовано основні соціально-економічні завдання, що розвитку екстреної медичної допомоги на державному рівні.

Розроблено методичні підходи до удосконалення розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Житомирській області.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія/ за загальною редакцією професора М. М. Білинської, професора Я. Ф. Радиша, Київ: Національна академія державного управління при Президентові України, 2013.396 с.
2. Гаазен, Гаєвський, Данилюк. (на етапі друку) Система екстреної допомоги в Україні: короткий документ з питань політики. Вашингтон (округ Колумбія): Світовий банк.
3. Про внесення змін до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (щодо забезпечення справедливої оплати праці працівників бригад екстреної медичної допомоги): Законопроект URL: <https://www.apteka.ua/article/330480> (дата звернення: 30.01.2021 р.).
4. Дік В.Ф. Англо-американська та франко-німецька система екстреної медичної допомоги. Prehosp Disaster Med 2003. Січень-березень; 18 (1): 29-35.
5. К`етіл С., переклад Ю.Шиманський, Л.Дунець. А.Яремчук,- Resuscitation 81, 2010 (4) 371- 372 Найважливіші зміни в Рекомендаціях - 2010 Європейської ради реанімації в порівнянні з Рекомендаціями 2005 року.
6. Кузьмін В.Ю., Іскра Н.І., Терент'єва, А.В. Медицина катастроф: основні поняття та завдання служби. 2010. 298-302.
7. Маніфест Європейської Асоціації Екстреної медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.urs.org.ua/>.
8. Мартінес Р. Нове бачення ролі екстреної медичної допомоги. Ann Emerg Med 1998. листопад; 32 (5): 594-599).
9. Папаспіру Е, Сетзіс Д, Гросоманідіс В, Манікіс Д, Бутліс Д, Рессос С. Міжнародні системи EMS: Греція. Реанімація 2004. Грудень; 63 (3): 255-259.
10. Пилипець Я., Гера Л., Римаренко П., Бартосевич П. Авіаційна рятувальна служба Польщі: досвід та можливості впровадження для України,- Медицина невідкладних станів, №3(50)- 2013.

11. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 05.01.2021 р.).
12. Разак Д.А., Келлерманн А.Л. Невідкладна медична допомога в країнах, що розвиваються: чи варто це робити? Bull World Health Organ 2002;80(11):900-905.
13. Реформування системи екстреної медичної допомоги: актуальні питання, - Прес-служба МОЗ України, 27 червня 2012 року. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20120627\\_b.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20120627_b.html).
14. Росслер М., Зузан О. Системи EMS у Німеччині. Реанімація 2006. Січ; 68 (1): 45-49.
15. Роцін Г.Г., Михайловський М.М., Нацюк М.В. Концепція організації та функціонування невідкладної медичної допомоги в США, - «Медицина неотложных состояний» 1(1) 2005.
16. Сассер С., Варгхессе М., Келлерманн А., Лорманд Д. Догоспітальні системи допомоги при травмах. ВООЗ. 2005.
17. Сова А.М. Реформа екстреної медичної допомоги у Житомирській області. Газета «Пульс» № 7, 2013. Вип. 59.
18. Федак Б.С., Забашта В.Ф., Салдан Г.М., Загуровський В.М., Досвід перехідного періоду реформування екстреної медичної допомоги в Харківській області. «Медицина неотложных состояний» 2 (49) 2013.
19. Флейшманн Т., Фульде Г. Невідкладна медицина в сучасній Європі. Emerg Med Australas 2007. Серпень; 19 (4): 300-302.